

Bożena Plonka-Syroka

# PROBLEMY ETYCZNE W FARMACJI



PROBLEMY ETYCZNE  
W FARMACJI



Bożena Płonka-Syroka

# PROBLEMY ETYCZNE W FARMACJI



UNIwersytet Medyczny  
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Wrocław 2020

Bożena Płonka-Syroka  
ORCID 0000-0001-8743-4634  
Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego  
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

*Problemy etyczne w farmacji*

Wrocław 2020

Recenzenci:

Prof. dr hab. Adam Matkowski

Dr hab. Krzysztof Wronecki, em prof. UMW

Prezentowane wyniki badań, zrealizowane w ramach tematu,  
według ewidencji w systemie Simple o numerze ST-D210.18.010

Na okładce: Peter Paul Rubens (1577–1640), *Hygeia, Goddess of Health* (1615)

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 2020

e-ISBN 978-83-7055-645-7

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław

## Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	11
• Etyka i deontologia .....	17
• Bezwzględny i względny charakter norm etyki zawodowej .....	18
• Wykonywanie zawodu lekarza i farmaceuty oraz popularyzacja informacji dotyczących leków i leczenia wśród pacjentów .....	22
• Farmaceuta doradcą pacjenta .....	24
• Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej na temat potencjalnych możliwości naruszania etyki zawodowej przez farmaceutów i uwarunkowań tego procesu. ....	26

### Rozdział 1

Etyka zawodowa farmaceuty a prawa pacjenta do uzyskiwania świadczeń zgodnie ze standardem Evidence Based Medicine .....	31
• Wprowadzenie .....	31
• Zasadnicza podstawa prawna uzyskiwania świadczeń medycznych przez obywateli Polski .....	32
• Szczegółowe rozwiązania ustawowe dotyczące uzyskiwania świadczeń medycznych przez obywateli Polski i przykłady naruszenia zasad etyki zawodowej przez farmaceutę .....	34
• Szczegółowe rozwiązania prawne regulujące zasady wykonywania w Polsce tzw. alternatywnych świadczeń medycznych i przykłady naruszenia zasad etyki zawodowej przez farmaceutę .....	37
• Czerpanie przez farmaceutów nieuprawnionych zysków ze świadczenia usług w standardzie paramedycznym .....	42
• Orzecznictwo polskich sądów w sprawie praktyk paramedycznych. ....	44
• Potencjalna odpowiedzialność przedstawicieli zawodów medycznych związana z wykonywaniem usług paramedycznych, reklamowaniem tych usług i upowszechnianiem pozytywnych opinii na temat ich skuteczności i przedstawianiem ich jako leczenie .....	46
• Zalecane lektury .....	49

## Rozdział 2

Obowiązek upowszechniania przez absolwenta studiów farmaceutycznych wiedzy w standardzie Evidence Based Medicine i jego podstawy etyczne . . .	55
• Wprowadzenie . . . . .	55
• Okres przedcywilizacyjny . . . . .	58
• Okres wielkich cywilizacji starożytnego Wschodu . . . . .	59
• Przekazywanie informacji dotyczących leków i leczenia w starożytnej Grecji. . . . .	67
• Informacje na temat leków i leczenia w starożytnym Rzymie i Bizancjum . . . .	75
• Kształtowanie się nowych podstaw etyki lekarskiej związanych z chrześcijaństwem . . . . .	77
• Kształtowanie się nowego standardu medycyny w Europie (XIII–XVIII w.) i nowego standardu udzielania informacji o lekach i leczeniu . . . . .	80
• Europejski standard medycyny akademickiej XVIII–XX w. jako podstawa zmian modelu medycyny publicznej oraz informowania o lekach i chorobach . . . . .	86
• Podsumowanie . . . . .	94

## Rozdział 3

Standard Evidence Based Medicine – podstawą wykonywania zawodu przez absolwenta Wydziału Farmaceutycznego i jego uzasadnienie etyczne . . . . .	97
• Wprowadzenie . . . . .	97
• Charakterystyka głównych elementów standardu medycyny klinicznej. . . .	110
• Prawa pacjenta do uzyskiwania świadczeń leczniczych w standardzie Evidence Based Medicine. . . . .	118
• Instrukcja dla pacjentów dotycząca bezpiecznego stosowania suplementów diety wydana przez Główny Inspektorat Sanitarny (skrót) . . .	127
• Sylwetka etyczno-moralna idealnego farmaceuty . . . . .	128
• Podsumowanie . . . . .	131

## **Rozdział 4**

Kształtowanie się współczesnego zmedykalizowanego standardu profilaktyki w Europie jako metody zapobiegania epidemiom . . . . .	133
• Wprowadzenie . . . . .	133
• Zmienność standardu profilaktyki chorób w zależności od sposobu definiowania zagrożeń, które są uznawane za ich przyczyny . . . . .	135
• Kontekst przedstawiania tematów związanych ze zdrowiem i chorobą na łamach kalendarzy śląskich z lat 1615–1786 . . . . .	141
• Profilaktyka moralna . . . . .	144
• Ewolucja zakresu profilaktyki moralnej w kalendarzach śląskich . . . . .	145
• Pobożność, rozsądek i umiarkowanie jako podstawa profilaktyki moralnej . . . . .	146
• Złota reguła: życie umiarkowane . . . . .	150
• Bóg jako Sprawca chorób epidemicznych i chorób zwykłych. Ewolucja koncepcji . . . . .	151
• Profilaktyka moralna związana z zagrożeniem ze strony kosmicznych fluidów . . . . .	154
• Koncepcja tzw. „dobrych” i „złych dni” . . . . .	157
• Znaki Boże . . . . .	161
• Modlitwa o zdrowie i inne praktyki religijne w kontekście chrześcijańskiej astrologii . . . . .	164
• Praktyczne działania na rzecz bliźnich podstawą nowej koncepcji profilaktyki moralnej (1781–1786) . . . . .	170
• Utrwalenie się standardu zmedykalizowanej profilaktyki w Europie jako podstawy sprawnego funkcjonowania systemów medycyny publicznej . . . . .	175
• Podstawowe problemy pacjentów z radzeniem sobie z chorobą. . . . .	177
• Zalecane sposoby reagowania przez farmaceutów na nieprawidłowe sposoby radzenia sobie z chorobą wśród pacjentów . . . .	179

## **Rozdział 5**

Medycyna alternatywna i jej ocena z punktu widzenia standardu Evidence Based Medicine. . . . .	183
• Wprowadzenie . . . . .	183
• Kształtowanie się standardu medycyny alternatywnej w kontekście standardu medycyny klinicznej . . . . .	185



- Główne cechy doktryn terapeutycznych zaliczanych do nurtu medycyny alternatywnej . . . . . 205
- Cel terapii . . . . . 206
- Sposób określania wymierności efektu terapeutycznego . . . . . 206
- Metody terapii z wykorzystywaniem czynników naturalnych . . . . . 207
- Terapia z zastosowaniem „leków” o niezwyfikowanych właściwościach . . . . . 211
- Niemożność uzgodnienia alternatywnego standardu terapii ze standardem klinicznym . . . . . 214
- Terapia komplementarna szansą na rozwiązanie osobistych problemów pacjenta związanych z chorobą . . . . . 220
- Wnioski . . . . . 222

## **Rozdział 6**

Homeopatia jako doktryna terapeutyczna, temat badań historiografii medycyny i przedmiot zabiegów marketingowych przemysłu farmaceutycznego. . . . . 225

- Wprowadzenie . . . . . 225
- Homeopatia jako doktryna alternatywna wobec standardu medycyny klinicznej . . . . . 230
- Homeopatia jako produkt marketingowy . . . . . 236
- Kim byli w XIX w. terapeuci praktykujący homeopatię? . . . . . 237
- Współczesny status prawny produktów homeopatycznych. . . . . 248
- Podsumowanie. Etyczna ocena upowszechniania homeopatii przez lekarzy i farmaceutów . . . . . 255

## **Rozdział 7**

Rola farmaceuty w profilaktyce irracjonalnych tendencji w przeżywaniu choroby przez pacjentów . . . . . 257

- Wprowadzenie . . . . . 257
- Diagnoza choroby jako zdarzenie inicjujące wejście w rolę chorego . . . . . 262
- Model medycyny publicznej obowiązujący w Europie, nawiązujący do idei społeczeństwa opartego na wiedzy . . . . . 266
- Polscy pacjenci w świetle obowiązujących unormowań prawnych . . . . . 269
- Polscy pacjenci we współczesnym modelu medycyny publicznej . . . . . 271
- Przykłady „chorób” opartych na autodiagnozie i metod ich samodzielnego leczenia przez pacjentów . . . . . 280

- Lęk przed chorobą i ucieczka w chorobę  
jako uwarunkowania stosowania wybranych metod terapii ..... 283
- Podsumowanie ..... 290

## **Rozdział 8**

Rola farmaceuty w upowszechnianiu efektywnych i racjonalnych modeli wsparcia społecznego pacjentów chorych przewlekle (na przykładzie choroby nowotworowej) .....	293
• Wprowadzenie .....	293
• Model Elisabeth Kübler-Ross i jego krytyka .....	297
• Model wsparcia w chorobie oparty na afirmacji podmiotowości chorego ....	300
• Terapia racjonalno-emotywna Alberta Ellisa .....	304
• Autoterapia Davida Servana-Schreibera .....	308
• Choroba jako usprawiedliwienie „zwolnienia z życia” .....	309
• Wsparcie pacjentów z chorobą nowotworową w oparciu o metody pedagogiki zdrowia .....	312
• Wsparcie udzielane pacjentom onkologicznym przez stowarzyszenia pacjentów .....	316
• Wnioski .....	318



## Wstęp

Monografia pt. *Problemy etyczne w farmacji* jest poświęcona wybranym problemom związanym z terapią, które zostaną ukazane zarówno w aspekcie historycznym, jak i współczesnym. Jest ona skierowana przede wszystkim do studentów i absolwentów farmacji, którym powinna dostarczyć obszerny zasób wiedzy umożliwiającej wykonywanie zawodu w sposób świadomy i profesjonalny, zgodny ze standardem Evidence Based Medicine, a także właściwy pod względem etycznym, zgodny z obowiązującą ich etyką zawodową. Etyka zawodowa stanowi szczególnie przypadek wśród ogólnych systemów etycznych, wśród których występują systemy opisowe, normatywne i mieszane<sup>1</sup>. Te pierwsze zajmują się jedynie opisem funkcjonujących w społeczeństwie w danym okresie historycznych norm etycznych i moralnych, a także ich stosowania przez jednostki. Systemy normatywne wykraczają poza ten zakres, nie tylko badając i opisując już istniejące normy, lecz także w aktywny sposób zajmując się ich kreowaniem i nadzorując ich realizację w praktyce. Systemy mieszane koncentrują się na każdym z tych aspektów, czasem przyznając więcej miejsca w swojej strukturze jednemu lub drugiemu z nich.

Etyka zawodowa w farmacji ma charakter normatywny<sup>2</sup>. Jest bowiem ściśle związana z praktyką. Wyznacza jasne reguły postępowania, które powinno być realizowane przez wszystkie osoby wykonujące dany zawód według tych samych reguł. Pragmatyczny charakter etyki zawodowej ma na celu wytyczenie zasad, które wykonujące ten zawód osoby powinny sobie przyswoić i realizować<sup>3</sup>. Farmaceuta

---

<sup>1</sup> Por. L. Krówczyński, *Etyka zawodowa farmaceutów*, Kraków 1993.

<sup>2</sup> Por. S. Rostański, D. Moska, *Etyka farmaceutyczna*, Warszawa 1986, s. 63–66 i in.

<sup>3</sup> S. Rostański i D. Moska jako naruszające zasady etyki zawodowej farmaceuty wymieniają m.in. takie praktyki kierowników i właścicieli aptek, jak: dążenie do zwiększania obrotów za wszelką cenę; za pomocą reklamy, obniżek cen, podważania dobrej opinii o konkurentach; oszukiwanie na wadze składników leków wytwarzanych w aptece; zastępowanie w tak wytwarzanych lekach drogich składników tanimi, o mniej skutecznych właściwościach; podejmowanie dodatkowych zajęć zarobkowych poza apteką, wpływających na brak nadzoru nad zatrudnionym w aptece personelem; sprzedaż pacjentom leków dostępnych bez recepty dobieranych bez należytej staranności, jak autorzy piszą „na oko”; tolerowanie partactwa i nieuczciwości u podległych pracowników apteki; wykonywanie pracy zawodowej niestaranie; brak nadzoru nad starannością, uczciwością i sumiennością młodszego personelu aptecznego; wyszydzanie i krytykowanie sumienności i uczciwości młodszego personelu aptecznego oraz tłumienie u niego „szlachetnych odruchów” w kontakcie z pacjentem – zamiast tego wpajanie młodym pracownikom przede wszystkim nastawienia na zysk. Do głównych naruszeń etyki zawodowej

często staje bowiem wobec konfliktu, który powinien sam rozwiązać. Musi sam odpowiedzieć sobie na pytanie, co powinien czynić kierując się swoją wiedzą i zwracając uwagę na dobro pacjenta, a zarazem ku temu co czynić może lub musi, dążąc do osiągnięcia jak największego zysku<sup>4</sup>. Ważne jest z tego względu wyrobienie sobie przez absolwenta studiów farmaceutycznych własnego stanowiska w wielu kwestiach związanych z codziennym wykonywaniem pracy zawodowej, a także umiejętności jego obrony za pomocą odpowiednio dobranych argumentów. Jeżeli farmaceuta uzna, że celem wykonywanej przez niego pracy zawodowej jest niesienie pomocy choremu człowiekowi, udostępnianie mu swojej wiedzy, a także udzielanie różnych metod wsparcia społecznego, to komercyjny aspekt tej pracy jawić się mu będzie jako ważny, bo zapewniający możliwość zdobycia środków utrzymania, ale nie podstawowy. Nie należy spodziewać się występowania w takim przypadku konfliktu sumienia w odpowiedzi na pytanie: czy mam zaoferować pacjentowi skutecznie działający, ale względnie tani lek, czy doradzić mu zakup produktu mało skutecznego lub zupełnie bezwartościowego pod względem terapeutycznym (jak np. produkty homeopatyczne), ale za to umożliwiającego uzyskanie wyższego zarobku. Odpowiedź na to pytanie została już bowiem przez farmaceutę udzielona wcześniej, gdy podjął decyzję, że jego działalność zawodowa będzie przede wszystkim ukierunkowana na pacjenta. Jeżeli jednak absolwent studiów farmaceutycznych uzna, że głównym celem wykonywania przez niego zawodu jest osiągnięcie maksymalnego zysku, to w przypadku pojawienia się konfliktu sumienia między dobrem i interesem pacjenta a dobrem i interesem własnym zawsze wybierze te drugie. Nie jest bowiem dla niego istotne, w jaki sposób osiąga zaplanowaną wysokość zysków. Leki traktuje bowiem jako towar, którego powinien sprzedać jak najwięcej i za jak najwyższą cenę. Pacjent staje się wyłącznie klientem i w tej roli budzi zainteresowanie farmaceuty wyłącznie jako obiekt zabiegów marketingowych, które powinny być jak najbardziej skuteczne. Pacjent nie jest zarazem dla farmaceuty interesujący jako człowiek, jako osoba, jako adresat różnego rodzaju oddziaływań edukacyjnych, kształtujących świadomość zdrowotną, albo wychowawczych. W komercyjnym modelu praktyki zawodowej relacje z pacjentem ulegają utowarowieniu. Pacjent jest postrzegany jako kupujący, który powinien

---

przez młodych farmaceutów i ogólnie pracowników aptek Rostafiński i Moska zaliczają: zawiść i zazdrość w stosunku do lepiej zarabiających kolegów, szefa i klientów; niewypelnianie zobowiązań przyjętych w umowie o pracę; pochlebstwa i podlizywanie się zwierzchnikom w nadziei na awans zawodowy lub materialny, który powinien być oparty na rzetelnej pracy; grubiańskie lub obojętne zachowanie wobec pacjentów; zbyt uległy stosunek do pacjentów, polegający m.in. na sprzedaży im leków, których nie powinno się im sprzedawać; przykry i niezyczliwy stosunek do kolegów z pracy; brak solidarności zawodowej; szkodenie z pobudek osobistych innym przedstawicielom zawodu aptekarskiego (ibidem, s. 65–66).

<sup>4</sup> L. Krówczyński, *op.cit.*, s. 6.

szybko i sprawnie zrealizować transakcję dostarczającą farmaceucie zysku. Nie powinien niczego więcej od farmaceuty oczekiwać, ponieważ farmaceuta nie jest gotowy – ze względu na przyjętą postawę wobec wykonywanego zawodu oraz rozumienie celu swojej pracy – takich oczekiwań spełnić. Tego rodzaju relacje uznawane są za niewłaściwe ze względów etycznych nie tylko w zawodzie farmaceuty, lecz także we wszystkich zawodach medycznych, w których praktyka powinna być ukierunkowana na pacjenta<sup>5</sup>.

Ponieważ osoby tworzące regulacje prawne określające zasady wykonywania pracy w różnych zawodach zdają sobie sprawę z możliwości występowania tego rodzaju postawy, wprowadzają możliwość nakładania sankcji karnych na farmaceutów, którzy nie uznają troski o pacjenta i przestrzegania jego praw za istotne. Prawa pacjenta są uznawane wspólnie za podstawę etyki zawodowej w zawodach medycznych<sup>6</sup>. Pacjent jest definiowany jako osoba, obdarzona godnością i mająca prawo do troski o swoje dobro, oraz do udzielania mu pomocy w chorobie w sposób rzetelny i kompetentny. Ma prawo nie tylko do otrzymania opartej na badaniach diagnostycznych rzetelnej diagnozy i dostosowanych do niej metod terapii, lecz także do nawiązania z lekarzem i farmaceutą terapeutycznego dialogu, opartego na osobowym kontakcie<sup>7</sup>. Prawa pacjenta obejmują także jego ochronę przed różnego rodzaju nadużyciami, związanymi np. z nakłanianiem do podejmowania terapii eksperymentalnych (które nie zostały legalnie zarejestrowane i nie uzyskały zgody komisji bioetycznej), niepotwierdzonych w aktualnym standardzie klinicznym lub też z nim jawnie sprzecznych<sup>8</sup>.

Normatywność etyki zawodowej w farmacji jest związana z możliwością nakładania sankcji karnych. Jeżeli farmaceuta zostanie uznany przez uprawnione do tego instytucje za osobę łamiącą zasady etyki zawodowej, podlegać będzie karze odpowiedniej do wagi naruszanej zasady.

Uzasadnienie normatywności etyki zawodowej obowiązującej przedstawicieli zawodów medycznych jest następujące:

1. Zarówno lekarz, jak i farmaceuta są przedstawicielami tzw. zawodów zaufania publicznego. Powierzeni ich opiece pacjenci mają prawo oczekiwać, że lekarze

---

<sup>5</sup> Por. B. Płonka-Syroka (red.), *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie historycznej, społecznej i medycznej*, Warszawa 2005; A. Syroka, A.K. Agrawal, J. Rudnicki (red.), *Relacje lekarz-pacjent w procesie medykalizacji choroby*, Wrocław 2005.

<sup>6</sup> Por. K. Szewczyk, *Bioetyka. Prawa pacjenta w systemie opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009; idem, *Bioetyka. Medycyna w granicach życia*, Warszawa 2009.

<sup>7</sup> Por. T. Gordon, W. Sterling-Edwards, *Rozmawiać z pacjentem. Podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji*, tłum. T. Szafranski, Warszawa 2009.

<sup>8</sup> Por. W. Galewicz, *Etyczne i prawne granice badań naukowych*, Kraków 2009.

- i farmaceuci będą wykonywali swój zawód zgodnie z regułami dobrej praktyki i będą podporządkowywać sposób jego wykonywania regułom etyki zawodowej<sup>9</sup>.
2. Wykonywanie zawodów medycznych zgodnie z regułami dobrej praktyki oznacza, iż będzie ona wykonywana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej<sup>10</sup>. W ten sposób pacjenci są zabezpieczani przed wszelkiego rodzaju odstępstwami i dowolnościami, wynikającymi zarówno z niewiedzy, złej woli lekarza albo farmaceuty, jak i z niewłaściwego nastawienia do wykonywanego zawodu, to jest przede wszystkim z nastawienia na osiągnięcie zysku, a nie na realną pomoc pacjentowi. Możliwe jest bowiem osiągnięcie zysku poprzez spełnianie nierealistycznych oczekiwań pacjentów, oferowanie im terapii nie opartych na faktach, sprzedaż leków o niepotwierdzonej wartości leczniczej niedopuszczonych do legalnego obrotu itp. Wszystkie takie działania są niezgodne z zasadami etyki lekarskiej i farmaceutycznej.
  3. Normatywność etyki zawodowej w medycynie i farmacji poddana jest podwójnej sankcji prawnej. Za przekraczanie zasad etyki zawodowej lekarz i farmaceuta mogą spotkać się nie tylko z naganą środowiskowych instytucji samorządu zawodowego, takich jak Izby Lekarskie i Izby Farmaceutyczne, i działających w ich strukturze komisji etycznych. Mogą być także pociągnięci do odpowiedzialności karnej, zgodnie z normami prawa państwowego, za błędy wynikające nie tylko ze złej woli, lecz także z niewiedzy. Dlatego jak każdy przedstawiciel zawodów medycznych farmaceuta jest zobowiązany do stałego dokształcania się i uzyskiwania wiedzy dotyczącej aktualnego standardu medycyny<sup>11</sup>.
  4. Podstawą wszystkich uregulowań prawnych, dotyczących lekarzy i farmaceutów, jest standard Evidence Based Medicine, w jego aktualnej wersji zatwierdzonej przez międzynarodowych specjalistów<sup>12</sup>. Takim standardem jest np. aktualnie obowiązująca farmakopea, która przez praktykującego farmaceutę nie może być traktowana jedynie jako zestaw wskazówek, lecz winna zostać przez niego przyjęta jako norma, której podporządkuje wykonywanie swojego zawodu zgodnie z regułami dobrej praktyki. Dla lekarza takim standardem jest natomiast ostatnia obowiązująca międzynarodowa klasyfikacja chorób, sporządzona zgodnie z aktualnym standardem Evidence Based Medicine. Praktykowanie przez lekarza niezgodnie z tą klasyfikacją, to znaczy stawianie diagnoz

---

<sup>9</sup> Por. T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002.

<sup>10</sup> Por. J. Bernard, *Od biologii do etyki. Nowe horyzonty wiedzy, nowe obowiązki człowieka*, tłum. J.A. Żelechowska, Warszawa 1994.

<sup>11</sup> Por. W. Kwiatkowski, *Ethos i medycyna. Hermeneutyczne rozważania o sztuce leczenia – interpretacja wybranych zagadnień etyki medycznej*, Nowa Wieś/k. Torunia 2014.

<sup>12</sup> Por. H.R. Wulf, P.C. Gotsche, *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej czyli Evidence-Based-Medicine*, tłum. Z. Szawarski, redakcja naukowa wydania polskiego R. Nizankowski, Łódź 2005.

chorób, które w tej klasyfikacji nie występują, a co gorsza, ordynowanie terapii, która nie jest zgodna z obowiązującym aktualnie standardem klinicznym jest uznawane za naruszenie zasad etyki zawodowej i może być podstawą rozpoczęcia przeciwko lekarzowi postępowania karnego. Tak samo wytwarzanie przez farmaceutę i wprowadzanie do obrotu leków niezgodnych z aktualnie obowiązującą farmakopeą, czy podejmowanie samodzielnego leczenia pacjentów przez farmaceutę są uznawane za naruszenie zasad etyki zawodowej i mogą stać się podstawą wszczęcia postępowania karnego.

Obowiązujący obecnie standard etyki zawodowej nakłada na farmaceutę w trakcie wykonywania przez niego pracy zawodowej ścisły zakres obowiązków, które powinien realizować. Obowiązki te można podzielić na kilka grup<sup>13</sup>.

Pierwsza obejmuje obowiązki odnoszące się do rzetelnego wykonywania pracy. Farmaceuta powinien wykonywać wszystkie czynności zawodowe, które ma w zakresie swoich obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi procedurami. Nie wolno mu odstępować od tych procedur, ani traktować ich w sposób dowolny albo uznaniowy. Pozwala to na sprawne funkcjonowanie całego systemu medycyny publicznej, w skład którego wchodzi nauki farmaceutyczne i praktyczna praca farmaceutów. Zarówno pacjenci, jak i osoby wykonujące inne zawody medyczne muszą mieć pewność, że farmaceuta wykonuje wszystkie swoje czynności w sposób zgodny z procedurami. Tylko wtedy bowiem są to czynności dla innych bezpieczne, a skutki wykonania tych czynności mogą być uważane za standaryzowane. Można w takim wypadku pewnie i bezpiecznie korzystać z nich zgodnie z oczekiwaniami.

Druga grupa zasad, znajdujących się w systemie etyki zawodowej, dotyczy wzajemnych stosunków między farmaceutami, nawiązywanych w trakcie wykonywania przez nich pracy zawodowej. Stosunki te powinny być oparte na uczciwości, rzetelności, wzajemnej pomocy i przestrzeganiu obowiązujących reguł prawnych i moralnych. Tego rodzaju regulacje mają zapobiegać występowaniu w stosunkach między pracodawcami i pracownikami tego rodzaju patologicznych relacji, jak mobbing, zmuszanie pracowników do wykonywania pracy wykraczającej poza zakres ich obowiązków i poza ustawowo określony czas pracy (np. wymuszanie nadgodzin), zmuszanie pracowników przez pracodawców do wykonywania czynności zawodowych niezgodnych z prawem lub regułami współżycia społecznego (np. ujawnianie tajemnicy zawodowej). Etyka zawodowa normuje także obowiązki pracowników wobec pracodawców. Należą do nich rzetelne wykonywanie pracy w czasie i miejscu przewidzianym umową, przystępowanie do pracy w stanie trzeźwości (zarówno wolnym od alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych)

---

<sup>13</sup> Por. M. Stych, *Prawno-administracyjne uwarunkowania wykonywania zawodu farmaceuty*, Wrocław 2021.



i wykonywanie jej w takim stanie, wykonywanie pracy zawodowej zgodnie z obowiązującymi procedurami itp. Zarówno pracodawcy, jak i pracownicy powinni przestrzegać istniejących reguł BHP, jak i regulacji sanitarno-higienicznych, których zachowywanie jest uznawane za obligatoryjne ze względu na bezpieczeństwo wszystkich wykonujących danego rodzaju pracę podmiotów, zasady współżycia społecznego oraz dobro publiczne. Wspomniane tu relacje dotyczą szczególnie farmaceutów zatrudnionych w fabrykach i laboratoriach farmaceutycznych oraz w aptekach szpitalnych, w których nie nawiązują bezpośredniego kontaktu z pacjentami. Jednakże ze względu na specyfikę pracy farmaceutów w tych instytucjach rezultaty ich pracy będą wywierać wpływ także na pacjentów, korzystających z tych rezultatów. Normy etyki zawodowej obowiązujące farmaceutów w laboratoriach badawczych, zakładach produkcyjnych i aptekach szpitalnych, a także na uczelniach, powinny obowiązywać zawsze w związku z dobrem ostatecznego adresata wszelkich praktyk w zawodach medycznych, tj. pacjenta. Podstawowa norma etyki zawodowej obowiązująca w zawodach medycznych: *Salus aegroti suprema lex esto* (Zdrowie chorego niech będzie najwyższym prawem) jest w ten sposób zachowywana, chociaż w sposób pośredni.

Trzecia grupa zasad, występujących w systemie etyki zawodowej farmaceuty, reguluje relacje z pacjentami nawiązywane przez farmaceutę w sposób pośredni, w czasie pracy w aptece. Relacje te polegają nie tylko na sprzedaży leków, lecz także wiążą się ze sprawowaniem tzw. opieki farmaceutycznej. Farmaceuta powinien umieć nawiązać ze swoim pacjentem, w tym szczególnie tym, którego osobiście rozpoznaje i z którym spotyka się w częściej, osobowy kontakt, a nie tylko relację kupna-sprzedaży. Relację doradczo-opiekuńczą farmaceuta powinien jednak nawiązywać także w jednorazowym kontakcie z pacjentem. Pragmatyka zawodu farmaceuty opiera się bowiem na zasadzie zaufania pacjentów do farmaceutów jako grupy. Zawód farmaceuty jest jednym z tzw. zawodów zaufania publicznego, co oznacza, że wchodzący w relacje z farmaceutami klienci oczekują od nich rzetelności, kompetencji oraz chęci udzielenia pomocy. Nie jest to przy tym relacja między pacjentem a jednym wybranym przez niego i obdarzonym zaufaniem farmaceutą, ale odnosząca oczekiwania pacjentów do wszystkich przedstawicieli tego zawodu.

Zgodnie z zasadami etyki zawodowej w kontakcie z pacjentem farmaceuta powinien wykazywać dbałość o zachowanie przez pacjenta godności osobistej. Jest to szczególnie istotna zasada ze względu na to, że przedkładając farmaceutcie do realizacji recepty wystawione przez lekarza lub prosząc o leki dostępne bez recepty pacjenci ujawniają intymne sprawy dotyczące stanu ich zdrowia. Farmaceuta jest zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej dotyczącej diagnozy choroby każdego pacjenta, jak i metod terapii, która jest w jego przypadku stosowana.

Wydając leki farmaceuta jest zobowiązany do zapewnienia pacjentowi dyskrecji wobec innych klientów apteki. Powinien starać się uzyskiwać od pacjenta wymagane informacje i przekazywać je pacjentowi w taki sposób, aby nie stały się dostępne dla innych pacjentów przebywających w tym czasie w aptece.

Zgodnie z zasadami etyki zawodowej farmaceuta jest także zobowiązany w kontakcie z pacjentem do zachowania uważności i grzeczności osobistej, także wtedy, gdy ma do czynienia z tzw. „pacjentem trudnym”, roszczeniowym itp. Farmaceuta zawsze powinien zachowywać profesjonalną postawę wobec klienta, której elementem jest uważność, troska o dobro pacjenta i szacunek wobec jego osoby. Są to bowiem elementy pragmatyki wszystkich zawodów medycznych jako zawodów zaufania publicznego. Naruszenie godności osobistej pacjenta może podlegać sankcjom prawnym, na równi z nieudzieleniem pacjentowi informacji w sposób dla niego dostępny i zrozumiały.

## Etyka i deontologia

Jak jest definiowana sama etyka, jako system nadrzędny wobec etyki zawodowej? Możliwe są tu trzy definicje<sup>14</sup>:

1. Etyka może być definiowana jako opisowa nauka o moralności, zajmująca się badaniem, opisem, analizą i wyjaśnianiem występujących w społeczeństwie w różnych epokach norm i związanych z nimi reguł postępowania.
2. Etyka może być definiowana jako synonim moralności – to znaczy osoba postępująca w sposób oceniany jako moralnie dobry, jest oceniana jako postępująca w sposób etyczny, a sprzeniewierzająca się moralnym regułom jako postępująca w sposób nieetyczny lub odpowiednio jako osoba etyczna/nieetyczna.
3. Etyka może być definiowana jako określony system etyczny, zawierający normy, oceny, nakazy i zakazy, których przestrzeganie jest obwarowane różnego rodzaju sankcjami i może być skutecznie egzekwowane przez różnego rodzaju władze, uznające taki system etyczny za słuszny.

Etyka zawodowa w medycynie i farmacji definiowana jest zgodnie z trzecią z wymienionych tu definicji. Jest bowiem z założenia etyką normatywną, określa reguły dobrej praktyki zawodowej, wyznacza także sankcje za ich nieprzestrzeganie.

Deontologia jest nauką o powinnościach moralnych uwarunkowanych etycznie<sup>15</sup>. W systemach etyki zawodowej, tj. systemach normatywnych, zawarte są zasady, które pracownik wykonujący zawód opisywany przez dany system norm etyki

---

<sup>14</sup> Por. T. Brzeziński, *op.cit.*, s. 1–8.

<sup>15</sup> *Ibidem*, s. 5, 17 i in.

zawodowej powinien przestrzegać. Normy deontologiczne mają często charakter powinności moralnych, a nie norm prawnych. Z tego względu nie zawsze łamiący je pracownik podlega karom opisanym w kodeksie karnym, nie popełnia bowiem przestępstwa sensu stricto. Występują jednak i takie normy deontologiczne, których złamanie przez farmaceutę wiąże się z naruszeniem prawa.

Przykładem norm deontologicznych, tj. powinności o charakterze etycznym, których naruszanie nie ma charakteru przestępstwa, są uważność i grzeczność, które farmaceuta powinien wykazywać w osobistym kontakcie z pacjentem. Zachowanie niegrzeczne (wyrażane zarówno w formie słownej, jak i za pośrednictwem tzw. mowy ciała), które pacjent może odebrać jako przejaw wywyższania się farmaceuty nad pacjentem, niesympatyczne czy aroganckie, nie podlega pod przepisy kodeksu karnego. Nie można być skazanym na mocy kodeksu karnego za brak dobrego wychowania, brak należytej uważności, czy też zdawkową formę kontaktu werbalnego z pacjentem, które uznaje on za lekceważenie jego potrzeb i odczuć, a nawet jego osoby. Jeżeli farmaceuta rzetelnie realizuje recepty i wydaje właściwe leki, o które pacjent prosi, a także ogranicza się do udzielania najprostszych porad dotyczących leków, ucinając wszelkie inne możliwości kontaktu z pacjentem, nie będzie za to ukarany zgodnie z kodeksem karnym. Na jego niestosowne zachowanie mogą mu zwrócić uwagę inni pracownicy apteki, jej kierownik albo właściciel. Będąc niegrzecznym i nieuważnym wobec pacjentów farmaceuta sprzeniewierza się jednak regułom dobrej praktyki zawodowej, które obok wiedzy, posiadanej przez farmaceutę i znajdującej wyraz w jego zawodowej praktyce, wymagają od niego czegoś więcej: nawiązywania dobrych relacji z pacjentem, w których ten ostatni może zrealizować swoją potrzebę uzyskania pomocy w chorobie, do której zgodnie z obowiązującym w Polsce systemem prawnym ma prawo zgodnie z Konstytucją. Zgodnie z zasadami deontologii, tj. nauki o powinnościach, farmaceuta powinien w kontakcie z pacjentem kierować się dobrem chorego, z której to zasady wynika troska o pacjenta, rzetelność udzielanych mu porad, grzeczność i troskliwość. Dobro chorego powinno być wartością, której farmaceuta nie powinien lekceważyć, podważać ani naruszać.

### **Bezwzględny i względny charakter norm etyki zawodowej**

W kodeksach etyki zawodowej występują normy mające charakter bezwzględny, czerpane z ogólnej tradycji filozoficznej (jak norma nie zabijaj) oraz normy mające charakter względny (jak norma nakazująca udzielenie pomocy choremu, ale w sposób dostosowany do możliwości osoby udzielającej tej pomocy).

Lekarzy i farmaceutów obowiązuje w każdym wypadku zajęcie aktywnej postawy wobec chorego człowieka, którego zdrowie i życie jest w jakiś sposób zagrożone. Zgodnie z treścią przysięgi zawodowej, którą składają, przedstawiciele tych zawodów nie mogą zachować się obojętnie wobec potrzebującego pomocy chorego. Powinni udzielić mu pomocy (szczególnie w przypadku zagrożenia życia) nie tylko w miejscu pracy i w godzinach jej wykonywania, lecz także – w przypadkach nagłych – poza tym miejscem i poza godzinami. Zobowiązuje do tego lekarza i farmaceutę wykonywanie przez nich zawodu zaufania publicznego. Posiadając odpowiedni zasób wiedzy, są w stanie udzielić takiej pomocy o wiele skuteczniej, niż inni ludzie nie posiadający przygotowania medycznego. Nieudzielenie pomocy choremu w potrzebie może być zgodnie z zasadami etyki zawodowej zawodów medycznych uznane za złamanie tych zasad, oparte na zaniechaniu udzielenia pomocy osobie potrzebującej, kiedy potrzeba taka wystąpiła, a udzielenie pomocy było możliwe do wykonania<sup>16</sup>.

Spółeczeństwo – ze względu na zasady dobra publicznego – ma prawo oczekiwać, że w trakcie wykonywania pracy zawodowej, w miejscu i czasie jej wykonywania, lekarz i farmaceuta będą zachowywali bezwzględną normę moralną, jaką jest troska o zdrowie i życie pacjenta. Nie zachowanie tej normy może być podstawą odpowiedzialności prawnej przedstawicieli obu tych zawodów. Względny charakter ma jednak norma dotycząca zakresu udzielanej pacjentowi pomocy. Zgodnie z regułami etyki zawodowej i regułami dobrej praktyki zakres tej pomocy zależy bowiem od okoliczności i realnej możliwości udzielenia pomocy choremu w danym czasie i miejscu. Nie może być pociągnięty do odpowiedzialności prawnej za naruszenie zasad etyki zawodowej lekarz, który pracując w słabo wyposażonym szpitalu podjął się operacji ratującej życie choremu, który poniósł szkody w wypadku drogowym, czy doznał innego urazu uniemożliwiającego przetransportowanie pacjenta do lepiej wyposażonej, ale odległej od miejsca doznania urazu placówki leczniczej, jeżeli nie było takiej możliwości. Lekarz ratujący życie ofiary wypadku, postępujący zgodnie ze wszystkimi wymaganymi i dostępnymi mu procedurami klinicznymi i zachowujący należyłą staranność w ich wykonywaniu, nie może odpowiadać za to, że jego działania okazały się nieskuteczne, u pacjenta wywiązały się jakieś komplikacje lub nawet zmarł. Lekarz działał bowiem w sytuacji tzw. wyższej konieczności, według swoich najlepszych możliwości i wykorzystał całą aparaturę, która była dostępna szpitalu, w którym pracuje. Niedostateczne wyposażenie lokalnego szpitala (najbliższego miejscu wypadku) lub jego niski poziom referencyjności nie mogą być w takim przypadku podstawą procesu sądowego, wytoczonego przez pacjenta lub jego rodzinę, w którym zarzutem przeciw lekarzowi

---

<sup>16</sup> Szerzej rozwija te kwestie prof. T. Brzeziński, w wielu miejscach w cytowanej już pracy *Etyka lekarska*.

będą wskazane wyżej niedostatki. Lekarz ratujący zdrowie i życie pacjenta wykonał bowiem wszystkie zabiegi w sposób zgodny z procedurami i wyczerpał wszystkie możliwości udzielenia choremu pomocy w dostępnym sobie zakresie.

Podlega natomiast procedurze karnej przypadek, gdy ten sam lekarz pracujący w małym, prowincjonalnym szpitalu podejmuje się (bez nagłej potrzeby ratowania zdrowia i życia pacjenta) wykonania wysoko specjalistycznej operacji, która powinna zostać wykonana w szpitalu o wyższym poziomie referencyjności (np. wojewódzkim albo akademickim szpitalu klinicznym), w którym dostępna jest lepsza aparatura i zatrudnieni są lepiej wykształceni specjaliści. Podstawą decyzji o wykonaniu takiej operacji może być chęć zysku, tj. uzyskania niezgodnej z procedurami gratyfikacji finansowej z Narodowego Funduszu Zdrowia, albo inne względy, np. osobiste. Lekarz nie postępuje w takim przypadku zgodnie z zasadami etyki zawodowej, ale je narusza, podejmując się wykonania zabiegu powyżej swoich kompetencji i niezgodnie z uprawnieniami przyznanymi szpitalowi, w którym pracuje. Jeżeli życie pacjenta nie jest zagrożone w stopniu bezpośrednim, lekarz powinien zgodnie z procedurami skierować pacjenta wymagającego skomplikowanego leczenia do specjalistycznego szpitala, który posiada odpowiednie wyposażenie i zatrudnia wymaganych przez NFZ lekarzy-specjalistów. Nie może powoływać się na zapisaną w *Kodeksie etyki lekarskiej* bezwzględna norma, dotycząca ratowania zdrowia i życia pacjenta. Jego postępowanie narusza bowiem obowiązującą w polskim systemie opieki zdrowotnej pragmatykę. Jest ryzykowne dla pacjenta i narusza jego prawa.

Względność w realizacji bezwzględnej normy moralnej ratowania zdrowia i życia pacjenta występuje także w przypadku farmaceutów. Farmaceuta nie może być uznany za winnego naruszenia zasad etyki zawodowej, gdy pracując w małej prowincjonalnej aptece, czy poza Europą, np. w mało zaawansowanym gospodarstwie kraju, nie może w odpowiednim do zagrożenia zdrowia i życia pacjenta czasie zrealizować wystawionej przez lekarza recepty. Jeżeli podjął wszystkie możliwe działania, aby sprowadzić lek dla pacjenta, albo sprowadzić do apteki składniki tego leku i wykonać lek na miejscu zgodnie z recepturą, ale nie zakończyły się one pozytywnym skutkiem, nie może odpowiadać za naruszenie zasad etyki zawodowej. Jego działania na rzecz zdrowia i życia pacjenta były bowiem odpowiednie do jego możliwości. Ich negatywny rezultat nie obciąża farmaceuty. Nie może bowiem odpowiadać za to, że nie podjął w celu ratowania zdrowia i życia pacjenta działań nadzwyczajnych (nie sprowadził np. potrzebnego pacjentowi leku z hurtowni za granicą i sam z własnych środków opłacił jego transport – działania te wykraczają bowiem poza działania zwyczajne). Zgodnie z zasadami etyki zawodowej farmaceuta odpowiada za realizację tzw. działań zwyczajnych, standardowych w danym miejscu i okolicznościach.

Ten sam farmaceuta podlegał by natomiast karze za naruszenie zasad etyki zawodowej, gdyby – nie mogąc zdobyć zapisanych na receptę składników – wykonał lek dla tego samego pacjenta z udziałem innych składników, niż wypisane na receptę. Podlegał by wówczas karze za naruszenie zasad etyki zawodowej. Sprzedaż pacjentowi leku o niewłaściwym składzie, z chęci zysku, który może być uzyskany z jego sprzedaży, możemy uznać za wyłudzenie przez farmaceutę nie należnych korzyści. Człowiek, którego zdrowie i życie jest zagrożone, jest gotów ponieść na zakup leku nawet wysokie koszty. Oferując pacjentowi lek o niewłaściwym składzie lub sporządzony niezgodnie z procedurą, farmaceuta naraża pacjenta na niezasadniony wydatek. Naraża jednak przede wszystkim zdrowie i życie pacjenta, w związku z zaferowaniem mu produktu, który nie ma w przypadku jego choroby realnych właściwości terapeutycznych. Farmaceuta naruszył by także zasady etyki zawodowej, gdyby nie podjął żadnych starań, umożliwiających pacjentowi zdobycie leku, mogącego uratować jego zdrowie i życie i nie udzielił pacjentowi porady, w jaki sposób i gdzie może tego leku poszukiwać. Są to bowiem działania zwyczajne, które farmaceuta powinien podjąć na rzecz pacjenta.

Definicja tak zwanych środków zwyczajnych i nadzwyczajnych ma w etyce lekarskiej i farmaceutycznej charakter względny jeszcze z innego powodu. W różnych krajach świata, o różnym poziomie rozwoju gospodarczego i różnych modelach funkcjonowania systemów medycyny publicznej, te same środki i metody leczenia, a także leki, mogą być uznawane za zwyczajne, a w innych za nadzwyczajne. W zamierzonych krajach rozwiniętych do środków zwyczajnych należą np. szczepienia ochronne, antybiotyki i inne skuteczne leki, w tym syntetyczne, dostęp do szerokiego zakresu procedur szpitalnych: diagnostycznych i leczniczych. Natomiast w wielu słabo rozwiniętych krajach Afryki i Azji, w których nie działają systemy medycyny publicznej, brak jest dostatecznej liczby lekarzy i aptek, te same leki oraz procedury medyczne należą do grupy środków nadzwyczajnych. Nie można wyciągać wobec lekarzy i aptekarzy konsekwencji karnych za ich niezastosowanie, ponieważ wobec większości pacjentów nie jest to praktycznie możliwe.

W Unii Europejskiej jest szczegółowo opisany zakres podstawowych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, do których dostęp muszą mieć zapewniony obywatele wszystkich państw UE<sup>17</sup>. Jeżeli realizacja jednego z tak opisanych świadczeń jest niemożliwa na terenie danego państwa, jego obywatele mają prawo do uzyskania tego świadczenia na terenie innego z państw UE, a jego własne państwo powinno opłacić koszt wykonania tych świadczeń poza swoimi granicami. Określa to zakres środków i procedur dostępnych pacjentom z krajów UE, które mogą być uznawane za zwyczajne. Systemy medycyny publicznej w UE nie finansują jednak

---

<sup>17</sup> Szerzej przedstawia te kwestie M. Stych w cytowanej już książce pt. *Prawno-administracyjne uwarunkowania wykonywania zawodu farmaceuty*.

ani nie refundują tak zwanych działań nadzwyczajnych, np. operacji chirurgicznych obciążonych bardzo wysokim ryzykiem, których wykonania nie podejmuje się żaden z ośrodków klinicznych albo szpitali znajdujących się w UE, w tym tych o wysokim poziomie referencyjności. Odmawiający wykonania niezwykle skomplikowanych operacji lekarze nie mogą być pociągnięci do odpowiedzialności karnej za naruszenie zasad etyki zawodowej. Odmawiają bowiem realizacji tych świadczeń ze względu na dobro pacjenta. Uznają omawiane tu operacje za zbyt dla pacjenta ryzykowne i mające niewielkie szanse na sukces terapeutyczny. Tylko w specjalnych programach badawczych i pod ścisłym nadzorem komisji bioetycznych działających w strukturze wyższych uczelni medycznych w danym kraju UE, możliwe jest wykonywanie operacji eksperymentalnych, obciążonych dla pacjenta bardzo wysokim stopniem ryzyka. Pacjent musi być jednak tego świadomy i musi wyrazić zgodę na tego rodzaju operację.

### **Wykonywanie zawodu lekarza i farmaceuty oraz popularyzacja informacji dotyczących leków i leczenia wśród pacjentów**

Istotne dla zrozumienia normatywnego charakteru etyki lekarskiej i farmaceutycznej jest to, że przedstawiciele zawodów medycznych powinni ją uznawać za obowiązującą nie tylko podczas wykonywania obowiązków w swoim podstawowym miejscu pracy – np. w szpitalu, przychodni lub aptece, lecz także w innym miejscu zatrudnienia (np. w prywatnym gabinecie) lub wyrażając swoje opinie dotyczące kwestii medycznych – zarówno prywatnie, jak i publicznie. Zarówno lekarz, jak i farmaceuta nie mogą – zgodnie z zasadami etyki zawodowej – postępować w swoim podstawowym miejscu pracy zgodnie z obowiązującą międzynarodową klasyfikacją chorób, a przez pozostałą część doby świadczyć usługi terapeutyczne w standardzie alternatywnym – to jest wykonywać praktyki lecznicze lub sprzedawać pacjentom preparaty, których skuteczność nie została potwierdzona w standardzie klinicznym, albo też oferować i popularyzować metody terapii uznawane zgodnie ze standardem Evidence Based Medicine za szkodliwe dla pacjentów. Przedstawiciele obu zawodów medycznych złamali by bowiem postępując w taki sposób bezwzględne reguły etyki zawodowej, za co mogli by zostać ukarani zarówno przez samorząd lekarski i aptekarski, jak i organa związane z przestrzeganiem standardów prawa państwowego, to jest sądy powszechne. Lekarze i aptekarze składając przysięgę zawodową, zobowiązują się bowiem do wykonywania swojej pracy zawodowej w aktualnym standardzie Evidence Based Medicine. Od zobowiązania tego nie ma wyjątków.

Przedstawiciele zawodów medycznych, lekarze i farmaceuci, zgodnie z zasadami etyki zawodowej mają bezwzględny obowiązek informowania pacjentów na temat leków i terapii w sposób zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej i farmaceutycznej. Wszelkie naruszenia tej zasady podlegają karze. Farmaceucie nie wolno, ponieważ jest to traktowane jako naruszenie zasad etyki zawodowej:

1. Przedstawiać pacjentom oferowanych w legalnym obrocie produktów jako „nadzwyczajnie skutecznych” w leczeniu wybranych schorzeń, niezgodnie z ich opisem farmakopealnym, ale zgodnie z oczekiwaniami pacjenta lub zgodnie z nadzieją na zysk właściciela placówki, w której takie produkty są sprzedawane (apteki, sklepy z produktami regionalnymi lub zielarskimi).
2. Przedstawiać pacjentom oferowanych w legalnym obrocie produktów, które nie mają sprecyzowanych właściwości leczniczych, jako leków i sugerować klientom, że mają wysoką skuteczność terapeutyczną.
3. Przedstawiać pacjentom wszelkich produktów oferowanych w obrocie nielegalnym jako produktów leczniczych.

Zakaz podawania fałszywych informacji obejmuje także przypisywanie wysokiej skuteczności terapeutycznej substancjom lub produktom wytwarzanym domowymi sposobami lub tzw. produktom natury (wody źródlane, miody), jeżeli ich właściwości nie zostały potwierdzone odpowiednimi badaniami. Farmaceucie nie wolno udzielać swojego nazwiska, tytułu zawodowego lub wizerunku dla potwierdzenia skuteczności terapeutycznej stosowanych tradycyjnie przez ludność lub wytwarzanych na podstawie tradycyjnych receptur przez ich producentów produktów, takich jak „wina lecznicze”, „lecznicze” nalewki lub wódki, mieszanki ziołowe itp. Każda takiego typu informacja wymaga bowiem przeprowadzenia formalnych badań i zachowania odpowiednich procedur, szczegółowo opisanych w polskim prawie. Indywidualny farmaceuta, nie zatrudniony w instytucji uprawnionej do wydawania orzeczeń dotyczących potwierdzenia właściwości leczniczych danego surowca lub produktu, nie ma uprawnień formalnych do wydawania opinii na ten temat, ani ich przedstawiania publicznie.

Farmaceuta powinien zawsze, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, udzielać informacji dotyczących chorób i leków zgodnie ze standardem wiedzy, z którym zapoznał się na studiach i który ma obowiązek stale uzupełniać w ramach podyplomowego kształcenia ustawicznego. Opinie farmaceuty wyrażane zarówno publicznie (w aptece, w prasie, w Internecie, w innych mediach), jak i prywatnie (w codziennym środowisku życia) mają istotne znaczenie dla kształtowania świadomości zdrowotnej wielu osób, które mają okazję z nimi się zapoznać. Jako przedstawiciele zawodu zaufania publicznego farmaceuci są traktowani jako miarodajne źródło wiedzy na temat leków i leczenia. Z tego powodu etyka zawodowa



nakłada na farmaceutów obowiązek wyrażania opinii dotyczących wszystkich kwestii związanych z terapią zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej. Jest to uregulowanie normatywne.

### **Farmaceuta doradcą pacjenta**

W zakresie obowiązków zawodowych farmaceuty leży także poradnictwo farmaceutyczne. Powinno być ono udzielane we wszystkich krajach Unii Europejskiej, w tym w Polsce, w tym samym standardzie. Obowiązkiem farmaceuty, zgodnym z zasadami etyki zawodowej, jest udzielanie porad dotyczących leków i leczenia zgodnie z obowiązującym i stale aktualizowanym standardem wiedzy medycznej i farmaceutycznej. Zrealizowanie wspólnego w całej Europie standardu poradnictwa farmaceutycznego jest możliwe dzięki wprowadzeniu w życie pewnej wspólnej strategii. Jej elementy przedstawiają się następująco:

1. Ujednolicenie programów studiów farmaceutycznych we wszystkich krajach europejskich i opis ich podstawy programowej za pomocą punktów kredytowych ECTS. Studenci farmacji mogą dzięki temu uzyskać porównywalny zasób wiedzy, umożliwiający im wykonywanie zawodu farmaceuty we wszystkich krajach europejskich. W kontakcie z pacjentami są w stanie udzielać praktycznych porad dotyczących leków i leczenia w tym samym standardzie naukowym.
2. Powołanie we wszystkich uczelniach wyższych, prowadzących studia na kierunku Farmacja, specjalnych wydziałowych komisji programowych. Zadaniem tych komisji jest ujednolicenie treści przedstawianych studentom w procesie dydaktycznym, nadzór nad tymi treściami i wyeliminowanie z dydaktyki ewentualnych elementów niezgodnych ze współczesnym standardem wiedzy medycznej i farmaceutycznej. Programy nauczania na kierunkach Medycyna i Farmacja we wszystkich wyższych uczelniach w Unii Europejskiej mają być ujednolicone, spójne i dostosowane do standardu Evidence Based Medicine.
3. Zapewnienie studentom farmacji i doktorantom wydziałów farmaceutycznych szerokiego dostępu do wymiany międzynarodowej i podnoszenia swoich kwalifikacji w ramach programu ERASMUS. W ten sposób studenci farmacji uzyskują możliwość uzupełnienia swojej wiedzy praktycznej i teoretycznej, opartej na wspólnych w całej Europie podstawach metodologicznych, w innych krajach Unii Europejskiej niż ten, który jest ich krajem pochodzenia.

Podstawa programowa studiów wyższych w zakresie medycyny i farmacji opiera się na jednolitej metodologii. Kształcenie studentów kładzie nacisk na zgodność treści programowych z aktualnym standardem nauk podstawowych, takich jak fizy-

ka, chemia i biologia. Studentów wdraża się również do posługiwania się metodami statystycznymi i korzystania z wysoko specjalistycznej aparatury naukowo-badawczej. Założenia programu nauczania mają doprowadzić do ukształtowania się świadomości zawodowej przyszłych lekarzy i farmaceutów opartej na następujących zasadach:

1. Akceptacja modelu nauki opartej na faktach i dowodach, w której każde twierdzenie musi być uzasadnione za pomocą metod uznanych za prawidłowe pod względem metodologicznym.
2. Akceptacja modelu nauki opartej na krytycyzmie, w którym każde twierdzenie może być obalone, jeżeli uda się wykazać jego niezgodność z faktami empirycznymi. W modelu tym nie ma miejsca na koncepcje z założenia niepodważalne. Nawet te, które obecnie uznajemy za oparte na faktach, udowodnione i wiarygodne, mogą w przyszłości utracić ten status, jeżeli zostaną przedstawione dowody przemawiające przeciwko nim.
3. Akceptacja modelu świadczeń medycznych o charakterze publicznym, tj. istnienia w państwach europejskich systemów medycyny publicznej finansowanych z podatków, w których pacjenci mają prawo do uzyskiwania świadczeń leczniczych całkowicie finansowanych lub dofinansowanych ze środków budżetowych.
4. Akceptacja systemu opieki farmaceutycznej, w którym znajdują zatrudnienie tylko osoby o wysokich kwalifikacjach i tylko one mają uprawnienia do samodzielnej pracy z pacjentem (mgr farmacji). System ten jest oparty na modelu nadzorowanej przez państwo dystrybucji leków i innych produktów użytkowanych przez klientów w celach profilaktycznych i leczniczych. Wyroby te podlegają obowiązkowej rejestracji, a ich produkcja jest nadzorowana, podobnie jak ich jakość.

Treści realizowane w dydaktyce studentów farmacji mają zawierać także inne elementy, umożliwiające absolwentom wykonywanie pracy zawodowej zgodnie z zasadami etyki zawodowej:

1. Z programów nauczania powinny zostać wyeliminowane (jeżeli jeszcze się w nich znajdowały) takie treści, które nie są zgodne ze standardem Evidence Based Medicine. Dotyczy to szczególnie programów historii medycyny, humanizujących przedmiotów fakultatywnych oraz etyki zawodowej, w których nie powinny się pojawiać interpretacje i oceny niezgodne ze współczesnym standardem nauk przyrodniczych, np. w ocenie tzw. medycyny alternatywnej.
2. W treściach nauczania należy wyraźnie rozróżniać i podkreślać, iż niektóre leki lub produkty lecznicze legalnie dopuszczone do obrotu nie są zgodne z aktualnym standardem nauk przyrodniczych (dotyczy to np. homeopatii). Studenci

powinni zostać zapoznani z uwarunkowaniami umożliwiającymi legalną sprzedaż produktów homeopatycznych w Polsce.

3. Wszystkie treści obecne w programach nauczania studentów farmacji powinny być spójne i uzupełniać się wzajemnie. W ten sposób absolwenci uzyskają spójną podstawę intelektualną, która umożliwi im uzupełnianie wiedzy uzyskanej w trakcie studiów w ramach indywidualnego doksztalcania. Kształcenie studentów w spójnym standardzie racjonalności umożliwi wytworzenie się w ich świadomości podstaw krytycznego myślenia, umożliwiających prawidłową (tj. krytyczną) ocenę różnych nowinek i mód terapeutycznych, które pojawią się w przyszłości w trakcie wykonywania przez nich pracy zawodowej z pacjentem.

Przedstawione powyżej elementy programów nauczania umożliwiają absolwentom farmacji świadome wykonywanie pracy zawodowej oraz przestrzeganie zasad kodeksu etyki zawodowej.

### **Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej na temat potencjalnych możliwości naruszania etyki zawodowej przez farmaceutów i uwarunkowań tego procesu**

W 2010 r. Naczelna Rada Lekarska zwróciła się do Dziekanów wszystkich Wydziałów Farmaceutycznych w Polsce z listem otwartym, poświęconym problematyce potencjalnych naruszeń etyki zawodowej przez farmaceutów, które mogą zaistnieć w wyniku niedoskonałych rozstrzygnięć prawnych obowiązujących w Polsce. Rada zwróciła uwagę, że ustawa *O zawodach lekarza i lekarza dentysty* nakłada na osoby wykonujące te profesje obowiązek świadczenia usług medycznych w aktualnym standardzie medycyny klinicznej. Jednocześnie Krajowa Komisja Leków i Urząd Rejestracji Leków dopuszczają do legalnego obrotu w Polsce produkty o niepotwierdzonej klinicznie skuteczności albo takiej skuteczności pozbawione (produkty homeopatyczne). Produkty te są dopuszczone do obrotu na terenie Polski w związku z dostosowaniem polskiego krajowego prawa o obrocie gospodarczym do przepisów europejskich. Zwrócono się w związku z tym do wydziałowych komisji dydaktycznych, aby zwracać studentom farmacji uwagę na mogące się pojawić sprzeczności w polskim ustawodawstwie oraz związane z nimi możliwości naruszenia zasad etyki zawodowej przez farmaceutów.

Zakres potencjalnych naruszeń etyki zawodowej jest związany przede wszystkim z obrotem aptecznym produktami sprzedawanymi bez recepty, parafarmaceutykami, suplementami diety i produktami homeopatycznymi. Zgodnie z zasadami etyki zawodowej farmaceuci powinni, kierując się w swojej pracy zasadą dobro pacjenta najwyższym prawem, realizować następujące reguły deontologiczne:

1. Farmaceutom nie wolno przeciwstawiać produktów naturalnych i sztucznych, oraz doradzać zakup przede wszystkim tych naturalnych, przedstawianych jako nieszkodliwe, pozbawione skutków ubocznych, bardzo skuteczne. Farmaceutom nie wolno też w tym kontekście krytycznie odnosić się do leków produkowanych fabrycznie i powiększać obaw pacjentów przed ich stosowaniem, np. poważnymi skutkami ubocznymi leków syntetycznych. Wskazane tu praktyki mogą występować nie tylko w aptekach, lecz także w sklepach zielarskich i sklepach z tzw. naturalnymi produktami leczniczymi, w których zatrudnieni są farmaceuci.
2. Farmaceutom nie wolno jest łudzić pacjentów nadzieją na osiągnięcie korzyści zdrowotnej po zastosowaniu produktów, których skład i opis farmakopealny tego nie przewidują. Udzielane przez farmaceutów porady dotyczące zakupu leków OTC, ziół czy suplementów diety muszą być oparte na faktach, zgodne z opisem farmakopealnym tych produktów i nie mogą wyolbrzymiać ich skuteczności, która nie została udowodniona klinicznie. Wskazane tu praktyki mogą występować zarówno w aptekach, jak i w sklepach zielarskich czy z tzw. naturalnymi produktami leczniczymi, zatrudniającymi farmaceutów.
3. Farmaceutom nie wolno stosować negatywnej reklamy porównawczej i doradzać pacjentowi zakup określonego rodzaju produktów i odradzać zakup innych, należących do tej samej grupy i o bardzo podobnych właściwościach, ale wytwarzanych przez innych producentów. Nie wolno im odwoływać się do argumentów nie mających podstaw naukowych, ale wyłącznie marketingowe. Wskazane tu praktyki mogą wystąpić przede wszystkim w aptekach.
4. Farmaceuci nie powinni przedstawiać pacjentom produktów homeopatycznych jako produktów leczniczych o takim samym statusie, jak leki przebadane klinicznie i dopuszczone do obrotu aptecznego na podstawie wymaganych dla nich formalnych procedur. Farmaceuta powinien poinformować pacjenta, że produkt, który pragnie kupić to lek homeopatyczny i dodać informację, że na polskim rynku aptecznym są dostępne także inne produkty, które może polecić. Ponieważ produkty homeopatyczne są w Polsce dostępne w legalnym obrocie aptecznym, farmaceuta nie może odmówić ich sprzedaży pacjentowi ani zastosować zakazanej reklamy porównawczej. Może jednak zwrócić uwagę pacjenta na możliwość zakupu innych środków leczniczych, które może polecić jako skuteczne. Wyboru produktu, który ostatecznie zakupi, dokona pacjent. Istnieje jednak możliwość, że na skutek informacji uzyskanej od farmaceuty klient apteki wybierze produkt skuteczny i oparty na nowoczesnej wiedzy medycznej, a nie na reklamie, z której dowiedział się o istnieniu produktu homeopatycznego, o który wcześniej prosił, nie zdając sobie sprawy z tego, czym jest homeopatia.

Zasygnalizowane powyżej zagadnienia zostały omówione w szerszym zakresie w licznych artykułach zebranych w kilku seriach naukowych, wydawanych pod moją redakcją, takich jak: *Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego UMW*, *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, *Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, *Medycyna i religia*, a także poza tymi seriami<sup>18</sup>. W niniejszych seriach znajdziecie Państwo obszernie odwołania do tematyki tej książki, wraz z aktualnym piśmiennictwem polskim i obcym. Publikacje te ukazują problemy diagnostyki, terapii i etyki medycyny i farmacji z uwzględnieniem stanu wiedzy medycznej i metodologii poznania lekarskiego, obowiązujących w dydaktyce europejskich i polskich uczelni wyższych o profilu medycznym. Z ujęciem tym jest związane wyraźne rozróżnienie teorii i praktyki charakterystycznej dla współczesnej medycyny klinicznej od ich wcześniejszych postaci, występujących w minionych okresach historycznych, jak również od standardu tak zwanej medycyny alternatywnej, praktyk samoleczniczych czy medycyny ludowej. Publikacje utrzymane w tym standardzie umożliwiają studentom medycyny i farmacji poznanie historycznej perspektywy ich specjalności, z zachowaniem krytycznego dystansu wobec praktyk i poglądów, które niegdyś uchodziły za naukowe, lecz obecnie takiego statusu już nie posiadają.

Celem niniejszej książki jest przybliżenie studentom i absolwentom farmacji humanistycznych aspektów ich zawodu, ze szczególnym uwzględnieniem jego podstaw etycznych. Obszary tematyczne, które zostały poddane analizie, to przede wszystkim sama normatywność etyki zawodowej oraz wynikające z tego faktu konsekwencje. Farmaceuta ma obowiązek uwzględniania prawa pacjenta do uzyskania świadczeń leczniczych w standardzie Evidence Based Medicine. W tym samym standardzie farmaceuta powinien także udzielać porad terapeutycznych, wykazując zarazem wobec pacjentów zaangażowaną postawę przeciwstawiającą się korzystaniu przez nich z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym.

---

<sup>18</sup> Por. np.: B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007; eadem, *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016; eadem (red.), *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*. *Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 2, Wrocław 1997; eadem, (red.), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*. *Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 4, Wrocław 2002; eadem, M. Skrzypek (red.), *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 1, Wrocław 2010; eadem (red.), *Człowiek wobec choroby*. *Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*, t. 3, Wrocław 2010; eadem (red.), *Człowiek – natura – kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. *Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*, t. 2, Wrocław 2009; eadem, A. Szlagowska (red.), *Problem kontroli urodzeń i antykoncepcji. Krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*. *Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Wrocławiu*, t. 7, Wrocław 2013; eadem, M. Dąsał (red.), *Medycyna i religia*, t. 1, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2017; t. 2, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2018; t. 3, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2019.

Książka składa się z ośmiu rozdziałów. W pierwszym omówione zostały podstawowe prawa pacjenta do uzyskiwania świadczeń leczniczych w aktualnym standardzie klinicznym. Rozdziały drugi i trzeci zawierają uzasadnienie upowszechniania przez farmaceutę wśród pacjentów wiedzy medycznej w standardzie klinicznym oraz wykonywania własnej pracy zawodowej zgodnie z tym standardem. Rozdział czwarty jest poświęcony kształtowaniu się współczesnego zmedykalizowanego standardu profilaktyki, którego korzenie wywodzą się z pojęć religijnych. Rozdział piąty omawia kwestie związane ze standardem tzw. medycyny alternatywnej. Jest ona poddana ocenie z punktu widzenia współczesnego standardu klinicznego. W rozdziale szóstym omówiona została homeopatia w jej pierwotnej wersji z początków XIX w., a następnie przedstawione zostały modyfikacje tej doktryny, a także uwarunkowania jej popularności w wśród pacjentów i producentów produktów homeopatycznych. Rozdział siódmy zapoznaje czytelników z przykładami irracjonalnych tendencji w przeżywaniu choroby przez pacjentów oraz metodami, z których farmaceuta może skorzystać kształtując świadomość zdrowotną pacjentów w bardziej racjonalny z punktu widzenia klinicznego sposób. Rozdział ósmy został natomiast poświęcony analizie wybranych form wsparcia społecznego pacjentów przewlekle chorych. Na przykładzie choroby nowotworowej zostały omówione różne modele tego rodzaju wsparcia, wraz z oceną ich potencjalnej efektywności dokonaną przez specjalistów.

Monografia przedstawia absolwentom farmacji różne rodzaje uzasadnień przemawiających za tym, by w swojej pracy zawodowej wykazywali zaangażowaną postawę na rzecz pacjentów, traktując ich nie przede wszystkim jak klientów, którym należy sprzedać oferowany towar (jak najwięcej, jak najdrożej i jak najszybciej), ale jako osoby – wymagające zrozumienia, wsparcia i pomocy, a często też jako adresatów ukierunkowanych zabiegów edukacyjnych, kształtujących świadomość zdrowotną osób chorych zgodnie ze współczesnym standardem klinicznym. Książka ukazuje praktykę zawodową farmaceuty jako nastawioną na pacjenta, jego dobro i bezpieczeństwo. Humanistyczne aspekty wykonywania zawodu farmaceuty zbiegają się w takim rozumieniu celu tej profesji z jej głębokim profesjonalizmem.

Prof. dr hab. Bożena Płonka-Syroka



## Rozdział 1

# Etyka zawodowa farmaceuty a prawa pacjenta do uzyskiwania świadczeń zgodnie ze standardem Evidence Based Medicine

## Wprowadzenie

Wykonywanie zawodu farmaceuty jest w Polsce uregulowane prawnie. Zawód ten powinien być wykonywany zgodnie z aktualnym standardem wiedzy medycznej<sup>1</sup>. Farmaceuci uczestniczą w realizacji ustawowego prawa pacjentów do opieki medycznej jako członkowie zespołów terapeutycznych (np. pracownicy aptek szpitalnych) albo jako osoby współpracujące z lekarzem w procesie terapii (jako pracownicy aptek). Uczestniczą również w realizacji prawa pacjenta do opieki zdrowotnej samodzielnie, sprawując opiekę farmaceutyczną w aptekach, połączoną z profesjonalnym doradztwem dotyczącym leków.

Zawody medyczne w Polsce należą do tzw. zawodów regulowanych. Każda grupa zawodowa, w tym farmaceuci, ma wyraźnie określone przez ustawodawcę uprawnienia do wykonywania świadczeń na rzecz pacjentów, jak również zasady dopuszczenia do wykonywania zawodu oraz obowiązujące reguły kontroli i ewentualne sankcje prawne związane z nieprawidłowym sposobem wykonywania obowiązków. W polskim prawie uprawnienia do leczenia posiadają wyłącznie lekarze i lekarze dentyści<sup>2</sup>. Działalność na rzecz pacjentów, wykonywana przez przedstawicieli innych profesji, jest określana w inny sposób. Działalność zawodowa farmaceutów jest określana przez pojęcie opieki farmaceutycznej i jako taka nie jest przez ustawodawcę identyfikowana z leczeniem. Na tych samych zasadach ustawodawca określa zakres działalności ratowników medycznych, pielęgniarek i położnych oraz rehabilitantów.

Praca farmaceutów podlega złożonemu systemowi regulacji i nadzoru. Pierwszy i nadrzędny poziom regulacji wyznacza Konstytucja RP. Drugi poziom określa

---

<sup>1</sup> Por. monografia Marka Stycha pt. *Prawno-administracyjne uwarunkowania wykonywania zawodu farmaceuty* (2021), w której czytelnik znajdzie aktualne akty prawne na ten temat.

<sup>2</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Regulacje w prawie polskim dotyczące wykonywania zawodu lekarza a ochrona praw pacjenta przed leczeniem w sposób niezgodny ze standardem klinicznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 3, Wrocław 2017, s. 41–76.



prawo państwowe, natomiast trzeci regulacje samorządu farmaceutycznego – Izb Lekarskich. Omówiony tu porządek oznacza, że regulacje dotyczące etyki zawodowej, w tym *Kodeks etyki zawodowej*, muszą dostosować swoje treści do aktów prawnych wyższego rzędu: Konstytucji RP i obowiązujących w Polsce ustaw. Żaden z zapisów *Kodeksu etyki zawodowej* nie może być sprzeczny z Konstytucją i obowiązującymi ustawami. Nie może przyznawać farmaceutom dodatkowych uprawnień, nie wynikających z obowiązujących ustaw (nie może przyznawać im np. prawa do samodzielnego leczenia pacjentów, ponieważ to uprawnienie jest z mocy prawa przyznane w Polsce jedynie lekarzom i lekarzom denty stom). *Kodeks etyki zawodowej* nie może także, nawet gdyby został uchwalony większością głosów uprawnionych do tego delegatów, ograniczyć farmaceutom posiadanych przez nich uprawnień jako obywateli (nie jest na przykład możliwe wprowadzenie ograniczeń prawa wykonywania pracy zawodowej kobiet-farmaceutek, kobiety cieszą się bowiem w Polsce pełnym równouprawnieniem, co jest zapisane w Konstytucji).

Naruszający zasady etyki zawodowej farmaceuta, w związku z usytuowaniem prawnym swojego zawodu, może odpowiadać za swoje postępowanie przed instancjami różnych szczebli. W przypadku poważnych naruszeń etyki zawodowej, których cechy wypełniają definicję przestępstwa, może zostać postawiony przed sądem powszechnym. Jeżeli wyrok sądu potwierdzi zarzuty stawiane przez oskarżyciela, będzie odpowiadał za przestępstwo na mocy Kodeksu Karnego lub Kodeksu Cywilnego, w zależności od typu przestępstwa. W przypadku mniej poważnych naruszeń etyki zawodowej, pierwszą instancją rozpatrującą przewinienie farmaceuty będzie Komisja Etyczna regionalnej Izby Aptekarskiej. Komisja ta, na wniosek osoby pokrzywdzonej, może wydać orzeczenie dotyczące farmaceuty, który naruszył zasady etyki zawodowej. Może także skierować sprawę do sądu powszechnego, jeżeli uzna, że popełnione przez farmaceutę naruszenie jest poważne i wyczerpuje znamiona przestępstwa.

## **Zasadnicza podstawa prawna uzyskiwania świadczeń medycznych przez obywateli Polski**

Podstawą prawną uzyskiwania wszystkich dostępnych obywatelom polskim świadczeń medycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Na mocy artykułu 68 ust. 1 Konstytucji każdy obywatel polski ma prawo do ochrony zdrowia<sup>3</sup>. Prawo do uzyskania świad-

---

<sup>3</sup> Por. B. Walczak, *Wybrane zagadnienia praw pacjenta*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Produkty pochodzenia roślinnego w lecznictwie, dietetyce, kosmetyce, ekonomice i kulturze popularnej*. Lek roślinny, t. 6, Wrocław 2015, s. 239–255.

czeń medycznych w nagłych wypadkach posiadają także obywatele innych państw, których zdrowie i życie jest potencjalnie zagrożone. Dotyczy to przede wszystkim ofiar wypadków drogowych i innych nagłych zdarzeń medycznych. Możliwość udzielenia pomocy osobom nie będącym obywatelami RP istnieje także w takich przypadkach jak poród, czy nagłe pogorszenie choroby przewlekłej. Zobowiązania finansowe powstałe z tytułu wyceny tych świadczeń i uregulowania opłaty za nie są rozliczane między państwami, których obywatele dotyczą i państwem polskim. W uzasadnionych przypadkach, gdy nie istnieje możliwość opłacenia leczenia przez państwo, którego obywatelem jest chory, któremu udzielono pomocy zdrowotnej (świadczenia medycznego) możliwe jest ich sfinansowanie przez Polskę. Na mocy Konstytucji prawo do uzyskania świadczeń medycznych posiadają w Polsce także osoby nieubezpieczone, będące obywatelami RP. W przypadku poważnego zagrożenia zdrowia i życia mogą zwracać się o pomoc do placówek medycznych świadczących usługi lecznicze w polskim państwowym systemie medycyny publicznej.

Farmaceuta powinien, zgodnie z obowiązującym w Polsce stanem prawnym, udzielać porady i pomocy osobom zgłaszającym się do niego po pomoc w ramach opieki farmaceutycznej, a nie tylko wydawać leki na receptę lub sprzedawać na życzenie pacjenta leki i inne produkty dostępne w aptece bez recepty. Każda osoba, także nieubezpieczona oraz obywatel innego kraju niż Polska, ma bowiem w naszym kraju uprawnienia do uzyskania pomocy i porady farmaceutycznej w wymagającej tego sytuacji. Farmaceuta powinien potrafić skierować obcokrajowca lub osobę nieubezpieczoną do odpowiedniej instytucji, w której może uzyskać pomoc w nagłym wypadku (telefon alarmowy, telefon do pogotowia ratunkowego, adres najbliższego SOR lub Izby Przyjęć najbliższego szpitala).

Naruszeniem zasad etyki farmaceutycznej jest nieudzielenie przez farmaceutę informacji, z której skorzystanie mogłoby uratować zdrowie i życie zgłaszającego się po poradę farmaceutyczną pacjenta. Podobnie jak lekarze<sup>4</sup>, farmaceuci są zobowiązani do udzielania pacjentom informacji prawdziwej. Inny jest jednak cel i zakres udzielania informacji pacjentom. Lekarz prowadzący terapię danego pacjenta ma obowiązek udzielenia mu pełnych informacji dotyczących jego zdrowia, zgodnych ze stanem faktycznym ustalonym przez lekarza w trakcie stawiania diagnozy<sup>5</sup>. Przekazana informacja na pozwolić na nawiązanie lub podtrzymanie

---

<sup>4</sup> Por. M. Stych, *Obowiązek lekarza a prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia oraz prowadzonych badaniach medycznych w wybranych aktach prawnych*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, W. Wójcik (red.), *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 45–64.

<sup>5</sup> Por. M. Skrzypek, *Diagnoza medyczna w ujęciu socjologicznym. Wprowadzenie do problematyki socjologii diagnozy*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, W. Wójcik (red.), *op.cit.*, s. 21–44.

między lekarzem a pacjentem relacji terapeutycznej<sup>6</sup>, tj. szczególnego, opartego na autorytecie i zaufaniu rodzaju zależności, wynikającej z podporządkowania się pacjenta poleceniom lekarza, które pacjent uznaje za racjonalne. Nawiązanie takiej relacji jest bardzo istotne, czasem bowiem lekarz skłania pacjenta do poddania się bolesnym zabiegom albo okaleczającym ciało operacjom, a przeważnie długotrwałej i mało komfortowej dla pacjenta terapii. Podejmując decyzję o zgodzie na leczenie (jest ona w polskim prawie wymagana) pacjent musi być w pełni świadomy stanu swojego zdrowia, musi znać ogólny kierunek terapii i musi go zaakceptować<sup>7</sup>. W relacji z farmaceutą nie ma tego rodzaju imperatywów. Farmaceuta nie ma bowiem uprawnień do leczenia. Nie musi więc skłaniać pacjentów do nawiązania ze sobą głębszych osobowych więzi, to nie on podejmuje bowiem decyzje dotyczące diagnozy i nie on określa kierunek terapii. Nie on także ową terapię prowadzi. Nawiązanie przez farmaceutę dobrej relacji osobowej z pacjentem, opartej na autorytecie i zaufaniu pacjenta do kompetencji farmaceuty, ma jednak bardzo istotne znaczenie dla powodzenia terapii, której ów pacjent się poddaje. Jeżeli farmaceuta wyraża swoim zachowaniem i argumentacją wsparcie dla postępowania lekarza, postawioną przez niego diagnozę przedstawia jako wiarygodną, nie kwestionuje jej podstaw metodologicznych, podtrzymuje pacjenta w trakcie długiej, a często uciążliwej terapii – jest współautorem sukcesu terapeutycznego lekarza, przynajmniej z socjologicznym sensie tego znaczenia.

### **Szczegółowe rozwiązania ustawowe dotyczące uzyskiwania świadczeń medycznych przez obywateli Polski i przykłady naruszenia zasad etyki zawodowej przez farmaceutę**

Zakres dostępnych obywatelom Polski świadczeń medycznych reguluje *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry* z 5 grudnia 1996 r.

Ustawa ta określa, że jedynymi osobami uprawnionymi do udzielania świadczeń medycznych definiowanych jako leczenie są lekarze i lekarze dentyści. Aby przystąpić do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry należy uzyskać odpowiednie wykształcenie, złożyć przysięgę zawodową i uzyskać prawo do wykonywania zawodu.

---

<sup>6</sup> Por. A. Zarek, M. Tyszkiewicz-Badur, *Relacja lekarz-pacjent jako relacja terapeutyczna*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, W. Wójcik (red.), *op.cit.*, s. 67–85.

<sup>7</sup> Zgodę na leczenie musi wyrazić każdy pacjent pełnoletni. Leczenie osoby małoletniej nie jest możliwe bez zgody rodziców, przedstawiciela ustawowego bądź sądu, por. M. Stych, *Zgoda małoletniego i osoby ubezwłasnowolnionej na przeprowadzenie badań klinicznych*, [w:] B. Płonka-Syroka, *Choroba w perspektywie społecznej – dialog, edukacja, wsparcie*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 2, Wrocław 2017, s. 125–140.

Naruszenie zasad etyki zawodowej przez farmaceutę może wystąpić w związku z tą ustawą w takich przypadkach, jak na przykład:

1. Samodzielnie wykonywanie przez farmaceutę działalności leczniczej wobec pacjenta, wykraczającej poza prawnie opisany zakres opieki farmaceutycznej lub doradztwa. W ramach opieki farmaceutycznej farmaceuta ma prawo udzielania pacjentom szerokiego zakresu porad dotyczących ich zdrowia, łączących się z możliwością zakupu przez tych pacjentów leków i innych produktów dostępnych w legalnym obrocie aptecznym. W przypadku, gdy farmaceuta wyrobi sobie przekonanie, że schorzenie jest poważniejsze, niż pacjent przypuszcza (na podstawie opisu objawów lub ogólnego stanu pacjenta), nie powinien poprzestać na udzieleniu porady farmaceutycznej lub sprzedaży leku OTC, lecz powinien zasugerować pacjentowi udanie się po poradę do lekarza.
2. Realizowanie recept wystawionych przez lekarza, co do których farmaceuta nabierze uzasadnione przekonanie, że mogą być wystawione dla innej osoby, niż ta, na którą recepta jest wystawiona, lub przez lekarza, który wypisuje recepty przekraczając swoje kompetencje i kwalifikacje.
3. Realizowanie recept wystawionych przez lekarza „hurtowo”, tj. dotyczących wielu leków o bardzo różnym spektrum działania, których równoczesne zażycie mogłoby wywołać negatywne skutki zdrowotne u pacjenta, a ponadto zostały wypisane w dużych dawkach. Może to rodzić podejrzenie, że pacjent uzyskał te recepty od lekarza z naruszeniem zasad etyki zawodowej i pragnie je np. wywieźć za granicę, a tam uczynić przedmiotem nielegalnej sprzedaży.
4. Realizowanie recept nieprawidłowo wystawionych przez lekarza.

Wyżej wymienione przypadki powodują naruszenie zasad etyki zawodowej przez farmaceutę. Jeżeli naruszenie jest poważne lub gdy pacjent albo grupa pacjentów doznali z tego powodu udokumentowanej szkody, możliwe jest skierowanie sprawy do sądu powszechnego.

Zakres działalności leczniczej reguluje w Polsce *Ustawa o działalności leczniczej* z 15 kwietnia 2011 r. Ustawa ta określa, że działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, którymi są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów regulujących zasady ich wykonywania (np. badania profilaktyczne, badania medycyny pracy, szczepienia ochronne itp.). Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną, na mocy ustawy z 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Pojęcie działalności regulowanej oznacza, że mogą ją wykonywać wyłącznie te podmioty, które posiadają do tego stosowne uprawnienia:

1. Podmioty lecznicze – przedsiębiorcy lub przedsiębiorstwa (szpitale, przychodnie, instytuty naukowo-badawcze, fundacje, stowarzyszenia oraz Kościoły w zakresie, w jakim prowadzi działalność leczniczą itp.) oraz jednostki budżetowe.
2. Osoby wykonujące praktykę zawodową – lekarze, lekarze dentyści. Do ustawy z 1996 r. dodano w 2004 r. pielęgniarki i położne, a w 2017 r. także rehabilitantów.
3. Pozostałe osoby wykonujące zawód medyczny mogą wykonywać ten zawód jedynie jako podmioty lecznicze lub jako osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej.

Z ustawy z 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej wynikają ważne konsekwencje dla pracujących i pracodawców. Dopuszczalność wykonywania w Polsce usług paramedycznych nie jest równoznaczna z tym, że usługi te są traktowane jako leczenie. Jeżeli pracodawca chce zamówić w ramach świadczeń socjalnych dla swoich pracowników usługi medyczne, może to zrobić wyłącznie zlecając ich wykonanie podmiotom leczniczym do tego uprawnionym, prywatnym i publicznym. Pracodawca nie może zamówić i opłacić dla swoich pracowników usług paramedycznych, traktowanych jako lecznicze albo profilaktyczne, i na tej podstawie odpisać sobie poniesione koszty. Koszty te nie zostaną uwzględnione jako koszty kwalifikowane, ponieważ nie można zlecić usług paramedycznych na zasadzie zamówień publicznych. Jest to niezgodne z polskim prawem. Naruszenie tego zapisu podlega karze. Pracownicy nie mogą być wprowadzani w błąd przez pracodawców, że otrzymają świadczenia lecznicze, jeżeli pracodawca w ramach pakietu socjalnego opłaca im usługi paramedyczne. Nie mogą być także wprowadzani w błąd przez wykonujących te świadczenia terapeutów bez uprawnień do leczenia (tj. nie będących lekarzami), określających swoją praktykę jako leczenie.

Możliwe naruszenia zasad etyki zawodowej przez farmaceutów wynikające z tej ustawy to na przykład:

1. Wykonywanie przez farmaceutę pracy etatowej (lub pracy na umowę-zlecenie albo umowę o dzieło) w jednostce o charakterze paranaukowym (oferującej „terapię” prowadzone w standardzie alternatywnym wobec klinicznego). Farmaceuta, na mocy przepisów regulujących wykonywanie zawodu, jest zobowiązany do wykonywania pracy zawodowej wyłącznie w aktualnym standardzie klinicznym. Zatrudnienie się przez farmaceutę w jednostkach o charakterze paranaukowym może wpływać na opinię pacjentów, że świadczenia udzielane w tych jednostkach są oparte na podstawach naukowych, mają charakter legalny – w sensie opisanych w ustawie świadczeń leczniczych. Postępowanie to narusza zarówno zasady etyki zawodowej, jak i prawo państwowe.
2. Produkowanie przez farmaceutę dla jednostek oferujących „terapię” w standardzie alternatywnym wobec klinicznego „leków”, które będą w nich oferowane

pacjentom. Jest to działalność nielegalna zarówno sensie naruszenia zasad etyki zawodowej, jak i prawa państwowego.

### **Szczegółowe rozwiązania prawne regulujące zasady wykonywania w Polsce tzw. alternatywnych świadczeń medycznych i przykłady naruszenia zasad etyki zawodowej przez farmaceutę**

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła w 2003 r. swoje stanowisko w sprawie tzw. alternatywnych metod terapii. Opracowała również strategię działania, z której wynika, że władze państwowe powinny opracować zasady bezpieczeństwa stosowania tych metod, nie naruszające standardu wiedzy medycznej uznanej za udokumentowany klinicznie i nie naruszające praw pacjenta do uzyskania świadczeń leczniczych w aktualnym standardzie medycznym.

Zdaniem WHO, władze państw zrzeszonych w tej organizacji powinny ingerować w rynek usług paramedycznych dla ochrony interesów zdrowotnych swoich obywateli i zachowania zdrowia całej światowej populacji. Popularyzacja standardu alternatywnych świadczeń medycznych, niepotwierdzonych w standardzie medycyny klinicznej albo jawnie sprzecznych z tym standardem, wiąże się bowiem z istotnym wzrostem zagrożeń zdrowotnych, zarówno dla pacjentów jako jednostek, jako obywateli danego kraju oraz jako członków całej ludzkiej populacji. Popularyzowanie i wprowadzanie w życie metod profilaktycznych, które nie mogą realnie uchronić przed chorobami, jak również metod terapii, które nie mogą realnie wyleczyć już istniejących chorób, wiąże się z wysokim stopniem szkodliwości społecznej. Zdaniem WHO, władze państwowe powinny wyważyć sprzeczne racje, jakimi są obowiązujące w nich lokalne tradycje samolecnicze (tzw. medycyna ludowa), interes producentów alternatywnych (nie potwierdzonych klinicznie lub jawnie niezgodnych ze standardem klinicznym) produktów profilaktycznych i leczniczych, interes terapeutów świadczących usługi w standardzie alternatywnym, interes pacjentów – darzących zaufaniem alternatywny standard terapii i mających prawo (na mocy obowiązujących w państwie ustaw) do wyboru metody leczenia i interes pacjentów jako jednostek i populacji, zagrożony przez udostępnianie im metod profilaktyki i terapii, które nie mogą wywierać realnych skutków profilaktycznych i leczniczych, a mogą mieć realnie szkodliwe skutki dla ich zdrowia i życia.

Zalecenia WHO z 2003 r. obejmują następujące rodzaje działań, do których podjęcia zachęca się władze wszystkich państw zrzeszonych w tej organizacji:

1. Władze państwowe powinny wprowadzić nadzór nad wszelkimi czynnościami, spełniającymi w świadomości pacjentów poddających się metodom terapii alternatywnych znamiona działalności leczniczej. Istotne jest to, aby działalność

alternatywnych terapeutów i instytucji zajmujących się produkcją „leków” sprzedawanych przez nich pacjentom była przez państwo rejestrowana, nadzorowana i zagrożona karami za jej wykonywanie w przypadku naruszenia obowiązujących w danym kraju regulacji prawnych. WHO zaleca, aby wykonywaniem usług „lecniczych” w standardzie alternatywnym wobec klinicznego mogły zajmować się jedynie osoby i instytucje rejestrowane i nadzorowane. Każda działalność niezarejestrowana i nie poddana nadzorowi państwowemu powinna być uznana za nielegalną i podlegać karze.

2. Władze państwowe powinny stworzyć ewidencję wszystkich podmiotów świadczących usługi w standardzie alternatywnym wobec klinicznego. Umożliwi to uzyskanie konkretnej wiedzy, jakie metody profilaktyki i terapii są w nich udostępniane pacjentom. Na tej podstawie będzie możliwe wydanie zakazu dalszej działalności tych podmiotów, które udostępniają pacjentom metody, których ewidentna szkodliwość dla zdrowia i życia pacjentów będzie mogła zostać wykazana.
3. Władze państwowe powinny opracować zasady bezpieczeństwa, skuteczności i jakości praktyk paramedycznych, a także procedury ich kontroli. Obywatele państwa mają bowiem prawo do bezpieczeństwa sanitarnego. Ich uprawnienia w tym zakresie reguluje ustawodawstwo.
4. Władze państwowe powinny akredytować (tj. poddać swojemu nadzorowi) szkoły uczące tzw. medycyny naturalnej i licencjonować terapeutów świadczących usługi w tym standardzie za pomocą odpowiednich instytucji. Jeżeli w danym kraju utrzymuje się duże zainteresowanie medycyną naturalną, tj. przede wszystkim tradycyjną medycyną ludową od dawna występującą na danym obszarze, i nie można w szybkim czasie objąć wszystkich obywateli państwa opieką medyczną sprawowaną w standardzie klinicznym, należy zadbać, by procedury profilaktyczne i lecznicze, które są udostępniane obywatelom przez terapeutów praktykujących w standardzie medycyny naturalnej, były bezpieczne. Nadzór nad kształceniem adeptów medycyny naturalnej powinien umożliwić eliminację z ich praktyki procedur jawnie szkodliwych, z wykorzystaniem istniejącego ustawodawstwa sanitarnego.

Przedstawiony powyżej zakres zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia działań odpowiada tym, które zostały wprowadzone w Europie już w końcu XIX w. Pierwszym państwem, które wprowadziło opisane wyżej rozwiązania były Niemcy. Po 1883 r., gdy w niemieckiej medycynie klinicznej oficjalnie przyjęto standard bakteriologii, przyjęto, że konieczne jest uregulowanie wszelkich świadczeń uznawanych przez pacjentów za lecznicze, aby uchronić ich przed możliwością utraty zdrowia i życia w wyniku zastosowania praktyk niezgodnych z tym standardem. Ponieważ w Niemczech obowiązywała wówczas ustawa o wolności obrotu gospo-

darczego, na mocy której nie można było zakazać prowadzenia działalności gospodarczej także podmiotom oferującym usługi paramedyczne i produkującym oferowane pacjentom w paramedycznym standardzie „leki”, zdecydowano się je objąć państwowym nadzorem. Zdecydowano się na wprowadzenie szeregu regulacji dotyczących tych kwestii. Niemieckie prawo państwowe od powołania w 1883 r. systemu lecznictwa ubezpieczeniowego dopuszcza możliwość świadczenia usług paramedycznych, których skuteczności nie da się potwierdzić lub które nie uzyskały potwierdzenia w standardzie klinicznym. Działalność ta musi być jednak koncesjonowana, terapeuci muszą ukończyć kursy sanitarne, a także stosować się do standardu bakteriologii. Zakazane jest także udostępnianie pacjentom metod terapii alternatywnej, których skutkiem mogłoby być zatrucie, zakażenie chorobą zakaźną i inne wymierne pod względem biologicznym, chemicznym czy fizycznym skutki szkodliwe dla zdrowia osób poddawanych terapiom wg standardu alternatywnego wobec klinicznego.

Zgodnie z zaleceniami WHO z 2003 r., będącymi próbą rozpowszechnienia na inne kontynenty niż Europa, a także na kraje, w których odpowiednie regulacje prawne dotyczące zasad wykonywania praktyk paramedycznych nie zostały jeszcze wówczas wprowadzone, państwa będące członkami tej organizacji powinny wprowadzić takie regulacje. Ich główne zasady powinny być oparte na następujących zasadach:

1. Praktyki paramedyczne, które dane państwo zgodzi się tolerować na swoim terytorium, nie mogą być jawnie sprzeczne ze współczesnym standardem klinicznym. Nie mogą opierać się na stosowaniu środków szkodliwych dla pacjenta ze względu na swój skład lub sposób stosowania.
2. Praktyki paramedyczne muszą podlegać kontroli merytorycznej instytucji państwowych, a pacjenci powinni mieć możliwość dochodzenia swoich roszczeń w sądach.
3. Osoby wykonujące praktyki paramedyczne muszą rejestrować swoją działalność jako działalność gospodarczą. Powinny płacić od niej podatki w wysokości zależnej od uzyskanych dochodów.
4. W zaleceniach WHO pojawia się wyraźne rozróżnienie tolerowanych przez państwa będące członkami tej organizacji praktyk paramedycznych, udostępnianych obywatelom i działalności leczniczej, wykonywanej przez uprawnione do tego podmioty – lekarzy i lekarzy dentyistów. Działalność paramedyczna powinna być przez państwo jedynie tolerowana i nadzorowana na podstawie ustaw o nadzorze sanitarnym i o działalności gospodarczej. Inaczej działalność lecznicza – powinna być przez państwo regulowana prawnie na mocy ustaw o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentyisty. Powinny jej dotyczyć stosowne rozporządzenia ministerialne i inne decyzje administracyjne, wydawane



przez władze państwowe i samorządowe. Powinny jej także dotyczyć regulacje etyczne wypracowane przez instytucje samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków.

5. Pacjenci powinni mieć świadomość, w jakim standardzie jest im udzielana pomoc w ich problemach zdrowotnych. Koncesjonowani lub tolerowani przez państwo alternatywni terapeuci nie powinni przedstawiać swojej działalności pacjentom jako leczenia. Przypisywanie swoim działaniom takiej właściwości, to jest przedstawianie ich jako leczenia, powinno podlegać karze. Alternatywni terapeuci nie mają bowiem do tego ustawowych uprawnień.
6. Zarazem lekarze i lekarze dentyści nie mają na mocy ustaw prawa wykonywania swojej działalności leczniczej w standardzie alternatywnym wobec klinicznego. Świadczenie usług leczniczych w standardzie innym niż kliniczny stanowi nie tylko poważne naruszenie zasad etyki zawodowej, lecz także poważne przestępstwo.
7. Za łamanie powyżej podanych zasad powinny być przewidziane kary, które powinny być orzekane przez sądy i instytucje samorządu lekarskiego.

W Polsce, w wyniku implantacji zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, zostały wprowadzone odpowiednie regulacje prawne. W 2004 r. zostało wydane Zarządzenie Ministra Zdrowia RP, opublikowane w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia z 2004 r., nr 1, poz. 09. Na mocy tego zarządzenia została powołana Rada do spraw Niekonwencjonalnych Metod Terapii. Celem działań tej Rady miało być:

1. Opracowanie merytorycznych założeń do uregulowania w przepisach prawnych problematyki niekonwencjonalnych metod terapii, ze szczególnym uwzględnieniem:
  - a) kryteriów prowadzenia działalności w tym zakresie
  - b) zasad i trybu uzyskiwania zezwoleń na prowadzenie takiej działalności
  - c) zasad współdziałania osób prowadzących działalność paramedyczną z lekarzami.
2. Opracowanie założeń dotyczących kontroli w zakresie stosowania przepisów o działalności leczniczej.
3. Inicjowanie badań naukowych nad niekonwencjonalnymi metodami terapii.
4. Wykonywanie innych zadań zleconych przez Ministra Zdrowia.

Resortem, który dokonał implementacji stanowiska WHO z 2003 r. dotyczącego kwalifikacji alternatywnych metod terapii jako metod nie spełniających definicji działalności leczniczej, jest w Polsce także Ministerstwo Obrony Narodowej. Ze względu na udział polskich żołnierzy w misjach realizowanych poza granicami Polski ustalono, że należy im się także za granicą taki sam zakres świadczeń i taki sam ich standard, jaki przysługuje wszystkim innym obywatelom naszego kraju,

także przebywającym za granicą, np. na wakacjach. Wszyscy obywatele Polski mają prawo do świadczeń udzielanych w standardzie klinicznym, co potwierdzono także wobec żołnierzy. Ministerstwo Obrony Narodowej, rozporządzeniem Ministra Obrony z dnia 23 marca 2012 r. wprowadziło rozróżnienie wśród świadczeń należnych żołnierzom i weteranom na świadczenia realizowane zgodnie z aktualnym standardem klinicznym oraz niezgodne z tym standardem. Żołnierze i weterani mają prawo do uzyskiwania gwarantowanych świadczeń leczniczych w aktualnym standardzie klinicznym. Nie zaliczono do świadczeń należnych żołnierzom i weteranom metod diagnostyczno-terapeutycznych udzielanych w standardzie medycyny ludowej, niekonwencjonalnej lub orientalnej. Jest to bardzo ważna regulacja prawna chroniąca prawa żołnierzy jako pacjentów, ponieważ:

1. Podczas zagranicznych misji polscy żołnierze mają gwarantowaną pomoc lekarską świadczoną w standardzie klinicznym. Zamiast pomocy udzielanej w aktualnym standardzie klinicznym nie można im oferować metod niezgodnych z tym standardem, przedstawianych im jako leczenie. Mają prawo do ochrony zdrowia i życia w standardzie zgodnym z aktualnym stanem wiedzy.
2. Podczas misji zagranicznych żołnierze nie mogą w związku z tym być obiektem badań eksperymentalnych, prowadzonych np. w celu potwierdzenia skuteczności danej metody alternatywnej czy danego leku alternatywnego wobec standardu klinicznego. Jest to poważne zabezpieczenie ich praw jako pacjentów, ponieważ żołnierze nie mogą odmówić – gdy zachorują – poddania się leczeniu. Mają jednak na mocy omawianego zarządzenia prawo do tego, aby stosowane w ich leczeniu metody spełniały standardy kliniczne.
3. Ochrona praw żołnierzy polskich jako pacjentów jest w tym zakresie szczególnie ważna, ponieważ w innych krajach prowadzono wcześniej badania eksperymentalne korzystając z żołnierzy jako z materiału doświadczalnego. Nie mogli oni odmówić poddania się tym badaniom, które przedstawiano im jako leczenie.

Potencjalne naruszenia zasad etyki zawodowej przez farmaceutów, które mogą wystąpić w związku z omawianymi wyżej rozwiązaniami prawnymi to:

1. Udzielanie w debacie publicznej (w mediach, Internecie, czasopismach popularnych, prasie popularyzującej tzw. medycynę alternatywną itp.) przez farmaceutę wizerunku swojej osoby, tytułu zawodowego i nazwiska jako osoby wyrażającej akceptację dla identyfikowania prowadzonej w standardzie alternatywnym wobec klinicznego działalności terapeutycznej jako działalności leczniczej. Zgodnie z obowiązującym w Polsce stanem prawnym działalność wszystkich terapeutów, wykonujących usługi na rzecz pacjentów oparte na standardzie innym niż kliniczny i nie legitymujących się uprawnieniami do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry, nie może być definiowana jako leczenie.

2. Uczestniczenie przez farmaceutę w nielegalnych badaniach i doświadczeniach, które nie uzyskały zgody Komisji Bioetycznej, mających na celu potwierdzenie rzekomych właściwości leczniczych pewnych substancji, praktyk lub procedur.
3. Popularyzowanie wśród pacjentów i w swoim środowisku informacji o alternatywnych terapiach, niezgodnych ze standardem klinicznym, jako spełniających definicję leczenia, bezpiecznych, skutecznych itp. Ponieważ zawód farmaceuty jest zawodem zaufania publicznego może się zdarzyć, iż pacjent, który uzyskał taką informację od farmaceuty zastosuje ją w praktyce. Jeżeli doznał realnej szkody na zdrowiu, pacjent może złożyć skargę do Komisji Etycznej regionalnej Izby Aptekarskiej dowodząc, że – kierując się opinią farmaceuty wyrażającego pozytywną ocenę jednej z metod medycyny alternatywnej lub nawet polecającego jej zastosowanie – postąpił wbrew swoim interesom i poddał się terapii alternatywnej, przedstawionej przez farmaceutę jako spełniająca definicję leczenia, bezpieczna i skuteczna. Może domagać się w związku z tym ukarania farmaceuty oraz wypłacenia odszkodowania za doznane straty (uszczerbek na zdrowiu).

### **Czerpanie przez farmaceutów nieuprawnionych zysków ze świadczenia usług w standardzie paramedycznym**

Po transformacji ustrojowej Polski w 1989 r., ale jeszcze przed przystąpieniem naszego kraju do Unii Europejskiej w 2004 r., podjęte zostały w naszym kraju prace w kierunku dostosowania polskiego prawa krajowego do prawa obowiązującego w krajach Unii. Jednym z takich praw jest to, że każda działalność, w której wyniku wypracowywany jest zysk z jej prowadzenia powinna zostać oficjalnie zarejestrowana, a od tego zysku powinny być odprowadzane podatki odpowiednie do wysokości osiągniętych dochodów.

Po 2001 r., tj. po więcej niż dekadzie, w której nie obowiązywały w Polsce żadne regulacje prawne normujące świadczenie usług paramedycznych, regulacje te zostały wprowadzone. Wydano spis zawodów możliwych do wykonywania w Polsce, wśród których znalazły się także profesje, które w swoim opisie mają elementy odnoszące się do „wywierania wpływu” na stan zdrowia pacjenta. Aby uniknąć niezgodności z treścią ustawy *O zawodach lekarza i lekarza dentysty* z 1996 r. działalność ta nie została scharakteryzowana jako leczenie, ale w inny sposób. Przykładem jest zawód bioenergoterapeuty, opisany w rejestrze zawodów wykonywanych w Polsce z 2010 r. Wykonujący ten zawód bioenergoterapeuci uprawnieni są do wykonywania na rzecz klientów takich świadczeń, jak: rozpoznawanie zaburzeń bioenergoterapeutycznych organizmu, oczyszczanie i udrażnianie kanałów prze-

plywu energii (meridianów) i uzdrawianie na odległość. Praktyki bioenergoterapeutyczne mogą legalnie wykonywać osoby, które uzyskały na to zezwolenie Izby Rzemieślniczej, po ukończeniu odpowiednich kursów i zdaniu egzaminów przed tą Izbą. Rejestr zawodów możliwych do wykonywania w Polsce obejmuje także inne rodzaje „ingerencji” w stan zdrowia klienta. Występuje tu np. zawód naturopaty. Zakres dopuszczalnej prawem działalności naturopatów jest następujący: terapia dietą, akupresura, hydroterapia, fizykoterapia – diatermia, elektroterapia, magnetoterapia, światłoterapia. Rejestr zawodów z 2010 r. wymienia również zawód biomasażysty. Zakres dopuszczalnych świadczeń biomasażystów przedstawia się następująco: refleksoterapia, chiropraktyka – czytanie z linii na dłoniach, masaże egzotyczne (balijski, polinezyjski itp.), chirurgia fantomowa (tj. wykonywanie bezkrwawych operacji), przekazywanie chorym bioenergii, stymulacja bioenergetyczna. Do 2020 r. lista zawodów, których wykonawcy pobierają od klientów wynagrodzenie za świadczenia mające wywierać korzystny wpływ na stan ich zdrowia lub zapobiegać występowaniu chorób uległa poszerzeniu. Czytając opis uprawnień do wykonywania świadczeń paramedycznych można się zastanowić, dlaczego znajdują się w polskim społeczeństwie osoby gotowe skorzystać z tego rodzaju świadczeń. Główną przyczyną tego stanu rzeczy jest niski poziom wiedzy ogólnej, wykazywany przez polskich pacjentów, uleganie różnego rodzaju terapeutycznym modom, a także wiara w ogólny koncept leczenia jako uzdrawiania, odbywającego się za pomocą środków czy metod pozbawionych wprawdzie konkretnych właściwości fizycznych lub chemicznych, ale za to będących swoistym przekaźnikiem cudownych uzdrowicielskich mocy natury.

Wszystkie dopuszczone w Polsce do legalnego wykonywania przez terapeutów metody terapii alternatywnych łączy kilka cech wspólnych, spełniających w zasadniczym stopniu zalecenia WHO z 2003 r.:

1. Terapie alternatywne dopuszczone w Polsce do legalnego wykonywania opierają się na działaniu czynników, które nie wywierają szkodliwych skutków definiowanych w sensie materialnym lub formalnym. Nie stosuje się w nich substancji skażonych chemicznie lub bakteriologicznie, a także mogących wywierać innego rodzaju działanie toksyczne na ludzki organizm.
2. Terapie podają jako uzasadnienie swojej efektywności czynniki, których istnienia lub realnego oddziaływania na ludzki organizm nie da się potwierdzić w wymiernych kategoriach fizycznych, chemicznych i biologicznych. Odwołują się bowiem do różnego rodzaju specyficznych energii lub oddziaływań, które nie zostały potwierdzone przez naukę współczesną.
3. Terapie alternatywne odwołują się do tradycyjnego standardu polskiej medycyny ludowej lub tradycji terapeutycznych pochodzących z innych krajów i kontynentów.

Możliwe naruszenia zasad etyki zawodowej farmaceutów związane z omawianymi tu regulacjami dotyczącymi legalnej i rejestrowanej działalności paramedycznej to na przykład:

1. Wykonywanie odpłatnej praktyki paramedycznej przez farmaceutów zarówno we własnych gabinetach medycyny alternatywnej, jak i w paramedycznych instytucjach. Jest to działalność nielegalna, sprzeczna z treścią ustaw normujących zasady wykonywania zawodów związanych z uzyskiwaniem przez pacjentów pomocy w zachowaniu i przywróceniu zdrowia.
2. Udostępnianie własnego wizerunku, nazwiska i tytułu zawodowego dla uwiarygodnienia działalności gabinetów i zakładów prowadzących terapie w standardzie alternatywnym wobec klinicznego i przekonywania ich klientów, że udzielane im usługi mają charakter leczenia.

### **Orzecnictwo polskich sądów w sprawie praktyk paramedycznych**

Wyroki polskich sądów powszechnych dotyczące świadczenia usług w standardzie paranaukowym są często bardziej liberalne<sup>8</sup>, niż stanowisko z tej sprawie zajmowane przez członków Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL). Domagali się oni wielokrotnie wprowadzenia zakazu wykonywania w Polsce wszystkich praktyk paramedycznych, ze względu na ich udowodnioną szkodliwość dla pacjentów. Szkodliwość tę NRL definiuje szerzej, niż polski ustawodawca.

Członkowie NRL podkreślają, że każde zastosowanie przez pacjenta jako metody mającej służyć poprawie stanu jego zdrowia (tj. wyleczeniu już istniejącej choroby) lub profilaktyce (tj. zapobieżeniu wystąpieniu choroby) działań (przyjmowanie „leków”, poddawanie się alternatywnym wobec standardu klinicznego procedurom „terapeutycznym”, stosowanie specjalnej diety przedstawianej jako „lecnicza”, wykonywanie specjalnych ćwiczeń przedstawianych jako „lecznicze”), które na podstawie posiadanej przez lekarzy obiektywnej wiedzy naukowej nie mogą doprowadzić do tego rezultatu, jest dla pacjenta szkodliwe. Przedstawiciele medycyny klinicznej mogą na podstawie wiedzy, którą dysponują, zgodnej ze standardem Evidence Based Medicine, dokładnie określić, jaki jest to rezultat i dlaczego wystąpił. Mogą pojawić się tu następujące sytuacje:

---

<sup>8</sup> Por. M. Stych, *Odpowiedzialność karna tzw. „paramedyków” za leczenie pacjenta bez uprawnień*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 3, Wrocław 2017, s. 157–173.

1. Pacjent zdiagnozowany w standardzie alternatywnym wobec klinicznego nie przeprowadzi rzetelnej diagnostyki klinicznej, uznając za wiarygodne, że pogorszenie się stanu jego zdrowia jest spowodowane przez czynniki, które uznaje za groźne, a które nie są uznawane za takie we współczesnym standardzie klinicznym. Pacjent uznaje np., że jego złe samopoczucie jest spowodowane zaburzeniem przepływu energii w meridianach (czynnik nieistniejący w standardzie klinicznym), szkodliwym wpływem kosmicznych fluidów, Internetu albo promieniowania stacji przekaźnikowych telefonii komórkowej. Przyczyny te skoncentrują jego obawy i będzie starał się chronić przed ich szkodliwym wpływem, kupując u alternatywnych terapeutów specjalne odpromienniki, „żywą wodę”, albo poddając się pewnym „terapeutycznym” procedurom.
2. Nie postrzegając we właściwy sposób przyczyn swojego złego samopoczucia pacjent nie podejmie zarazem żadnych działań ochronnych, diagnostycznych, profilaktycznych i leczniczych, które byłyby skuteczne wobec realnie występującego zagrożenia. Nie zmieni diety, aby obniżyć zbyt wysoki poziom cukru czy cholesterolu, nie przeprowadzi badań diagnostycznych, pozwalających określić ewentualne odchylenia od normalnego poziomu funkcjonowania organizmu, nie podejmie leczenia prowadzonego w standardzie klinicznym, które mogłoby okazać się skuteczne i nie będzie chronił się przed zakażeniem chorobami zakaźnymi, uznając je za nieistniejące. Korzystając z usług świadczonych w standardzie paramedycznym pacjent zawsze traci, nawet wtedy, gdy uzyska chwilową poprawę samopoczucia. Nie rozpoznając realnie istniejących zagrożeń, nie chroniąc się przed nimi, nie lecząc istniejących chorób traci (często bezpowrotnie) szansę na ustabilizowanie stanu zdrowia, zahamowanie rozwoju choroby albo na jej wyleczenie.

W polskim ustawodawstwie dopuszcza się jednak świadczenie usług paramedycznych, wykonywanych w standardzie sprzecznym ze standardem klinicznym, jeżeli szkody poniesione przez pacjenta w związku ze stosowaniem terapii paramedycznych nie są wymierne bezpośrednio (zatrucie klienta substancją toksyczną, narażenie klienta na skażenie radioaktywne itp.). Zakłada się, że działalność paramedyczną należy rozpatrywać na tych samych zasadach, co inne formy działalności gospodarczej. Ustawodawca zakłada również, że pacjent ma prawo wyboru terapii. Wyroki polskich sądów powszechnych zapadają zgodnie z tą samą linią orzeczniczą. Większość skarg na terapeutów alternatywnych, składanych do sądów powszechnych przez regionalne komisje etyczne działające przy samorządzie lekarskim (Izbach Lekarskich) lub bezpośrednio przez poszkodowanych klientów jest przez polskie sądy oddalana, ze wskazaniem „na znikomą szkodliwość społeczną”. Uzasadnieniem wyroków jest stwierdzenie, że klient sam i z własnej woli powierzył swoje zdrowie i życie alternatywnemu terapeutowi, mając prawo wyboru

terapii. Powinien więc sam ponieść tego skutki. Tylko w przypadku dzieci i osób ubezwłasnowolnionych sądy orzekają inaczej. Dzieci i te osoby nie mogły bowiem samodzielnie zdecydować o wyborze terapii. Decyzję podjęli w ich imieniu rodzice i opiekunowie prawni. Mogą oni odpowiadać karnie za narażenie zdrowia i życia powierzonych ich opiece osób, na równi z paramedykami.

**Potencjalna odpowiedzialność przedstawicieli zawodów medycznych  
związana z wykonywaniem usług paramedycznych,  
reklamowaniem tych usług i upowszechnianiem pozytywnych opinii  
na temat ich skuteczności i przedstawianiem ich jako leczenie**

W polskim systemie prawnym istnieje szereg czynów zabronionych, których nie powinni podejmować się przedstawiciele zawodów medycznych, ze względu na ochronę praw pacjenta do uzyskiwania świadczeń leczniczych w standardzie Evidence Based Medicine.

1. Lekarzom nie wolno leczyć metodami paranaukowymi ani namawiać pacjentów do ich stosowania, wykorzystując np. strach pacjenta przed chorobą, zaufanie do osoby lekarza, zaufanie do instytucji (np. szpitala), w której dany lekarz pracuje i in. Pacjenci namawiani albo skłaniani przez lekarzy do stosowania metod paranaukowych mają prawo odwołać się do Komisji Etycznej regionalnej Izby Lekarskiej, do Rzecznika Praw Pacjenta, do Komisji Etyki przy Polskiej Akademii Nauk, do komisji bioetycznych przy wyższych szkołach medycznych. Instytucje te mają uprawnienia do zbadania tego rodzaju przypadków, wydania orzeczenia nawiązującego w swoich podstawach do *Kodeksu etyki lekarskiej*, a w uzasadnionych przypadkach skierowania sprawy do sądu powszechnego. Mogą również złożyć skargę do kierownika przychodni lub szpitala, w którym jest zatrudniony lekarz popełniający wyżej wymieniony czyn. Farmaceutom nie wolno wspierać lekarzy w wyżej scharakteryzowanych działaniach. Mogą być za to pociągnięci do odpowiedzialności przez komisje etyczne przy regionalnych Izbach Aptekarskich, a w przypadku wystąpienia poważnej szkody u pacjenta mogą być postawieni przed sądem.
2. Lekarzom grozi za stosowanie metod paranaukowych kara, z pozbawieniem prawa wykonywania zawodu włącznie, na podstawie artykułu 57 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, zgodnie z którym lekarzowi nie wolno jest leczyć metodami uznanymi przez naukę współczesną za szkodliwe, bezwartościowe lub metodami niezwyfikowanymi naukowo. Farmaceutom nie wolno współpracować z lekarzami w wyżej wymienionej działalności.

3. Właścicielom placówek, w których prowadzone są usługi paramedyczne, nie wolno posługiwać się nazwą klinika, jako wprowadzającą w błąd pacjentów, oczekujących leczenia metodami zweryfikowanymi przez współczesną medycynę kliniczną, a nie usług realizowanych w standardzie paramedycznym.
4. Lekarzom wolno jest stosować w swojej praktyce takie metody, jak homeopatia, akupunktura i ziołolecznictwo. Ustawodawca zakłada, że lekarz posiadający wykształcenie kliniczne będzie w indywidualnej terapii pacjenta dobrze oceniał potencjalne korzyści i szkody wynikające z zastosowania homeopatii<sup>9</sup> (związane np. z efektem placebo). Zalecane przez lekarza zioła muszą być stosowane zgodnie z ich opisem farmakopealnym<sup>10</sup>, a akupunktura nie powinna być stosowana zamiast terapii przeciwzapalnej (lub innej) prowadzonej w standardzie klinicznym, mogąc stanowić jedynie jej uzupełnienie. Pacjenci niezadowoleni z wyników leczenia mogą złożyć skargę na działania lekarza do instytucji samorządu lekarskiego lub do sądu. Farmaceutom wolno współpracować z lekarzami w stosowaniu u pacjentów metod terapii związanych z homeopatią, akupunkturą i ziołolecznictwem, choć w stosunku do homeopatii władze samorządu lekarskiego (Naczelna Rada Lekarska) wskazują na przewagę szkodliwych aspektów jej stosowania, niż korzyści. Przedstawiciele obu zawodów powinni zawsze w korzystaniu z tych metod uwzględniać swoją wiedzę w standardzie Evidence Based Medicine.
5. Ustawa *O zawodach lekarza i lekarza dentystry* z 1996 r. określa w paragrafie 58., że samodzielnej działalności leczniczej nie mogą wykonywać felczerzy ani osoby nie legitymujące się prawem wykonywania zawodu lekarza na terenie Polski (nie zdały wszystkich egzaminów, nie ukończyły studiów, nie nostryfikowały dyplomu lekarskiego, utraciły prawo wykonywania zawodu). Podejmowanie działalności leczniczej przez osoby nieuprawnione jest poważnym naruszeniem prawa polskiego i podlega karze, jeżeli osoby te nie informują o tym pacjentów. Farmaceuci, mając uprawnienia do sprawowania opieki farmaceutycznej nad pacjentami, nie powinni wykraczać poza te uprawnienia i podejmować się

---

<sup>9</sup> O statusie leków homeopatycznych por. M. Stych, *Status prawny homeopatycznych produktów leczniczych*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Produkty pochodzenia roślinnego w lecznictwie, dietyce, kosmetyce, ekonomice i kulturze popularnej*. Lek roślinny, t. 4, Wrocław 2015, s. 213–237. Artykuł zawiera wykaz aktów prawnych dotyczących statusu homeopatii w Polsce.

<sup>10</sup> O standaryzacji i kontroli leków roślinnych we współczesnej Polsce por. M. Stych, *Administracyjnoprawne zagadnienia kontroli leków roślinnych*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka, K. Sudoł (red.), *Fitoterapia w medycynie klinicznej, w dawnej tradycji leczniczej i we współczesnej kulturze popularnej. Zagadnienia teoretyczne i praktyczne*. Lek roślinny, t. 3, Wrocław 2014, s. 23–41. Artykuł zawiera wykaz aktów prawnych dotyczących leków roślinnych dostępnych w Polsce.



samodzielnego prowadzenia terapii pacjentów. Korzystając z posiadanej wiedzy, farmaceuci powinni zachęcać pacjentów do poddania się diagnostyce i terapii klinicznej prowadzonej przez lekarza.

6. Poza instytucjami naukowo-badawczymi, które mają uprawnienia do prowadzenia badań na pacjentach, które mogą być prowadzone wyłącznie za zgodą i pod kontrolą komisji bioetycznych, lekarzom nie wolno prowadzić samodzielnie żadnych badań z udziałem pacjentów, gdyż stanowi to poważne naruszenie prawa. Badań tego rodzaju nie mogą prowadzić sami, nie mogą brać w nich udziału ani nadzorować ich prowadzenia w nieuprawnionych do tego instytucjach. Nie mogą również samodzielnie prowadzić badań nad skutecznością terapii paramedycznych, ani uczestniczyć w badaniach nad tym zagadnieniem prowadzonych w instytucjach związanych ze standardem paramedycznym. Farmaceuci nie mają prawa uczestniczyć w badaniach nielegalnych, zarówno prowadzonych w standardzie klinicznym, jak i paramedycznym, tj. takich, które nie zostały poddane rejestracji, które nie uzyskały wymaganych zgód komisji bioetycznych i prowadzone są w instytucjach nie posiadających uprawnień do prowadzenia badań naukowych.
7. Przepięstwo udzielania świadczeń bez uprawnień stwierdzone jest zgodnie z polskim prawem tylko wtedy, gdy udzielająca te świadczenia osoba czyni to z tzw. zamiarem bezpośrednim, to jest podejmuje się rozpoznawania i leczenia chorób w zamian za określone korzyści materialne, traktowane jako honorarium. Karze nie podlegają czynności nie spełniające tej definicji, takie jak podanie leku dziecku przez matkę, sugestia dotycząca rozpoznania określonej choroby przez sąsiadkę u sąsiadki, sugestia dotycząca skutecznego leku dostępnego bez recepty przekazywana osobom znajomym i rodzinie itp. Wyżej wymienione czynności spełniają definicję pomocy, nie mają charakteru działalności zarobkowej, nie ma też wątpliwości co do osoby, która je wykonuje. Nie podaje się ona bowiem za lekarza posiadającego odpowiednie uprawnienia do leczenia.
9. Jak dotąd kary przewidziane w polskim prawie za leczenie bez uprawnień są niskie. Są to kara grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do jednego roku. Maksymalna wysokość grzywny za wykonywanie zabiegów paramedycznych wyniosła dotąd w Polsce 5 tys. zł. Z tego powodu istotne jest takie ukształtowanie świadomości zawodowej osób wykonujących zawody medyczne, by w ogóle nie rozpatrywały możliwości praktykowania w standardzie alternatywnym wobec klinicznego. Dzieje się to bowiem zawsze ze szkodą dla pacjentów, z czego absolwenci studiów wyższych odbywanych na uczelniach kształcących absolwentów w standardzie klinicznym w pełni powinni zdawać sobie sprawę.

## Zalecane lektury

Jako uzupełnienie niniejszego rozdziału pragnę przedstawić listę lektur, które pozwolą wyrobić sobie własne, oparte na argumentach stanowisko dotyczące uprawnień pacjenta do korzystania z leczenia w standardzie Evidence Based Medicine oraz zagrożeń związanych z korzystaniem z usług terapeutów świadczących usługi paramedyczne w standardzie alternatywnym wobec klinicznego.

### I. Teoretyczne podstawy Evidence Based Medicine

1. R.G.A. Dolby, *Niepewność wiedzy. Obraz nauki w końcu XX wieku*, tłum. J. Spólny, Warszawa 1998.
2. H.R. Wulff, P.C. Gotsche, *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej czyli Evidence-Based-Medicine*, tłum. Z. Szawarski, red. wydania polskiego R. Nizankowski, Łódź 2005.

### II. Krytyka standardu medycyny alternatywnej i argumenty na rzecz ograniczania jego rozpowszechniania wśród pacjentów

1. E. Krawczyk, J. Weiner, J. Belowski (red.), *Nie daj się wkręcić szarlatanom. Posłuchaj, co o zdrowiu mówi nauka*, Warszawa 2019.
2. Ł. Łamża, *Światy równoległe. Czego nas uczą płaskoziemcy, homeopaci i różdżkarze*, Warszawa 2019.
3. B. Goldcare, *Szkodliwa medycyna*, tłum. A. Wojciechowski, Poznań 2019.
4. S. Mnookin, *Wirus paniki. Historia kontrowersji wobec szczepionek i autyzmu*, tłum. H. Pustuła-Lewicka, Wołowiec 2019.
5. T. Witkowski, *Zakazana psychologia*, t. 1, Wrocław 2009; t. 2, Wrocław 2013, t. 3, Wrocław 2019.
6. B. Płonka-Syroka, *Medycyna kliniczna i alternatywna – próba charakterystyki porównawczej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Gra możliwości. Studia z historii medycyny i farmacji XIX i XX wieku*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 4, Wrocław 2011, s. 23–42.
7. W. Piątkowski, L. Nowakowska, *Pseudoterapie w Polsce. Wybrane aspekty socjologiczne i prawne*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, W. Wójcik (red.), *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 405–422.
8. A. Sozańska, *Ocena wartości niekonwencjonalnych metod terapii na przykładzie postępowania z dzieckiem autystycznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsał,

- W. Wójcik (red.), *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 423–446.
9. P. Antoszek, *Rehabilitacja dziecka z zaburzeniami z kręgu autyzmu prowadzona w standardzie Evidence Based Medicine i leczeniu niemedycznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 3, Wrocław 2017, s. 177–196.
  10. A. Kaźmierczak, *Lek roślinny w ofercie leczenia niemedycznego ze szczególnym uwzględnieniem terapii nowotworów*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka, K. Sudół (red.), *Leki roślinne w terapii od czasów starożytnych po współczesne. Zagadnienia teoretyczne i praktyczne*. Lek roślinny, t. 2, Wrocław 2013, s. 349–368.
  11. A. Kaźmierczak, *Leczenie kliniczne pacjentów onkologicznych w opiniach zwolenników alternatywnych metod terapii*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 3, Wrocław 2017, s. 197–216.
  12. Z. Pelc, *WHO: ostrzeżenie przed medycyną tradycyjną*, <http://www.psychiatria.pl/wiadomosc/who-ostrezenie-przed-medycyna-tradycyjna.1284.html>.

### **III. Choroby przewlekłe i czynniki społeczne jako przyczyny korzystania przez pacjentów z paramedycyny**

1. B. Płonka-Syroka, *Społeczne i instytucjonalne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Badania nad leczniczymi i toksycznymi właściwościami roślin – historia i współczesność*. Lek roślinny, t. 7, Wrocław 2018, s. 139–159.
2. S. Steuden, M. Ledwoch (red.), *Problemy człowieka chorego*. Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości, t. 8, Lublin 2005.
3. M. Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*, Lublin 2011.
4. M. Skrzypek, *Socjologiczny model choroby przewlekłej*, [w:] M. Skrzypek (red.), *Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby*, Lublin 2014, s. 59–79.
5. I. Taranowicz, *Socjologia zdrowia*, [w:] M. Skrzypek (red.), *Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby*, Lublin 2014, s. 33–55.

6. M. Skrzypek, *Geneza społecznych nierówności w zdrowiu w perspektywie cyklu życia człowieka na przykładzie choroby niedokrwiennej serca*, [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Lublin 2010, s. 245–267.
7. B. Płonka-Syroka, *Odmienności stylu i poziomu życia codziennego przedstawicieli warstw zamożnych i ubogich od średniowiecza do początku I wojny światowej jako jedna z głównych przesłanek zróżnicowania stanu zdrowia populacji w Europie*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Bogactwo i bieda. Krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*. Orbis exterior – orbis interior, t. 6, Wrocław 2014, s. 55–75.
8. R. Bogusz, R. Kunc, *Socjokulturowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet. Przyczynek do praktycznych aplikacji socjologii zdrowia*, [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Lublin 2010 s. 269–281.
9. R. Maciąg, *Spoleczne konstruowanie choroby przewlekłej na przykładzie raka*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek (red.), *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 1, Wrocław 2010, s. 95–111.
10. B. Kosińska, *Przywiązanie a zdolność radzenia sobie z chorobą nowotworową*, [w:] M.Z. Podolska, U. Kozłowska (red.), *Psychospołeczny wymiar zdrowia i choroby*, Warszawa 2008, s. 35–52.
11. B. Płonka-Syroka, *Lęk przed chorobą i ucieczka w chorobę jako uwarunkowania przyjmowania produktów farmaceutycznych ze względów niemedycznych*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 3, Wrocław 2017, s. 77–96,
12. R. Maciąg, *Kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia po 1989*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 1, Wrocław 2008, s. 109–120.
13. J. Czarny, *Starość w kontekście przemian społeczno-kulturowych*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 75–80.
14. A. Więckowska, *Obraz współczesnej starości – przegląd wybranych zagadnień*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 81–116.

15. M. Zatoński, *O potrzebie badań nad przemianami samoświadomości pacjentów poddawanych dializie*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.) *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 225–234.
16. K. Prętki, *Reforma systemu opieki zdrowotnej jako element transformacji ustrojowej w III Rzeczypospolitej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek wobec choroby*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 3, Wrocław 2010, s. 221–233.
17. H. Wierciński, *Formy zarządzania przyszłością i niepewnością w środowisku osób dotkniętych chorobą nowotworową*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 6, Wrocław 2012, s. 273–296.
18. I. Taranowicz, *Stosowanie niekonwencjonalnych metod uzdrawiania jako strategia radzenia sobie z problemami zdrowia w społeczeństwie ryzyka*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 6, Wrocław 2012, s. 197–309.

#### **IV. Skutki samoleczenia i korzystania przez pacjentów z alternatywnego standardu leczenia i możliwości działań edukacyjnych farmaceutów w tym zakresie**

1. B. Płonka-Syroka, *Zagrożenia zdrowia związane z poddawaniem się terapii niezgodnej ze standardem klinicznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Między pseudoterapią a ich koszty zdrowotne i społeczne*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 3, Wrocław 2017, s. 19–40.
2. M. Hurkacz, *Blaski i cienie samoleczenia*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 1, Wrocław 2008, s. 167–191.
3. M. Sikora, A. Wiela-Hojeńska, *Rola farmaceuty w bezpiecznym stosowaniu suplementów diety*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 143–186.
4. K. Nartowski, A. Wiela-Hojeńska, Ł. Łapiński, *Przyczyny i zagrożenia samoleczenia oraz przyjmowania suplementów diety*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.),

*Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 6, Wrocław 2012, s. 157–196.

5. E. Grochowska-Niedworok, B. Całyniuk, *Suplementacja z punktu widzenia racjonalnego żywienia na przykładzie magnezu*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 6, Wrocław 2012, s. 197–212.
6. K. Małolepsza-Jarmołowska, *Samoleczenie czy samoszkodzenie? Interakcje i ich niekorzystne skutki*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 3, Wrocław 2017, s. 97–108.
7. B. Płonka-Syroka, *Samoleczenie na podstawie autodiagnozy i problemy z nim związane*, [w:] A. Dombrowski, W. Żarski (red.), *Dyskurs (para)medyczny: gatunki – funkcje – przeobrażenia*, Wrocław – Kraków 2018, s. 183–198.

#### **V. Inne wybrane problemy etyczne w działalności zawodowej farmaceuty na polu edukacji zdrowotnej**

1. K. Wiktorowicz, K. Kaszkowiak, M. Kaszkowiak, *Szczepienia profilaktyczne – troska o dobro wspólne czy objaw totalitaryzmu państwowego?* [w:] K. Prętki, A. Czabański, E. Baum, K.B. Głodowska (red.), *Między historią, bioetyką i medycyną. Księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Michała Musielaka*, Poznań 2019, s. 507–542.
2. M. Kolwitz, *Klauzula sumienia w ochronie zdrowia*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsal (red.), *Medycyna i religia*, t. 1, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2017, s. 343–354.
3. M. Stych, *Transplantacja. Prawo – medycyna – religia*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsal (red.), *Medycyna i religia*, t. 3, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2019, s. 179–189.
4. B. Płonka-Syroka, A. Szlagowska (red.), *Problem kontroli urodzeń i antykoncepcji. Krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 7, Wrocław 2013.

## VI. Religia jako wsparcie terapeutyczne dla pacjentów i źródło zaburzeń zdrowia

1. E. Mateja, *Katolickie obrzędy dla chorych jako lecznicze praktyki religijne*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsal (red.), *Medycyna i religia*, t. 2, Warszawa-Bellerive-sur-Allier 2019, s. 179–189.
2. P. Liszka, *Teologiczna interpretacja umierania – aspekt teoretyczny i praktyczny*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 1, Wrocław 2008, s. 51–74.
3. P. Liszka, *Wydarzenie śmierci przeżywane przez chrześcijanina*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek (red.), *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, Wrocław 2010, s. 407–431.
4. A. Molenda, „Bóg mnie skrzywdził”. *Obszary deficytów religijnych w nerwicy eklezjogennej*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsal (red.), *Medycyna i religia*, t. 2, Warszawa-Bellerive-sur-Allier 2019, s. 337–351.
5. A. Molenda, *Potencjał psychologicznego i religijnego obciążenia zawarty w indywidualnej religijności. Niedojrzała religijność narzędziem wykluczenia*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsal (red.), *Medycyna i religia*, t. 2, Warszawa-Bellerive-sur-Allier 2019, s. 353–360.
6. P. Zagożdżon, *Religijność, która szkodzi – wymiary religijności niekorzystne rokowniczo*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsal (red.), *Duchowość i cielesność w perspektywie współczesnych badań historycznych i socjokulturowych. Wybrane problemy*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 7, Wrocław 2020, s. 227–234.

Zalecane powyżej lektury mogą w znaczący sposób rozwinąć poruszane w tym rozdziale aspekty związane z praktyką zawodową farmaceuty, której standard powinien wykraczać poza zakres obowiązków „profesjonalnego sprzedawcy leków” i obejmować szersze spektrum działań: obok doradztwa także umiejętne kształtowanie świadomości zdrowotnej pacjentów. W pracy w aptece jest ku temu bardzo wiele okazji. Moim zamiarem jako autorki tej książki jest przedstawienie zawodu farmaceuty jako pracy ukierunkowanej na pacjenta. Postaram się rozwinąć ten zamiar w następnych rozdziałach.

## Rozdział 2

# **Obowiązek upowszechniania przez absolwenta studiów farmaceutycznych wiedzy w standardzie Evidence Based Medicine i jego podstawy etyczne**

### **Wprowadzenie**

Wykonywanie zawodu farmaceuty jest w Polsce oparte na precyzyjnie określonych podstawach prawnych. Odrębna ustawa o wykonywaniu zawodu farmaceuty jest wprawdzie jeszcze w fazie projektu, jednak w najbliższym czasie zostanie uchwalona. Dopełni ona już obowiązującą ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 1996 r. (obowiązującą od 1997 r.) i nada polskiemu ustawodawstwu spójność pod względem zasad upowszechniania przez absolwentów takich kierunków studiów, jak Medycyna, Stomatologia i Farmacja, wiedzy dotyczącej leczenia. Pomimo braku ustawy o zawodzie farmaceuty w Polsce obowiązują jednak liczne akty prawne niższego szczebla, określające zasady wykonywania tego zawodu, a wśród nich także zasady udzielania pacjentom informacji dotyczących leków i leczenia.

Ważnym unormowaniem prawnym dotyczącym zadań farmaceuty w tym zakresie jest ustawa z 19 kwietnia 1991 r. o Izbach Aptekarskich<sup>1</sup>. Zgodnie z jej zapisami farmaceuta ma sprawować opiekę nad pacjentami we współpracy z lekarzem i czuwać nad przebiegiem farmakoterapii. Praca farmaceuty z pacjentem ma wykraczać poza zakres wyznaczony dla „wykształconego sprzedawcy”. Farmaceuta ma szersze uprawnienia, a leki nie są traktowane tak jak każdy towar będący przedmiotem obrotu handlowego. Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne populacji obrót lekami podlega regulacjom prawnym na etapie ich projektowania, badań nad ich właściwościami, rejestracji i dopuszczenia do obrotu, wytwarzania i sprzedaży. Warunkiem umożliwiającym zachowanie bezpieczeństwa populacji jest nałożony na farmaceutów obowiązek udzielania pacjentom pełnej i opartej na standardzie Evidence Based Medicine informacji. Informacja ta powinna zostać przekazana niezależnie od statusu społecznego czy materialnego klienta, ponieważ każdy obywatel Polski ma takie samo prawo do zdrowia gwarantowane przez Konstytucję.

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991, art. 2a, Dziennik Ustaw 1991, z późniejszymi zmianami (m.in. Dziennik Ustaw z 2019 r., poz. 1419).



W pozostałych krajach Unii Europejskiej pracowników aptek obowiązują te same zasady. Prawo pacjenta do uzyskania od farmaceuty obiektywnej i wiarygodnej informacji o lekach wpisuje się w szerszy zakres uprawnień osób chorych. W społeczeństwie opartym na wiedzy, w którym dobry stan zdrowia uznaje się za zależny nie tylko od leczenia, ale od stylu życia i racjonalnej profilaktyki opartej na właściwym rozpoznawaniu zagrożeń, powszechny dostęp do informacji na temat chorób, leków i leczenia uznaje się za niezwykle istotny<sup>2</sup>. Norma ta ma charakter demokratyczny i egalitarny, podobnie jak inne rozwiązania ustawowe ustanawiające równość wszystkich obywateli wobec prawa.

Ważnym rozwiązaniem prawnym, określającym prawa pacjenta do uzyskiwania informacji w standardzie Evidence Based Medicine, oraz do leczenia zgodnie z tym standardem, jest wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 20 lutego 2019 r. nakazujący, aby w czasie działalności apteki był w niej stale obecny farmaceuta posiadający uprawnienia kierownicze, tj. przynajmniej pięcioletni staż pracy albo trzyletni staż pracy i specjalizację. Ustawodawca uznał, że farmaceuta o opisanym tu poziomie kwalifikacji będzie mógł udzielić pacjentowi wszystkich wymaganych przez niego informacji w sposób rzetelny, odpowiedzialny i oparty na gruntownej wiedzy. Uzyskiwanie przez pacjentów od farmaceuty wiedzy opartej na faktach klinicznych i wiarygodnej podstawie metodologicznej ma zasadnicze znaczenie dla kształtowania w sposób prawidłowy świadomości zdrowotnej społeczeństwa, co jest podstawą zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Świadomość społeczna ukształtowana w prawidłowy, oparty na faktach sposób stanowić ma barierę dla upowszechniania się koncepcji definiujących przyczyny zagrożeń zdrowia w sposób fałszywy lub zmityzowany, a związku z tym zalecających metody profilaktyki i leczenia, które z obiektywnych względów nie mogą okazać się skuteczne. Ze względu na powszechny i masowy dostęp pacjentów do aptek europejskie ustawodawstwo farmaceutyczne przyznaje zatrudnionym w nich farmaceutom podstawową rolę w zakresie elementarnej edukacji zdrowotnej. Uzyskiwane od farmaceuty porady terapeutyczne, oparte na standardzie Evidence Based Medicine, mają być racjonalne i potencjalnie efektywne. Ustawodawca zakłada, że doradzając pacjentom zakup wartościowych pod względem terapeutycznym produktów farmaceuta będzie nie tylko korzystał ze swojej wiedzy, lecz także stosował się do kodeksu etyki zawodowej. Nie będzie więc polecał zakupu leków na nieistniejące choroby, ani produktów pozbawionych realnej wartości terapeutycznej.

W tym samym kierunku idzie rozstrzygnięcie prawne, mające chronić prawo pacjenta do uzyskania informacji udzielanej przez osoby o wysokich kompeten-

---

<sup>2</sup> Por. H. Kirschner, *Perspektywy zdrowia publicznego jako systemu wiedzy i działań*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna. Czasopismo Interdyscyplinarne” 2002, R. 9, nr 2, s. 7–22.

acjach zawodowych. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2019 r. zostało w Polsce wygaszone kształcenie techników farmacji. Celem tego rozporządzenia miało być zapewnienie pacjentom możliwości uzyskiwania informacji na temat leków i leczenia wyłącznie od pracowników aptek, legitymujących się wyższym wykształceniem farmaceutycznym. Wprawdzie jeszcze w tym samym roku zarządzenie to zostało zmienione i szkoły kształcące techników farmacji nadal prowadzą nabór nowych uczniów, jednakże inne akty prawne dotyczące wykonywania zawodu farmaceuty podkreślają konieczność zapewnienia pacjentom opieki farmaceutycznej oraz pełnego zakresu doradztwa w zakresie zakupu leków dostępnych bez recepty wyłącznie przez absolwentów wyższych studiów farmaceutycznych. Sytuacja ta jest analogiczna do opieki nad pacjentami sprawowanej przez felczerów, którzy posiadali uprawnienia do prowadzenia praktyki wyłącznie pod kontrolą dyplomowanego lekarza.

Przedstawione tu regulacje mające zabezpieczać prawa pacjentów do informacji o lekach uzyskiwanej zgodnie z aktualnym standardem klinicznym dopełnia przyjęta w Polsce w 2017 r. ustawa, ograniczająca prawo posiadania apteki wyłącznie do osób legitymujących się pełnym akademickim wykształceniem farmaceutycznym. Ustawy wprowadzające takie same regulacje obowiązują również w większości krajów Europy. Głównym celem tych ustaw jest uniemożliwienie rozprowadzania w aptekach produktów wytwarzanych w standardzie alternatywnym wobec klinicznego i udzielanie przez farmaceutów pacjentom pozytywnych rekomendacji dotyczących ich stosowania. Ustawodawca zakłada, że będący właścicielem apteki farmaceuta podlega zasadom etyki zawodowej, które uniemożliwiają mu rekomendowanie pacjentom jako skutecznych produktów pozbawionych faktycznie takich właściwości. Właściciel apteki nie będący farmaceutą mógłby natomiast przedkładać swój interes i prawa, tj. zamiar osiągnięcia maksymalnego zysku dzięki sprzedaży bezwartościowych produktów z wysoką marżą handlową, nad prawa pacjenta do uzyskiwania informacji i rekomendacji na temat leków i leczenia zgodnych z aktualnym standardem klinicznym. Właściciel apteki nie będący farmaceutą nie podlegał by bowiem kodeksowi etyki zawodowej, któremu podlegają farmaceuci, ale wykonywał swoją pracę wyłącznie w oparciu o obowiązujące w Polsce prawo gospodarcze. Wg ustawodawcy byłoby to dla pacjentów niekorzystne i nie chroniło ich praw w sposób dostateczny. Polski ustawodawca zakazuje ponadto posługiwania się nazwą apteka wszystkim podmiotom gospodarczym, które nie są własnością farmaceutów i nie podlegają normom prawnym i etycznym obowiązującym członków tej grupy zawodowej. Wchodząc do placówki, której nazwa jest określana jako apteka, pacjent musi mieć pewność, że uzyska w niej pełną informację o lekach, o której udzielenie się zwróci, od osoby legitymującej się odpowiednim wykształceniem i kompetencjami, działającej w interesie pacjenta i na rzecz jego dobra,

wykonującej zawód farmaceuty zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i obowiązującym w Polsce porządkiem prawnym. Takie same zasady obowiązują w tym zakresie w całej Unii Europejskiej.

Obowiązujące współcześnie w Polsce rozwiązania ustawowe we właściwy sposób zabezpieczają prawa pacjenta do uzyskania od farmaceuty informacji dotyczących leków i leczenia. Nie zawsze jednak tak było. W niniejszym rozdziale przedstawię kolejne etapy w historii medycyny, które doprowadziły do ukształtowania się wyżej opisanego standardu. Większa część rozdziału będzie dotyczyła informacji udzielanych pacjentom przez lekarzy, ponieważ profesjonalizacja europejskiego aptekarstwa nastąpiła stosunkowo niedawno, bo dopiero w XIII w.

### Okres przedcywilizacyjny

Świadectwa archeologiczne i badania porównawcze prowadzone w XIX–XXI w. przez antropologów kultury wykazały, że już w okresie przed pojawieniem się pisma, określanym też mianem okresu przedcywilizacyjnego, możemy wyróżnić podstawy działań w obszarze zdrowia, które dałoby się określić jako związane ze standardem etyki<sup>3</sup> (mimo że samo to pojęcie w społecznościach prehistorycznych nie występuje, zostało utworzone dopiero w starożytnej kulturze greckiej). Za słuszne (w rozumieniu: właściwe w ówczesnym sensie etycznym) uznawano w społecznościach pierwotnych takie działania, które służyły przede wszystkim ochronie całej populacji, a nie tworzących ją jednostek. Ponieważ przyczyny chorób wiązano z czynnikami o charakterze duchowym, podstawowym działaniem profilaktycznym było uzyskanie przychylności duchów opiekuńczych i łagodzenie ich gniewu za pomocą ofiar i rozmaitych praktyk o charakterze kultowym. Ponieważ chorobę definiowano jako owładnięcie ciała chorego przez złego ducha, ciało to stawało się dla współmieszkańców w jakimś sensie „skażone”, niebezpieczne. Za słuszne uznawano więc wykonywanie różnego rodzaju praktyk magicznych, które miały na celu wyeliminowanie zagrożenia ze strony czynników o charakterze niematerialnym (supranaturalizm). Za szczególnie groźne uznawano choroby występujące w sposób masowy w skali populacji (dziś wiemy, że są wywoływane przez czynniki zakaźne). Nie znając materialnych czynników, które je wywoływały (patogeny), koncentrowano się działaniach skierowanych na czynniki niematerialne, związanych z magią lub kultem religijnym.

---

<sup>3</sup> Por. H.E. Sigerist, *A history of medicine*, t. 1, *Primitive and archaic medicine*, New York 1955, s. 125–209; B. Płonka-Syroka, Ł. Braun, *Praktyki medyczne w okresie prehistorycznym w perspektywie historiografii medycyny, etologii i antropologii kulturowej*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena w starożytności*, Bydgoszcz 2013, s. 423–442.

Informacje przekazywane chorym na temat leków i leczenia utrzymane były w standardzie supranaturalistycznym. Wszyscy członkowie danej wspólnoty plemiennej uzyskiwali ten sam zakres tych informacji. Miały one ukierunkowywać grupowe sposoby reagowania na zagrożenie chorobami, związane w większości z magią leczniczą<sup>4</sup>.

## Okres wielkich cywilizacji starożytnego Wschodu

Z okresu starożytnych cywilizacji położonych nad Morzem Śródziemnym lub w jego pobliżu, Egiptu<sup>5</sup> i Mezopotamii<sup>6</sup>, mamy już źródła pisane pozwalające odtworzyć kształtowanie się standardu medycyny, etyki zawodowej oraz zasad informowania społeczeństwa na temat chorób i leków. W tym kontekście kształtowała się także tradycja lecznicza starożytnego Izraela, której odbicie znajdujemy w Biblii<sup>7</sup> i w Talmudzie<sup>8</sup>.

W Egipcie i Mezopotamii na udzielenie w pełni profesjonalnej pomocy lekarskiej, a także wyczerpującej informacji o lekach mogły liczyć wyłącznie osoby należące do społecznej elity. Nieco mniejszy zakres pomocy lekarskiej i informacji mogli uzyskać ludzie o średnim statusie materialnym. Obie te grupy były chronione przez prawo państwowe przed błędami i nadużyciami ze strony lekarzy wykonujących wolny zawód, zajmujących się jednocześnie diagnostyką, wytwarzaniem leków i leczeniem. W Egipcie ochrona zdrowia dotyczyła także robotników pracujących przy budowie systemów nawadniania pól, budowie świątyń i innych obiektów publicznych. Najslabiej chronieni byli niewolnicy. Ochrona ich zdrowia i życia była

---

<sup>4</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Kształtowanie się relacji lekarz-pacjent jako stosunku o charakterze dyrektywnym – próba charakterystyki problemu*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Proces modernizacji nauk przyrodniczych w historii i historiografii nauki*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 7, Wrocław 2003, s. 92–127. W pracy tej przedstawiam zmiany w relacji lekarz-pacjent od czasów prehistorycznych po współczesne.

<sup>5</sup> H.E. Sigerist, *Magico-religious medicine*, [w:] idem, *op.cit.*, s. 267–291; *Empirico-rational medicine*, ibidem, s. 297–356.

<sup>6</sup> Idem, *Principles and sources of mesopotamian medicine*, ibidem, s. 409–422; *Patient and physician*, ibidem, s. 425–439; *Content of mesopotamian medicine*, ibidem, s. 441–472; *Rational elements in mesopotamian medicine*, ibidem, s. 477–492.

<sup>7</sup> Por. F. Rosiński, *Rośliny lecznicze w medycynie ludowej w dawnym Izraelu*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Rośliny w lecznictwie, w środowisku naturalnym i w krajobrazie kulturowym*. Lek roślinny, t. 6, Wrocław 2017, s. 15–30; B. Szczepanowicz, *Atlas roślin biblijnych. Pochodzenie, miejsce w Biblii i symbolika*, Kraków 2003.

<sup>8</sup> Por. A. Castiglioni, *The contribution of the Jews Medicine*, [w:] *The Jews. Their history, culture and religion*, London 1961, s. 1360–1361; S. Datner, *Z mądrości Talmudu*. Wybór, przekład i oprac. A. Kamieńska, Warszawa 1988.

bowiem znikoma, a dotyczyła głównie praw ich właścicieli do korzystania z efektów ich pracy. Niewolnicy nie mieli dostępu do informacji na temat leków i leczenia. Ich potrzeby zdrowotne były zaspokajane głównie przez samolecznictwo.

Z zachowanych źródeł wiadomo, że informacje przekazywane chorym na temat chorób i leczenia łączyły standard supranaturalistyczny z naturalistycznym. Jeżeli jakaś choroba występowała regularnie w tym samym kontekście (np. porze roku, miejscu, przy tym samym układzie gwiazd), uważano ją za zjawisko naturalne. Jeżeli natomiast wystąpiła poza takim kontekstem, uważano ją za bezpośredni wyraz woli bogów, karę bożą, wyraz bożego gniewu<sup>9</sup>.

W Egipcie zaczęły kształtować się normy etyczne, które uzasadniały ochronę życia i zdrowia większości populacji, a nie tylko członków elity społecznej. Było to możliwe dzięki sprawnemu zarządzaniu państwem i osiągnięciu nadwyżek żywnościowych. Zebrane na polach plony były własnością właścicieli ziemi, ich część jednak zabierało państwo w formie podatków. Tworzono system państwowych zapasów żywności, możliwych do wykorzystania w latach nieurodzaju albo w trakcie klęsk żywiołowych. Ingerując w stosunki społeczne w formie nakładania podatków, państwo uzyskiwało środki do realizacji własnych celów społecznych. Zaczął się tworzyć koncept polityki społecznej, tj. wprowadzania norm prawnych regulujących zasady życia codziennego ich mieszkańców i udzielania pomocy przez państwo w sytuacjach stanowiących zagrożenie dla jego funkcjonowania i spójności. Upowszechnianie w społeczeństwie wiadomości dotyczących higieny osobistej i powiązanie przyczyn chorób z brudem wpłynęło na ukształtowanie świadomości zdrowotnej Egipcjan i praktyki życiowej będącej jej realizacją<sup>10</sup>. Informacje przekazywane przez lekarzy i urzędników wpłynęły na upowszechnienie praktyk higienicznych, takich jak np. mycie rąk, w życiu codziennym, na podejmowanie starań dotyczących jakości spożywanego jedzenia itp. Trwałość cywilizacji egipskiej dowodzi, że upowszechnienie wśród dużej części ludności tego standardu przyczyniło się do poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego populacji.

Charakterystykę obowiązujących w starożytnym Egipcie norm etycznych dotyczących opieki nad osobami chorymi możemy odtworzyć na podstawie źródła pośredniego, jakim jest Stary Testament<sup>11</sup>. Jego wczesne księgi powstawały bowiem w trakcie pobytu Izraelitów w Egipcie i kształtowały się pod wpływem wysoko

---

<sup>9</sup> Rozróżnienie to potwierdza także Biblia, opisując w Księdze Wyjścia reakcję uczonych egipskich na 10 plag, które wystąpiły w tym kraju, w tym epidemii.

<sup>10</sup> Por. N. Małecka, *Łazienki i toalety w Egipcie faraonów*, [w:] W. Korpalska, W Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena w starożytności...*, s. 97–110.

<sup>11</sup> Por. S. Rosiński, *Stosunek Starego Testamentu do choroby*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 4, Wrocław 2001, s. 29–42.

rozwiniętej egipskiej kultury. Troska o zdrowie dzieci, osoby chore i stare, należała do rodziny. Jej zdrowi członkowie, będący w sile wieku, mieli obowiązek opiekować się osobami, które nie mogły polegać w tym zakresie na własnych siłach. Stary Testament dokumentuje także początki kształtowania się troski o zdrowie i życie bliźnich spoza rodziny, tj. o wdowy i sieroty. W Biblii i innych źródłach prawa żydowskiego znajdujemy zalecenia, by ich potrzeby (w tym zdrowotne) były zaspokajane przez dalszych krewnych oraz zamożnych członków społeczności, z motywowanych religijnie darowizn. Zrodzenie i wychowanie liczego potomstwa uchodzi w Biblii za wyraz łaski Bożej, podobnie jak dożycie w zdrowiu późnego wieku. Należało pomagać bliźnim w realizowaniu tych celów. Ważną rolę w kształtowaniu świadomości zdrowotnej Izraelitów odgrywali kapłani (rabini). Miała ona nie tylko charakter informacyjny.

Stary Testament dokumentuje m.in. postawę wobec osób chorych na trąd, w której ważną rolę odgrywa obowiązek udzielania prawdziwej informacji o chorobie<sup>12</sup>. Osoby podejrzewające, że są zakażone trądem powinny były zgłosić się do rabina i poinformować go o chorobie. Na podstawie oględzin ciała chorego rabin miał potwierdzić lub odrzucić rozpoznanie. Chory powinien był do czasu potwierdzenia diagnozy trądu przez rabina (który zalecał choremu jakąś metodę leczenia i która – gdy okazała się skuteczna – wykluczała tę diagnozę) odizolować się od otoczenia i oczekiwać na ustąpienie objawów, modląc się i stosując zalecane przez rabina leki. Jeżeli choroba po określonym czasie nie ustępowała, rabin oficjalnie oznajmiał, że dany chory cierpi na trąd, po czym wprowadzano w życie regulujące dalsze losy chorego rozwiązania. Chory był uznany za zmarłego, a jego żona i dzieci dziedziczyli po nim majątek. Żona trędowatego mogła ponownie wyjść za mąż, aby zapewnić sobie i małym dzieciom utrzymanie i opiekę. Jeżeli jej dzieci były dorosłe, a wdowa była w starszym wieku, opiekę nad nią powinien był przejąć dorosły syn. Sam trędowaty musiał zamieszkać poza granicami społeczności i utrzymywać się z żebraniny. Jego specjalny strój i komunikaty głosowe, które wydawał miały ostrzegać innych przed zbliżeniem się do niego i chronić ich przed zakażeniem. Chorych na trąd nie zabijano, ani nie składano w ofierze. Zapewniano im możliwość przeżycia na poziomie elementarnym. Ich potrzeby życiowe były zaspokajane z jałmużny, którą uznano za moralny obowiązek wobec bliźnich, biednych i chorych. Zastosowane wobec chorych na trąd regulacje opierały się na nakazie udzielania prawdziwych informacji dotyczących choroby: przez pacjenta

---

<sup>12</sup> Por. F. Rosiński, *Choroby zakaźne w Starym Testamencie*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsał (red.), *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 8, Wrocław 2021 (w druku). Ta sama praktyka występowała również w I w. n.e. i została opisana w Ewangeljach. Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 365.

podejrzewającego u siebie możliwość choroby i przez rabinę – pacjentowi i jego otoczeniu społecznemu. Faktu choroby nie wolno było zataić, nawet gdy narażało to chorego na dotkliwie konsekwencje. Przedstawiony tu schemat informowania i postępowania był opatrzony nie tylko sankcją moralną, lecz także religijną. Nie informując kapłana o podejrzeniu choroby, pacjent mógł się obawiać nie tylko kary ziemskiej, lecz także boskiej. Z kolei rabin nie informując społeczności o groźnej chorobie zakaźnej sprzeniewierzył by się swoim obowiązkom jako kapłan. Norma wypowiedzenia prawdziwych opinii w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia znajdowała tu swoją pełną realizację.

Także informacje na temat leków i chorób, które uzyskiwali od lekarzy członkowie egipskiej społecznej elity opierały się na prawdziwym rozpoznaniu zagrożeń zdrowia, tak jak je ówczesnie rozumiano. Lekarze egipscy rozpoznawali wiele różnych chorób na podstawie ich objawów i wypracowali bardzo bogaty arsenał środków leczniczych, z których wiele i dziś uznać możemy za skuteczne, mimo że wyjaśniamy przyczyny tej skuteczności inaczej niż starożytni Egipcjanie<sup>13</sup>. Tego rodzaju pełne i wiarygodne informacje uzyskiwała jednak mniejszość mieszkańców Egiptu, pozostająca w bezpośrednim kontakcie z lekarzami. Pozostali, leczeni przez kapłanów w świątyniach, nie mieli dostępu do pełnej informacji na temat leków i leczenia, ale korzystali z pewnych schematów, które wśród nich upowszechniano. Ze względu na dużą liczbę chorych (uniemożliwiająca poświęcenie przez kapłana każdemu pacjentowi większej ilości czasu) oraz niższy poziom wykształcenia ubogich pacjentów (utrudniający zrozumienie informacji) kapłani przekazywali chorym z warstw plebejskich informacje dotyczące leków i leczenia w standardzie łączącym leczenie i profilaktykę z elementami praktyk religijnych. Konkretnie zalecenia profilaktyczne (np. nakaz obmywania ciała, mycia rąk, niespożywania określonych pokarmów, postów) i lecznicze (dotyczące używania konkretnych leków w leczeniu konkretnych chorób i objawów) przekazywali pacjentom jako objawione przez boga (Imhotepa, Ozyrysa, Izydę itp.), co miało ułatwić przyjęcie zaleceń prozdrowotnych przez pacjentów i nakłonienie ich do stosowania tych zaleceń w praktyce. Nie wyjaśniano im jednak istoty tych zaleceń zgodnie z ówczesnym standardem wiedzy.

Informacje przekazywane w starożytnym Egipcie pacjentom przez lekarzy i kapłanów nie uwzględniały jednak podstawowego zagrożenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji: biologicznych przyczyn masowego występowania chorób. W źródłach staroegipskich zachowały się opisy różnych epidemii, jednak ich wystąpienia nie wiązano z istnieniem patogenów, które je wywoływały, nie odkryto

---

<sup>13</sup> Por. P. Piotrowiak, *Praktyczne porady dotyczące zdrowia, higieny osobistej i warunków życia codziennego zawarte w Papirusie Ebersa*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 251–268.

bowiem jeszcze wówczas takiej zależności<sup>14</sup>. Z tego powodu nie podejmowano w tym kierunku działań ochronnych. Niebezpieczeństwo wystąpienia epidemii było najwyższe w miastach, a szczególnie w dzielnicach zamieszkiwanych przez biedotę i niewolników. Żyjąc w tłoczniu, niedostatecznie się odżywiając pod względem ilościowym i jakościowym, stanowili źródło zagrożenia epidemicznego, z którego istnienia nie zdawano sobie sprawy. Objęcie przez państwo egipskie opieką lekarską robotników nie było podyktowane chęcią zwiększenia ochrony populacji przed epidemiami, ale zamiarem zwiększenia ich wydajności pracy. Brak wiedzy na temat przyczyny zagrożeń epidemicznych uniemożliwiał tworzenie jakichkolwiek programów zapobiegawczych i udostępnienia ich zasad mieszkańcom Egiptu. Dlatego epidemie występowały w starożytnym Egipcie w sposób niekontrolowany.

Podobny system przekazywania informacji o lekach i leczeniu występował w starożytnej Mezopotamii. W kolejnych państwach tworzonych na tym obszarze pełną informację o lekach i leczeniu, zgodną z ówczesnym stanem naukowej wiedzy, uzyskiwała tylko społeczna elita, a większość społeczeństwa nie miała do niej dostępu. Z Mezopotamii znamy pierwszą regulację prawną zawierającą bezpośrednie odniesienia do lecznictwa. Jest nią kodeks Hammurabiego (1728–1686 p.n.e.)<sup>15</sup>. Wprowadzane w nim regulacje prawne były związane z ówczesnym stanem wiedzy medycznej oraz ówczesną strukturą społeczną i obowiązującym prawem gospodarczym. Struktura społeczna była oparta na trwałym podziale na warstwy, uwzględniające ludzi wolnych i niewolników, a prawo gospodarcze oparte było na zasadzie równoważenia zysków i strat. Jednym z obszarów, które podlegały regulacjom kodeksu było lecznictwo. Prawo Hammurabiego wprowadza w tym obszarze szereg norm opartych na zasadzie kompensaty. Określa obowiązki lekarza wobec pacjenta<sup>16</sup> oparte na przekazywaniu pełnych i prawdziwych informacji. Lekarz nawiązujący z pacjentem kontrakt terapeutyczny powinien wykonać swoją pracę rzetelnie, zgodnie z umiejętnościami, które posiada. Powinien zachowywać należyłą staranność przy wykonywaniu wszystkich zabiegów. Nie powinien łudzić pacjenta i jego rodziny możliwością wyleczenia choroby, której nie da się wyleczyć albo jej wyleczenie przekracza jego kompetencje. W kodeksie przewidziano kary za złamanie tych norm. Jeżeli lekarz – z powodu opieszałości lub złego wykonania zabiegu – przyczynił się do uszkodzenia ciała chorego lub śmierci pacjenta, to groziła mu kara odpowiednia do doznanej przez pacjenta szkody (zgodnie z zasadą

---

<sup>14</sup> Por. J. Ruffie, J.C. Sourmia, *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, tłum. B.A. Matusiak, Warszawa 1996. Koncepcja patogenu jako czynnika wywołującego choroby epidemiczne została sformułowana i udowodniona empirycznie dopiero w 2 połowie XIX w.

<sup>15</sup> Por. W. Szumowski, *Historia medycyny*, pod red. T. Bilikiewicza, Warszawa 1961, s. 16.

<sup>16</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Wpływ zmian koncepcji podmiotowości człowieka na kształtowanie się relacji lekarz-pacjent*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2003, t. 66, nr 1, s. 1–18.



kompensaty). Udzielona przez lekarza kompensata była zależna od pozycji społecznej pacjenta. Gdy pacjentem był człowiek zamożny i wolny, lekarz mógł być ukarany obcięciem ręki, czy wyłupieniem oka, a nawet śmiercią (jeżeli przyczynił się do śmierci pacjenta), a nie tylko karą finansową. Jeżeli pacjentem był człowiek uboższy i wolny, to lekarza karano przede wszystkim karą finansową, lecz mógł być także skazany na okaleczenie. Gdy pacjentem był niewolnik, okaleczenie lekarza nie wchodziło w grę. Powinien był zapłacić odszkodowanie właścicielowi niewolnika, którego nieskutecznie leczył lub oddać właścicielowi w zamian innego niewolnika, jeżeli leczony niewolnik zmarł. Tak samo prawo Hammurabiego regulowało ceny usług lekarskich. Za ten sam zabieg medyczny, zastosowany w takim samym schorzeniu, człowiek bogaty i wolny powinien był lekarzowi zapłacić więcej, niż człowiek biedniejszy i wolny albo wyzwolenciec. Jeszcze mniej płacono za leczenie niewolnika. W takiej samej wysokości (zróżnicowanej, zależnej od pozycji społecznej pacjenta) ustalano cenę odszkodowań za nieudane przeprowadzenie zabiegu. Bezwzględna norma oparcia usług lekarskich na prawdziwej informacji była podstawą przedstawionych powyżej uregulowań. Lekarz powinien był postawić diagnozę zgodnie z posiadaną wiedzą. Powinien był poinformować chorego, którego stan był beznadziejny, że leczenie jest niemożliwe. Jeżeli uznał terapię za możliwą, musiał przekazać pełną informację dotyczącą jej rokowania (wyleczenie pewne albo prawdopodobne), a następnie ustalić cenę swojej usługi.

Ubody mieszkańcy Mezopotamii nie mieli takich możliwości leczenia i uzyskania dostępu do informacji. Niektórzy z nich (jak w Egipcie) mogli uzyskać pomoc kapłanów świadczoną bezpłatnie w świątyniach, pozostali skazani byli na samoleczenie. W świątyniach mezopotamskich, ze względu na dużą liczbę chorych, brak czasu, który kapłan mógł poświęcić na leczenie jednego pacjenta i niski poziom wiedzy ogólnej chorych, utrudniający przyswajanie informacji, podobnie jak w Egipcie nie była ona pacjentom przedstawiana w szerszym zakresie. Kontakt pacjenta z kapłanem miał często charakter jednorazowy, toteż lekarz-kapłan starał się przekazać choremu i jego rodzinie pewne proste reguły, które mieli później sami stosować. Miały one charakter łączony, religijno-medyczny, co miało bardziej przekonywać pacjentów do ich stosowania. Ze względu na to, że na terenie Mezopotamii nie utrzymało się (jak w Egipcie) jedno państwo, ale powstało ich kolejno kilka, w wyniku podboju, a elita społeczna była w nich innego pochodzenia, niż większość mieszkańców, władze państwowe nie były zainteresowane prowadzeniem polityki społecznej nastawionej na ochronę zasobów ludnościowych, ale jedynie korzystaniem z tego potencjału, sytuacja zdrowotna w Mezopotamii była gorsza niż w Egipcie. Mezopotamskie miasta nękały powtarzające się epidemie chorób zakaźnych, które nie były w jakikolwiek sposób kontrolowane. Brak możliwości leczenia i brak dostępu do informacji dotyczących kwestii zdrowotnych, w połą-

czeniu z opresyjnym systemem władzy, spowodował utrwalenie się wśród uboższych warstw ludności fatalistycznego nastawienia do choroby, pasywnego stosunku do terapii i niezrozumienia dla koncepcji profilaktyki.

W cywilizacjach starożytnego Wschodu, w Egipcie i Mezopotamii, wykształciły się pierwsze szczegółowe normy etyczne, które obowiązywały lekarzy w ich praktyce zawodowej i w kontaktach z pacjentami. Wiele z nich ma charakter uniwersalny. Zostały przejęte w cywilizacji europejskiej, a ich obowiązywanie utrzymało się w następnych tysiącleciach. Pierwszą z tych norm jest obowiązująca lekarzy norma nie zabijaj oraz związana z nią norma zakazująca podtrzymywania życia za wszelką cenę. Na podstawie obserwacji objawów chorobowych stworzono w Egipcie i Mezopotamii naukę o prognozowaniu dalszego przebiegu choroby. Pojawienie się określonej grupy objawów i określony wygląd chorego niezawodnie wskazywały, że nie da się już go wyleczyć i chory nieuchronnie zmierza ku śmierci. Wezwany do chorego lekarz nie powinien był w takim wypadku podejmować uporczywego leczenia. Chorych w stanie terminalnym należało zabezpieczyć od zbędnego cierpienia, podać środki przeciwbólowe i przygotować na śmierć. Nie wolno było jednak czynnie jej przyspieszać. Wypracowano zarazem normę etyczną, zgodnie z którą lekarz, który niepotrzebnie przedłuża cierpienie pacjenta, którego nie jest w stanie wyleczyć, narusza dobrą praktykę swojego zawodu. Lekarz był zobowiązany do ratowania chorego gdy uznawał jego chorobę za uleczalną („cierpienie, które mogę leczyć”), albo uleczalną potencjalnie („cierpienie, które mogę zwalczać”). Nie powinien był jednak stosować terapii uporczywej, zarówno dla zarobku, jak i dla wykazania swoich kompetencji. Chwilowy sukces lekarza wiązał się bowiem w takim wypadku z przedłużeniem cierpienia pacjenta, co uważano za niewłaściwe etycznie.

Lekarzowi przyznawano także prawo do odmowy wykonania terapii w innych okolicznościach. Kontrakt terapeutyczny miał charakter umowy handlowej, mógł być zawierany tylko wtedy, gdy lekarz uznał, że jest w stanie go zrealizować, a chory i jego rodzina są w stanie zapłacić cenę żądaną przez lekarza. Lekarze nie byli zobowiązani do udzielania pomocy każdemu choremu, który o to poprosi, nawet wtedy, gdy czuli się kompetentni w konkretnym przypadku. Mogli bez konsekwencji odmówić udzielania takiej pomocy, kiedy podana przez nich cena usługi nie została zaakceptowana przez pacjenta. Lekarz powinien był jednak w takim przypadku przekazać pacjentowi informację, że może udać się po pomoc do lekarzy-kapłanów praktykujących za darmo w świątyniach. Mógł także polecić gabinety innych, tańszych lekarzy. Braku możliwości otrzymania pomocy lekarskiej przez większość społeczeństwa nie uznawano za naganną, ani za niebezpieczną dla ogólnego dobrostanu zdrowotnego populacji. Nie uświadamiano sobie bowiem wówczas sposobu rozpowszechniania się epidemii chorób zakaźnych.

Inne aspekty przekazywania informacji dotyczące leku i leczenia wiążą się z procesem kształcenia lekarzy. Proces ten przypominał w Egipcie i Mezopotamii naukę w zawodach rzemieślniczych. Opierał się na przekazywaniu informacji wyłącznie uczniom. Nie wolno było ich szerzej upowszechniać, ponieważ szczegółowa wiedza o lekach mogła być niebezpieczna dla laików, a niektórzy mogli chcieć ją zastosować w celach zbrodniczych (np. używając trucizn). Lekarze, tak jak wykonawcy wszelkich rodzajów usług, powinni byli przed rozpoczęciem praktyki zawodowej uzyskać odpowiednie kwalifikacje, gwarantujące klientom odpowiednią jakość ich wykonania. Nad praktyką lekarzy ustanowiono w związku z tym instytucje kontrolne, tzw. Kolegia Lekarskie. Niezadowoleni ze standardu usług leczniczych pacjenci mogli się do nich zwracać ze skargami. Kolegia mogły nakładać kary na lekarzy, którzy podlegali ich kontroli. W nieco innym systemie kształcili się praktykujący w świątyniach egipskich i mezopotamskich lekarze-kapłani. Ich sposób nauki wiązał się przede wszystkim z ich rolą zawodową jako kapłanów, a praktyka medyczna była dla nich czymś pobocznym. Kapłani zajmujący się leczeniem nie dzielili się swoim doświadczeniem i wiedzą z laikami. Mogli się jednak dzielić (i to czynili) z kapłanami innych religii, a nawet z uczonymi świeckimi o odpowiednio wysokim statusie naukowym i wysokim poziomie moralnym.

Zakaz upowszechniania szczegółowej wiedzy dotyczącej leków i leczenia miał poważne skutki społeczne i zdrowotne. Większość ubogich mieszkańców starożytnych państw nie знаła podstaw ówczesnej wiedzy medycznej znanej specjalistom, a swoje poglądy o chorobach i lekach opierała na przesądach. Wpływało to negatywnie na ich praktykę życiową, zdrowie i jakość życia. Nie zapobiegali chorobom zgodnie z poglądami wyrażanymi przez ówczesnych specjalistów, ani nie podejmowali ich leczenia we wczesnych stadiach. Gdy zgłaszali się po bezpłatną pomoc lekarską do świątyń, często nie można już było im pomóc.

W okresie przedcywilizacyjnym i w wielkich cywilizacjach starożytnego Wschodu nie zostały wyodrębnione i sformułowane zasady etyki farmaceutycznej. Nie doszło bowiem wówczas jeszcze do wyodrębnienia zawodu aptekarza, definiowanego jako rzemieślnik prowadzący aptekę zajmującą się zakupem surowców wykorzystywanych do produkowania leków, ich przechowywaniem w odpowiednich warunkach, wytwarzaniem leków i ich sprzedawaniem klientom. Działały tylko placówki o charakterze „kramów aptecznych”, stałych lub wędrownych, w których oferowano surowce wykorzystywane do produkcji leków. Kupowali je w nich lekarze i kapłani, zajmujący się wytwarzaniem profesjonalnych leków, zgodnych z ówczesnym stanem wiedzy, oraz mieszkańcy zaspokajający swoje potrzeby zdrowotne sami. Z braku informacji na temat leków i leczenia podejmowane przez nich działania były w niewielkim stopniu skuteczne. Opierały się bowiem głównie na magii medycznej.

## Przekazywanie informacji dotyczących leków i leczenia w starożytnej Grecji

Kształtowanie się podstaw greckiej medycyny i etyki zawodowej wiążemy z przejęciem przez Greków dorobku medycyny egipskiej, z którym została połączona wiedza lekarzy i kapłanów mezopotamskich. Wiedzę tę przyswajali zarówno greccy świeccy uczeni, zwani filozofami (*philosophoi* – miłośnicy wiedzy), jak i kapłani<sup>17</sup>. Grecka etyka rozwinęła się jednak przede wszystkim w oparciu o rodzime, oryginalne systemy filozoficzne, których podstawą było nowe w stosunku do poprzednich cywilizacji ujęcie podmiotowości człowieka. Było to ujęcie indywidualistyczne<sup>18</sup>. Człowiek był w nich definiowany jako jednostka zanurzona w świecie, obserwująca ów świat i nawiązująca z nim różne poziomy relacji. Grecja filozofia, która stała się podstawą greckiej medycyny, rozwijała się od VII w. p.n.e. na terenie dzisiejszej Turcji, na greckich wyspach oraz w Grecji rodzimej. Do III w. p.n.e. osiągnęła swoją klasyczną postać, która znalazła odbicie zarówno w standardzie greckiej nauki medycznej, jak i greckiej etyki lekarskiej<sup>19</sup>. Transfer egipskiej medycyny do Grecji rozpoczął się w VI w. p.n.e., wraz z udziałem Greków jako żołnierzy i doradców faraonów. Uległ nasileniu w IV w. p.n.e. wraz z podbojem Egiptu przez armię Aleksandra Macedońskiego i po osadzeniu na tronie faraonów greckiej dynastii Ptolemeuszy. Do głównych ośrodków transferu egipskiej wiedzy medycznej należała Aleksandria, założona przez jednego z władców z dynastii Ptolemeuszy. Ptolemeusze założyli w Aleksandrii unikalną w ówczesnym świecie śródziemnomorskim instytucję: Muzeum. Nie tylko zgromadzono w niej największy w świecie księgozbiór, złożony z papyrusów i przystąpiono do tłumaczenia całego dorobku nauki egipskiej na język grecki, lecz także przystąpiono do jej upowszechniania. Tworzono liczne specjalistyczne kompendia, dotyczące wybranych obszarów medycyny, i w bardzo wielu odpisach upowszechniano je w całej południowej i zachodniej Europie, czyli tam, gdzie znajdowały się greckie miasta. Uczeni z Aleksandrii kontaktowali się z uczonymi z rozsianych na tym obszarze świątyń greckich bogów-uzdrowicieli (Asklepiosa i jego córek, Hygiei i Panakei), a także z członkami świeckich greckich szkół medycznych, w tym najslawniejszych: w Knidos, Krotonie i w Kos. Pomimo różnic w szczegółach, występujących

---

<sup>17</sup> Por. G. Lorenz, *Antike Krankenbehandlung in historisch-vergleichender Sicht. Studien zum konkretanschaulichen Denken*, Heidelberg 1990, s. 272–334.

<sup>18</sup> Por. A. Eleftheriadis, *Die Struktur der hippokratischen Theorie der Medizin: logischer Aufbau und dynamische Entwicklung der Humoralpathologie*, Frankfurt am Main 1991.

<sup>19</sup> Por. J. Kucharczyk, *Filozoficzne podstawy greckiego i nowotestamentowego ujęcia choroby i procesu leczenia*, [w:] S. Torbus (red.), *Teologiczne perspektywy zdrowia i choroby*. Theologia Wratislaviensia, t. 8, Wrocław 2013, s. 13–28.

pomiędzy poglądami członków różnych greckich szkół medycznych, doszło z czasem do wytworzenia się wspólnego standardu teoretycznego, na którym się opierały. Dzięki łatwości greckiego pisma i niemal powszechnej wśród Greków umiejętności czytania i pisania, standard ten zaczął się upowszechniać także między laikami. Ponieważ jego reguły nie były trudne do zrozumienia, można się było z nim samodzielnie zapoznać nabywając dostępne na rynku w wielu kopiach skrócone wersje kompendiów medycznych, a następnie samodzielnie próbować się leczyć, zgodnie z zapisanymi tam zaleceniami. I lekarze, i pacjenci mogli czytać w swoim rodzimym języku prace poświęcone medycynie. Szybko wytworzyła się pomiędzy nimi wspólnota pojęć, ułatwiająca wzajemne zrozumienie. Sytuacja ta okazała się w medycynie europejskiej trwała i utrzymała się aż do końca XVIII w., tj. do czasu obowiązywania w profesjonalnej medycynie standardu patologii humorальной i zbudowanej na tej podstawie koncepcji terapii. Omawiany tu model nauki możemy uznać za prototyp „społeczeństwa opartego na wiedzy”. Dostęp do profesjonalnego leczenia i do pełnej informacji na temat chorób i leków był jednak w starożytnej Grecji, podobnie jak we wcześniejszych cywilizacjach starożytnych, uzależniony od miejsca chorego w strukturze społecznej. Różnił się jednak idealny model opieki medycznej, ponieważ po raz pierwszy w dziejach został oparty na podstawach egalitarnych. Wraz z wyodrębnieniem się w greckiej filozofii indywidualistycznej koncepcji podmiotu, a w greckiej myśli politycznej podstaw demokracji (tj. systemu, w którym każdy wolny człowiek, ale tylko mężczyzna, miał takie same prawa polityczne), zostały stworzone przesłanki do wypracowania idealnej koncepcji człowieka jako pacjenta. Pacjentem miał prawo stać się każdy wolny człowiek, przysługiwało mu bowiem takie prawo, tak samo jak prawo do głosowania w greckim polis. W praktyce jednak realizacja tego prawa była ograniczona, a wielu ludzi wolnych, ale biednych rozwiązywało swoje problemy zdrowotne w formie samolecznictwa.

Charakterystyczną cechą greckiej etyki lekarskiej jest występujący w jej teorii egalitaryzm, wywodzący się z greckiej myśli filozoficznej. Filozofia grecka rozważała prawa i możliwości indywidualnego człowieka, a także jego obowiązki wobec innych. Grecka etyka lekarska kształtowała się w dwóch grupach zawodowych, zajmujących się wykonywaniem praktyki lekarskiej wśród pacjentów, analogicznych do występujących wcześniej w Egipcie i Mezopotamii. Jedną z nich byli kapłani zajmujący się leczeniem, spośród których najsilniejszą pozycję uzyskali z czasem kapłani Asklepiosa, tzw. Asklepiadzi, natomiast drugą – lekarze świeccy<sup>20</sup>, wykonujący praktykę na zasadach rzemieślniczych. Na obszarze śródziemno-

---

<sup>20</sup> Por. M.A. Wiszowata, *Schludny wygląd, nienaganne obyczaje, czysta wiedza – idealny obraz antycznego lekarza*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena w starożytności...*, s. 309–321.

morskim funkcjonowało ok. 500 (znanych nam dzisiaj) świątyń Asklepiosa (zwanych asklepiionami). Być może było ich jeszcze więcej, ale nie zostały jeszcze przez nas odnalezione. Popularność leczenia w asklepiionach miała charakter masowy, wypracowany w nich standard wywierał więc realny wpływ na społeczeństwo, nie tylko pod względem diagnostyki i terapii, lecz także norm moralnych i etycznych związanych z cielesnością, a nie tylko leczeniem chorób. Standard lecznictwa i etyki zawodowej uprawiany w asklepiionach kształtował się od ok. VII w. pne., wchłaniając wcześniejsze osiągnięcia lekarzy-kapłanów, i utrzymał się aż do IV w. n.e., w którym uznano chrześcijaństwo za religię panującą w Cesarstwie Rzymskim, w którym funkcjonowały asklepiiony po podboju Grecji przez Rzym. Przyjrzyjmy się teraz zasadom etyki lekarskiej Asklepiadów.

Podstawą etyki zawodowej Asklepiadów było poszanowanie godności osobowej każdego wolnego człowieka. Godność ta przysługiwała mu z urodzenia i nie można mu było jej odebrać, np. w związku z nieuleczalną chorobą, czy starością. Każdemu człowiekowi lekarz winien był szacunek, a jego relacja wobec pacjenta powinna była się opierać na absolutnej zasadzie etycznej: „dobro pacjenta niech będzie najwyższym prawem”. Z tej zasady wyprowadzano kolejne normy szczegółowe. Pierwsza z nich i najważniejsza dotyczyła granic życia i jego podtrzymywania. Wg etyki Asklepiadów każde dziecko miało prawo, by się urodzić<sup>21</sup>. Każde urodzone miało prawo, by żyć. Zasada poszanowania godności życia wiązała się w doktrynie Asklepiadów z normą etyczną, która brzmiała: „nigdy nie podam kobiecie środka na poronienie”. Poszanowanie godności życia wiązało się w etyce Asklepiadów także z uznaniem prawa człowieka do naturalnej śmierci. Wyrażono to w następującej normie etycznej: „nigdy nie podam choremu trucizny, nawet wtedy, gdy będę o to proszony; nie udzielę także nigdy rady w tym względzie”. Zgodnie z etyką Asklepiadów zakazana była eutanazja, to jest sztuczne przyspieszanie śmierci chorych, zarówno na ich własne życzenie, jak i na życzenie rodziny. Kapłan Asklepiosa nie mógł wykonać takiej praktyki, jak również udzielić informacji choremu, w jaki sposób sam mógłby popełnić samobójstwo. Nie oznaczało to zarazem, że Asklepiadzi wspierali heroiczną walkę o przedłużenie życia

---

<sup>21</sup> W starożytnej medycynie greckiej i tradycji filozoficznej odróżniano jednak moment poczęcia od momentu uczłowiczenia, tj. chwilę, w której w płód wstępować miała dusza. W praktyce oznaczało to, że kobiety stosujące zioła „na wywołanie miesiączki” w pierwszym terminie, w którym miała ona teoretycznie wystąpić, były oceniane inaczej niż te, które zastosowały by środki poronne po kilku terminach, w których spodziewana miesiączka nie wystąpiła. Za moment uduchowienia płodu rozumiano chwilę, w której ciężarna kobieta wyczuła pierwsze ruchy dziecka, które miało się urodzić. Podmiotowość nienarodzonych dzieci uznawało też greckie prawo rodzinne. Dziecko poczęte przez rodziców pozostających w związku małżeńskim zachowywało prawo dziedziczenia nawet gdy urodziło się już po śmierci ojca. Zakładano bowiem, że istnienie dziecka rozpoczęło się jeszcze za życia ojca i przy jego w tym udziale.

chorego, za wszelką cenę i za pomocą wszelkich środków. Podobnie jak wcześniej wymienieni kapłani egipscy i mezopotamscy, a także wykonujący zawód lekarza na zasadach rzemieślniczych tamtejsi lekarze świeccy, kapłani Asklepiosa uznawali uporczywe przedłużanie życia osób umierających za etycznie naganne. Przedłużało to bowiem cierpienie chorego, którego nie można już było wyleczyć. Wyrazem tej postawy w praktyce była selekcja chorych odbywająca się przy bramie do świątyni Asklepiosa. Osoby w bardzo złym stanie zdrowia, umierające, nie były przyjmowane do tych świątyni na leczenie. Zalecano im udanie się do domu lub do jakiejś miejscowości uzdrowiskowej, których w starożytnej Grecji było bardzo wiele, i spokojne oczekiwanie na śmierć. Umierający mogli tam otrzymać leki łagodzące ich cierpienia i odpowiednią pielęgnację, ale nie aktywne leczenie. Zasady etyki lekarskiej Asklepiadów odnosiły się także do sposobu wykonywania ich zawodu. Jedną z głównych norm etycznych nakazywała tym lekarzom-kapłanom prowadzenie praktyki leczniczej według ich najlepszej wiedzy i możliwości. Celem tej praktyki powinno być wyleczenie chorego, a nigdy jego zguba lub szkoda. Każde działanie lekarza, którego wykonania się podejmie, powinno być uzasadnione i oparte na przewidywaniu pomyślnego skutku. Asklepiadów obowiązywał zakaz wykonywania zabiegów zbyt ryzykownych, mogących skończyć się poważnymi powikłaniami lub śmiercią pacjenta. Ludzi wykonujących takie zabiegi Asklepiadzi powinni byli unikać (np. wykonujących zabiegi usuwania kamieni nerkowych, zwanych lithothomi). Powodem zakazu wykonywania zabiegów uznanych za zbyt ryzykowne miała być norma moralna, zgodnie z którą Asklepiadom nie wolno było wyrządzać pacjentom jakiegokolwiek krzywdy. Zabezpieczeniem prawa pacjenta do intymności w kontakcie z lekarzem-kapłanem była natomiast norma wprowadzająca nakaz zachowania w tajemnicy wszystkiego, co lekarz zobaczy lub usłyszy w trakcie wykonywania praktyki lekarskiej. Tajemnica lekarska obejmowała także wszystkie inne wiadomości dotyczące pacjenta, o których lekarz uzyska wiedzę w kontaktach z innymi ludźmi, także poza tą praktyką. Pacjent powinien czuć się całkowicie bezpieczny w kontakcie z lekarzem ze świątyni Asklepiosa, wiedząc o tym, że wszystkie wiadomości o jego zdrowiu i chorobie, a także o życiu prywatnym, zostaną przez lekarza zachowane w tajemnicy. Ważną regułą etyczną chroniącą godność osobistą i intymność pacjenta był także całkowity zakaz kontaktów seksualnych z pacjentami, obowiązujący Asklepiadów. Zapewniało to pacjentom poczucie bezpieczeństwa i ułatwiało udostępnienie lekarzowi przez pacjentów nie tylko istotnych informacji o stanie ich zdrowia i psychiki, lecz także okazanie lekarzowi nagiego ciała, jeżeli było to uzasadnione koniecznością diagnostyczną lub terapeutyczną. Ostatni poziom zaleceń etycznych obowiązujących Asklepiadów dotyczył ich samych. Aby uzyskać szacunek i zaufanie pacjentów, a także skłonić pacjentów do wykonywania udzielanych im zaleceń profilaktycznych i terapeu-

tycznych, lekarze powinni na co dzień reprezentować wysokie walory etyczne i moralne. Powinni prowadzić godne i czyste życie, budzące szacunek i zaufanie u ludzi. Powinni dbać o schludny i estetyczny wygląd zewnętrzny. Powinni także dbać o własne zdrowie, zachowując na co dzień reguły profilaktyki, które zalecają do stosowania innym. Zasadę tę wyrażała maksyma „lekarzu lecz się sam” („medice, cura te ipsum”). Uznawano bowiem, że lekarz, który nie potrafił skutecznie zadbać o własne zdrowie, nie będzie potrafił skutecznie pomóc innym. Asklepiadzi opierali swoje kontakty z pacjentami na zasadach przekazywania im prawdziwych informacji o lekach i leczeniu, zgodnych z ówczesnym stanem wiedzy medycznej. Różnicowali jednak zakres tych informacji w zależności od możliwości ich zrozumienia przez pacjenta. Podobnie jak wcześniej kapłani egipscy i mezopotamscy, przedstawiali pacjentom konkretne zalecenia terapeutyczne jako objawione przez boga Asklepiosa. Miało to zwiększać szanse na dostosowanie się do tych zaleceń przez pacjentów.

Przedstawione powyżej zasady etyki zawodowej Asklepiadów zostały przejęte przez greckich lekarzy świeckich. Przede wszystkim przez szkołę działającą na greckiej wyspie w Kos, której najbardziej znanym przedstawicielem był Hipokrates<sup>22</sup>. Upowszechniły się z niej w świeckiej medycynie europejskiej w postaci tzw. przysięgi Hipokratesa, znanej i zachowywanej przez lekarzy do czasów współczesnych. Asklepiadzi i świeccy lekarze, kształceni w świeckich szkołach medycznych, obsługiwali przede wszystkim ludzi wolnych i zamożnych, także wolnych o średnim poziomie dochodów. Pacjentów z tych grup stać było bowiem na udanie się w podróż na leczenie do asklepionu lub opłacenie na miejscu usługi świadczonej przez świeckiego lekarza. Podstawą popularności obu omawianych grup lekarzy wśród pacjentów była zbieżność ich światopoglądu ze światopoglądem ich pacjentów, którzy zgadzali się z zasadniczym kierunkiem upowszechnianych przez lekarzy norm etycznych i moralnych, a nie tylko konkretnych zaleceń dotyczących diagnostyki i terapii. Normy etyczne były dostosowane do standardu ówczesnej medycyny, opartej na patologii humoralnej. Zgodnie z tą koncepcją zdrowie było definiowane jako wypadkowa równowagi humorów, krążących w ludzkim organizmie, a choroba uznawana była za skutek naruszenia tej równowagi. Prowadzenie umiarkowanego i moralnego życia, opartego na samokontroli było najlepszą receptą na zachowanie dobrego zdrowia.

W starożytnej Grecji doszło do sformalizowania procedur dotyczących wykonywania zawodu lekarza. Kształcenie lekarzy odbywało się w specjalnych szkołach, a praktyką lekarską mogli się zajmować tylko ich absolwenci. W każdym mieście greckim działał lekarz urzędowy, który musiał być uczniem znanego mistrza.

---

<sup>22</sup> Por. V. Nutton, *Ancient medicine*, New York 2004; A. Eleftheriadis, *op.cit.*; W. Szumowski, *op.cit.*, s. 48–54.



Wybierało go zgromadzenie ludowe, złożone z wszystkich wolnych mężczyzn zamieszkujących w danym mieście. Pełnił funkcje biegłego i zajmował się kształceniem lekarzy w systemie rzemieślniczym. Lekarzy urzędowych opłacano ze specjalnego podatku lekarskiego (iatrikon), w zamian za bezpłatne leczenie ubogich. Specjalną funkcję przewidziano dla lekarza na czas epidemii. Powoływano wówczas lekarza-ochotnika, który miał organizować życie w mieście w trakcie epidemii oraz leczyć chorych. Jeżeli jego działania okazały się skuteczne, otrzymywał nadzwyczajne dodatkowe wynagrodzenie. W miastach greckich działali także lekarze wojskowi, a w miastach portowych lekarze zajmujący się opieką nad marynarzami. Zasady etyki zawodowej omówionych kategorii lekarzy nakazywały im rzetelność, nie uchylanie się od obowiązków, których się podjęli (za szczególnie naganną uważano ucieczkę lekarza z miasta na wieść o wybuchu epidemii). Lekarze urzędowi powinni wykonywać swoją pracę zgodnie z ustalonym dla niej regulaminem, podobnie jak inne kategorie rzemieślników. Lekarze upowszechniali wśród pacjentów informacje dotyczące leków i leczenia na takim poziomie, na jakim ci ostatni byli w stanie je przyjąć i zrozumieć. Były to informacje zgodne z ówczesnym stanem wiedzy medycznej.

Nie wszyscy pacjenci dostosowywali swoje życie do upowszechnianych przez lekarzy informacji, propagujących umiarkowany styl życia, stosowanie zdrowej i niezbyt obfitej diety, systematyczne stosowanie zabiegów profilaktycznych i zachowywanie zasad higieny. Byli też bowiem tacy, których styl życia odbiegał od tego wzorca. Ich potrzeby zdrowotne były zaspokajane przez terapeutów, dostosowujących swoją praktykę i etykę zawodową do rynku pracy, na którym wykonywali swoje usługi. Przyczyny tego zróżnicowania możemy przedstawić za pomocą odwołania się do czynników socjalnych. W społeczeństwie greckim istniała warstwa zamożnych rentierów, żyjących z dochodów odziedziczonych po przodkach i nie wykonujących żadnej pracy zawodowej. Nie byli więc zbytnio zainteresowani zachowaniem sprawności fizycznej i umysłowej, umożliwiającej efektywne wykonywanie pracy. Nie trudnili się także czynnym uprawianiem nauki lub sztuki, co pochłaniało uwagę wielu innych członków społecznej elity. Ich życie upływało na poszukiwaniu jak największej liczby atrakcji i przyjemności, z czym często wiązały się różnego rodzaju nadużycia (pokarmów, napojów, przeżyć seksualnych). Pacjenci ci wymagali od lekarzy szczególnego rodzaju wsparcia. Nie oczekiwali porad profilaktycznych mających ich skłonić do zachowywania umiarkowania i równowagi, a wręcz przeciwnie, oczekiwali od lekarzy wsparcia ich sił fizycznych po to, by jeszcze aktywniej mogli korzystać z życia. Grupę tę obsługiwali lekarze, których możemy określić współczesnym pojęciem „feel-good-doctors”. Zapewniali pacjentom wymagane przez nich dobre samopoczucie, podając im środki poprawiające ich kondycję, stosując leki pobudzające, nasenne, upiększające itp. Lekarze ci nie

cieszyli się uznaniem profesjonalistów, którzy krytykowali ich działalność jako naruszającą normy etyczne zawodu lekarskiego. Podstawą krytyki był zarzut, że nie leczyli oni chorób, których przyczyny można by uznać za naturalne, ale wspierali rozwój w organizmach pacjentów symptomów chorobowych. Styl życia tych pacjentów, który cechowało ekscesywne korzystanie z różnego rodzaju przyjemności życiowych i nałogów, nieuchronnie prowadził bowiem do chorób, których pojawienie się praktyka omawianych tu terapeutów opóźniała albo łagodziła ich skutki. Z omawianej tu grupy greckich lekarzy wytworzyła się po podboju Grecji przez Rzym szkoła tzw. metodyków, której doktrynę streszczała maksyma „szybko, wszystko i przyjemnie” („cito, tuto et iucunde”)<sup>23</sup>. W kontakcie z metodykami pacjent, słono płacący za ich usługi, miał nabrać pewności, że uzyska oczekiwane wsparcie niezależnie od tego, co będzie robił, jaki styl życia prowadził i jak bardzo będzie to dla jego zdrowia niekorzystne. Rolą lekarza było doprowadzenie pacjenta do stanu względnej normy, aby dalej mógł prowadzić życie w takim stylu, który wybrał i który lubił, a nie zmiana szkodliwych nawyków związanych ze stylem życia, a tym samym realna poprawa parametrów zdrowotnych. Samo leczenie również powinno być dla pacjenta przyjemne.

Inną grupą terapeutów, tym razem obsługujących pacjentów znajdujących się na drugim biegunie drabiny socjalnej, tj. głównie ubogich, byli tzw. „truciele” (pharmakopoi). Dysponowali oni pewną wiedzą o ziołach, minerałach i substancjach odzwierzęcych, których zastosowanie miało wywierać określony skutek (pobudzenie, uspokojenie, łagodzenie bólu, zwiększenie możliwości fizycznych, wydajności w pracy itp.). Pharmakopoi potrafili także uśmiercić wskazaną osobę (stąd określenie, które wobec nich stosowano) oraz podawać środki oddziałujące na aktywność seksualną i płodność (głównie w celu jej ograniczenia). „Truciele” nie zajmowali się teoretycznymi podstawami terapii, interesował ich szybki skutek, powstający po przyjęciu przez pacjenta sprzedanego przez nich leku (pharmakon). Było ich stosunkowo wielu, ich usługi były więc dość tanie. Ich zawodowa praktyka nie była poprzedzona długim kształceniem, nie była również nadzorowana przez kolegia lekarskie, w sensie formalnym nie byli bowiem lekarzami, nie zdobywając przed podjęciem praktyki wśród pacjentów formalnego wykształcenia w jednej ze szkół medycznych. Pharmakopoi byli krytykowani przez lekarzy za brak głębszej wiedzy dotyczącej przyczyn chorób i koncentrowanie się w swojej praktyce wyłącznie na likwidacji ich objawów. Lekarze zarzucali im także naruszanie obowiązujących profesjonalnych medyków norm etycznych. Żyjąc z wolnej praktyki wśród ubogich pacjentów, którzy oczekiwali takich usług, jakie im oferowali, „truciele” nie przejmowali się tą krytyką. Nie zamierzali zmieniać ani modyfikować

---

<sup>23</sup> Por. W. Szumowski, *op.cit.*, s. 72–73.

swojej oferty. Również ten typ praktyki utrzymał się w rejonie śródziemnomorskim aż do końca czasów starożytnych.

Była też jeszcze jedna grupa terapeutów, których zawodowa praktyka odbywała się w starożytnej Grecji na krawędzi obowiązujących norm moralnych, opisanych wyżej w przysiędze Asklepiadów. Były to tzw. „lekarki” (iatrinai), obsługujące wyłącznie kobiety, i to najczęściej z uboższych warstw społecznych. „Lekarki” te zajmowały się przede wszystkim zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych kobiet związanych z reprodukcją. Odbierały porody, opiekowały się kobietami w położu, podawały środki zwiększające ilość mleka itp. Zajmowały się także jednak tzw. „przywracaniem miesiączki”, tj. faktycznie wykonywały aborcje w pierwszych tygodniach ciąży za pomocą specjalnie dobranych ziół. Sprzedawały też preparaty poprawiające urodę, pozwalające „zatrzymać młodość”, albo pobudzić miłosne zapały męża lub partnera pozamałżeńskiego związku. Stanowisko Asklepiadów i lekarzy świeckich wobec „lekarek” było podobne, jak wobec dwóch wyżej wymienionych grup terapeutów. Krytyka opierała się na tym, że „lekarki” wykonywały usługi na żądanie pacjentów, których celem nie zawsze było leczenie naturalne występujących chorób, ale umożliwienie klientom zachowywanie stylu życia, który wybrali.

Podsumowując możemy stwierdzić, że obok lekarzy praktykujących zgodnie z zasadami normy idealnej, którą charakteryzowało upowszechnianie wśród pacjentów wiedzy na temat leków i leczenia opartych na ówczesnym stanie wiedzy naukowej, w celu zmodyfikowania ich stylu życia, uregulowania diety i przyjęcia w praktyce życiowej szeregu reguł umożliwiających jak najdłuższe zachowanie zdrowia i życia, istnieli w Grecji także i tacy terapeuci, których postępowanie odbiegało od tej normy. Udzielali pacjentom informacji o lekach i leczeniu mających służyć uprzyjemnieniu ich życia, zwiększeniu zdolności doświadczenia różnego rodzaju bodźców i utrzymywaniu ich organizmów w stanie względnej równowagi, pomimo postępowania prowadzącego w praktyce do chorób. Osobny standard informacyjny występował w stosunku do ludności ubogiej. Ludzie należący do tej grupy uzyskiwali jedynie cząstkowe wiadomości zgodne z ówczesnym stanem wiedzy medycznej. Korzystali głównie z samolecznictwa lub z usług terapeutów o niskim zakresie kompetencji. Ich stan zdrowia odbiegał w związku z tym od normy charakterystycznej dla członków społecznej elity czy warstwy średniej.

Wszyscy mieszkańcy starożytnej Grecji byli jednak podatni na wspólne zagrożenie: epidemie chorób zakaźnych. Zdawano sobie już sprawę z tego zagrożenia i próbowano je jakoś kontrolować, ale z powodu braku właściwego rozpoznania przyczyn epidemii nie były to działania skuteczne. Lekarze upowszechniali wprawdzie wśród pacjentów wiedzę na temat naturalnych przyczyn epidemii, zawartą w dziele Hipokratesa pt. *O klimatach, wodach i miejscach*, a w miastach lekarze urzędowi próbowali wprowadzać zarządzenia ograniczające wzrost liczby zacho-

rowań, nie udało się jednak zapobiec ani ich występowaniu, ani spowodowanym przez nie skutkom.

### **Informacje na temat leków i leczenia w starożytnym Rzymie i Bizancjum**

W pierwszym okresie istnienia państwa rzymskiego, od VIII w. p.n.e. do przełomu I w. p.n.e. / I w. n.e., następowała recepcja obcych wzorców kulturowych, przede wszystkim etruskich i greckich, co doprowadziło do ukształtowania się modelu medycyny o charakterze rodzimym, jednak mniej skutecznego od pierwowzorów. Ze względu na liczne wojny prowadzone w tym okresie przez państwo rzymskie, stałe rozrastanie się jego terytorium i wchłanianie kolejnych wielkich grup ludności, państwo rzymskie nie sprawowało tak skutecznego jak w Egipcie nadzoru nad lecnictwem. Nie było efektywnych form kontroli nad praktykami leczniczymi, ani ich standardem. Praktyki te mógł wykonywać każdy, za pomocą takich metod, które uznawał za stosowne i które cieszyły się zainteresowaniem pacjentów. Rzymska elita społeczna korzystała z usług profesjonalnych lekarzy greckich, wykształconych w cieszących się dobrą opinią greckich szkołach medycznych, z których większość kontynuowała standard wypracowany w szkole Hipokratesa<sup>24</sup>, z czasem powstały także szkoły rodzime. Lekarze prowadzili praktykę w standardzie humoralnym, zachowując też greckie zasady etyki zawodowej i informowania chorych. W społeczeństwie rzymskim prowadzili też jednak praktykę wyznawcy innych szkół medycznych (np. metodycy), a także „truciele” i „lekarki”. Etyka zawodowa trzech ostatnich z tych grup opierała się na pragmatyce, którą można określić jako „podporządkowaną życzeniom pacjenta”, które nie zawsze można by zdefiniować jako leczenie.

Po utworzeniu Cesarstwa Rzymskiego jego władcy zmierzali do stworzenia scentralizowanego modelu państwa, w którym polityka zdrowotna realizowana byłaby w sposób planowy. W I w. p.n.e. wydano szereg zarządzeń sanitarnych, które miały umożliwić zapobieganie rozprzestrzenianiu się masowych epidemii, których genezę łączono ze spożywaniem zanieczyszczonej wody, brudem i smrodem (zgodnie ze standardem obowiązującej teorii medycznej – patologii humoralnej)<sup>25</sup>. W miastach

---

<sup>24</sup> Por. A. Marek, *Wpływ zjawisk klimatycznych na zdrowie człowieka*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena w starożytności...*, s. 63–75; J. Ciechanowicz, *Hipokrates i początki medycyny naukowej*, <http://archiwum.wiz.pl/1996/96023400.asp>.

<sup>25</sup> Por. Z. Bukowski, *Sanitarna ochrona środowiska w prawie rzymskim i jej ogólny wpływ na kształtowanie się współczesnych rozwiązań prawnych*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk, *Czystość i brud. Higiena w starożytności...*, s. 77–86.

powołano lekarzy urzędowych, nadzorujących ich stan sanitarny, a ich pracę wspierać miała policja. Drugim obszarem działań państwa rzymskiego, mających na celu poprawę stanu zdrowia populacji, było rozdawnictwo żywności i różnego rodzaju subwencji przekazywanych ubogim<sup>26</sup>. Zgodnie z ówczesnym stanem wiedzy medycznej zdawano sobie bowiem sprawę z tego, że w profilaktyce epidemii ważne znaczenie ma walka z głodem. Lekarze rzymscy dokonali syntezy starożytnej wiedzy medycznej, która była wykorzystywana w Europie jeszcze przez kilkanaście stuleci<sup>27</sup>. Państwo rzymskie nie wprowadziło jednak zmian w dotychczasowym modelu leczenia. Pełny dostęp do profesjonalnej opieki lekarskiej i rzetelnej informacji o lekach i leczeniu mieli wyłącznie ludzie wolni i bogaci, częściowy – wolni i mniej zamożni, bardzo ograniczony – wolni i biedni, a praktycznie żaden – niewolnicy. Okazało się to ostatecznie dla państwa rzymskiego zgubne w skutkach. Społeczeństwo rzymskie okazało się w rezultacie bezbronne wobec masowych epidemii<sup>28</sup>, które wystąpiły między III a VI w. n.e. i które doprowadziły państwo do depopulacji. Praktyczna organizacja państwa, w którym brak było granic wewnętrznych powodowała, że epidemia, która wystąpiła w jednej jego części łatwo przenosiła się do innych, za pośrednictwem rozbudowanego systemu dróg. Epidemie były również roznoszone przez wojsko, przemieszczające się po całym terytorium państwa i poza jego granicami, co umożliwiało zawleczenie chorób w granice Cesarstwa Rzymskiego. Czynnikiem o podstawowym znaczeniu dla niekontrolowanego rozprzestrzeniania się epidemii był jednak fakt, że żyjące w granicach Cesarstwa miliony niewolników, wykonujących praktycznie wszystkie ciężkie prace fizyczne, były pozbawione jakiegokolwiek opieki medycznej. Epidemie chorób zakaźnych, które wybuchły wśród niewolników, bez problemu przenosiły się na okoliczny plebs i stacjonujące w pobliżu wojsko, a dalszego ich rozprzestrzenienia także wśród członków zamożnych warstw społecznych nic już nie było w stanie zatrzymać.

W wyniku epidemii chorób zakaźnych, które wystąpiły na terytorium Cesarstwa Rzymskiego od III do VI w. n.e., wymarła ponad połowa mieszkańców tego państwa<sup>29</sup>, a jego struktury uległy w Europie Zachodniej załamaniu<sup>30</sup>. Skalę strat demograficznych dobrze oddaje przykład stołecznego Rzymu. W czasach rozkwitu Cesarstwa miasto to liczyło ponad milion mieszkańców, a w VI w. odnotowano ich mniej niż 20 tysięcy. Niektórzy mieszkańcy, członkowie rzymskiej elity społecznej, przenieśli się wprawdzie do swoich wiejskich rezydencji, jednakże większość po-

<sup>26</sup> Por. A. Jaroszyński, *Co jadł robotnik w Cesarstwie Rzymskim? Zarobki i ceny żywności w edykcje Dioklecjana z 301 r.*, [w:] B. Płonka-Syroka, H. Grajeta, A. Syroka (red.), *Historia diety i kultury odżywiania*, t. 1, Wrocław 2018, s. 27–42.

<sup>27</sup> Por. A. Cruse, *Roman medicine*, Stroud 2011.

<sup>28</sup> Por. K. Harper, *The Fate of Rome: Climate, Disease and the End of Empire*, Princeton 2017.

<sup>29</sup> Por. W. Scheidel (red.), *Debating Roman Demography*, Leiden – Boston – Köln 2001.

<sup>30</sup> Por. L.K. Little, *Plague and the End of Antiquity: The Pandemic of 541–750*, Cambridge 2002.

zostałych zginęła w wyniku podbojów lub wymarła z powodu epidemii. W granicach wyludnionego Cesarstwa ukształtowały się państwa Wizygotów, Ostrogotów, Germanów, Franków i in. Państwa te osiągnęły jednak poziom kultury materialnej i organizacyjnej, umożliwiającą wprowadzenie regulacji dotyczących kwestii zdrowotnych, dopiero po kilkuset latach. W rezultacie aż do XIII w. większość ludności nie miała w Europie Zachodniej dostępu ani do profesjonalnej opieki lekarskiej, ani do informacji o lekach i leczeniu zgodnej ze standardem naukowym. Podstawą radzenia sobie z problemami zdrowotnymi było samolecznictwo, oparte na zasadach magii medycznej. Dawna medycyna przetrwała tylko w nielicznych ośrodkach nauki, a dostęp do profesjonalnego leczenia i informacji o lekach miało zaledwie kilka procent ludności.

We wschodniej części Cesarstwa Rzymskiego (Bizancjum) utrzymała się istniejąca struktura polityczna, mimo że w wyniku epidemii także i tu gęstość zaludnienia znacznie zmalała. Bizancjum, którego model organizacji medycyny publicznej był kontynuacją starożytnych wzorców rzymskich, wniosło istotny wkład do rozwoju teorii i praktyki leczenia<sup>31</sup>, jednak na profesjonalnym poziomie była ona dostępna jedynie nielicznym. W rezultacie państwo okazało się nieprzygotowane na wyzwania epidemiczne swoich czasów<sup>32</sup>. Epidemie chorób zakaźnych regularnie powtarzały się w XI, XII i XIII w., prowadząc do masowych strat. Gdy w granicach Bizancjum pojawiła się w 1346 r. pandemia dżumy, doprowadziła do śmierci ok. 50% ludności tego państwa. Gdy w 1453 r. pod murami Stambułu pojawili się Turcy osmańscy, miasta nie miał już kto bronić. Liczącą kilkanaście tysięcy armię, w dużej części złożoną z najemników, łatwo pokonał Mehmet Zdobywca z dynastii osmańskiej. W rezultacie dawne terytorium państwa bizantyjskiego zostało podbite przez Turków, którzy zasiedlili opustoszałe obszary.

### **Kształtowanie się nowych podstaw etyki lekarskiej związanych z chrześcijaństwem**

W I w. n.e. miała swoją genezę struktura, która przyczyniła się w czasach nowożytnych do ukształtowania się w Europie nowego modelu medycyny publicznej, opartego na zasadach egalitarnych. Wiązała się z radykalnym charakterem

---

<sup>31</sup> Do najslawniejszych lekarzy bizantyjskich, rozwijających standard medycyny grecko-rzymskiej, przede wszystkim Galena, należeli: Aecjusz z Amidy, Paweł z Eginy, Dioscurides i Oribasius. Por. P. Keyser, G.L. Irby-Massie (red.), *The encyclopedia of ancient natural scientists. The Greek tradition and its many heirs*, Abington – New York 2008.

<sup>32</sup> B. Campbell, *The Great Transition: Climate, Disease and Society in the Late-Medieval World*, Cambridge 2016.

chrześcijańskiego Objawienia, które zrównując wszystkich ludzi względem Boga, zrównywało ich także względem siebie<sup>33</sup>. „Nie ma Greka, ni Żyda...” i inne fragmenty Nowego Testamentu przedstawiały nową definicję bliźnich, którym należy się opieka i ochrona, niezależnie od ich narodowości, pochodzenia i statusu społecznego. Model ten dopełniała figura Chrystusa Uzdrówiciela – Dobrego Pasterza, darzącego swoją opieką wszystkich. Organizujące się w I w. n.e. pierwotne gminy chrześcijańskie wyprowadziły z tego przesłania radykalne konsekwencje. W każdej z nich wyłoniono osoby, upoważnione do sprawowania opieki społecznej nad biednymi. Model ten przejęły wszystkie chrześcijańskie parafie, w których działalność charytatywna należała do podstawowych relacji wobec bliźnich<sup>34</sup>. Od V w., po upadku Cesarstwa Zachodniorzymskiego, parafie chrześcijańskie stały się podstawowymi jednostkami organizacyjnymi zamieszkującej ten obszar ludności o rzymskim rodowodzie. Z czasem model ten został przejęty także przez ludność napływową.

Bardzo istotną instytucją, w której zachowano standard starożytnej wiedzy medycznej, okazały się klasztory<sup>35</sup>, do których wstępowali nie tylko potomkowie dawnych obywateli rzymskich, lecz także członkowie miejscowych elit plemiennych. Wobec powszechnego analfabetyzmu, klasztory okazały się wyspami, na których przechowano szeroko wcześniej dostępne w licznych odpisach pisma lekarzy greckich, rzymskich i bizantyjskich. Wykonywano ich kolejne kopie i rozsyłano je do filii klasztorów, działających od Hiszpanii po Afrykę i od Irlandii po Saksonię. Do XI w. n.e. cała Europa Zachodnia i Środkowa została schryścianizowana, a klasztory stały się głównymi ośrodkami edukacji. Upowszechniały egalitarny ideał medycyny, oparty na przekonaniu, że praktyczna pomoc lekarska należy się wszystkim chrześcijanom, a nie tylko członkom społecznej elity. Idea ta była wprowadzona w życie w działających przy klasztorach hospicjach i infirmeriach, w których każdy mógł uzyskać pomoc medyczną. Z czasem zaczęły powstawać specjalne zakony o profilu medycznym, takie jak np. duchacy (opiekujący się ofiarami epidemii), joannici, czy kawalerowie maltańscy. Tworzone były również hospicja, oferujące pomoc pielgrzymom i wędrownym kupcom, a także stacjonarne przytulki dla ubogich. Ponieważ służący w nich pomocą chorym personel wywodził się ze stanu kapłańskiego, usługi lecznicze łączono z posługami religijnymi. Rodząca się w ten sposób idea szpitala powszechnego wpisywała opiekę medyczną w chrze-

---

<sup>33</sup> Por. J. Nosko, *Stary i Nowy Testament jako źródło norm w zachowaniach zdrowotnych*, [w:] *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Łódź 2005, s. 37–43.

<sup>34</sup> Por. T. Tokarek, *Historia działalności charytatywnej w Europie – od czasów starożytnych do końca XIX w.*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Leczyć, uzdrawiać, pomagać*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 11, Wrocław 2007, s. 381–424.

<sup>35</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna średniowieczna / Medicine in medieval times*, [w:] *Medycyna polska / Polish Medicine*, Bydgoszcz 2018, s. 30–47.

ścijański standard metafizyczny. Szpital powszechny jako placówka świecka miał się wyłonić z tego wzorca dopiero w końcu XVIII w.<sup>36</sup> Przekazywane pacjentom w założonych przez Kościół albo nadzorowanych przez tę instytucję szpitalach i przytułkach informacje dotyczące leków i leczenia ściśle wiązały aspekty religijny i medyczny. Choroba była przedstawiana jako kara Boża za niemoralne postępowanie. Leczenie, aby było skuteczne, musiało wiązać się ze skruchą, pokutą i zmianą stylu życia na umiarkowany, zalecany przez kapłanów jako zgodny z chrześcijańską moralnością, a przez lekarzy jako prozdrowotny.

Ważnym czynnikiem, który wpłynął pośrednio na stworzenie systemu europejskiej medycyny w średniowieczu, a także przekazywanie informacji o lekach i leczeniu, były kontakty Europejczyków ze światem islamu<sup>37</sup>. W państwach islamskich, które zostały stworzone w VII w. n.e. po podboju północnej Afryki, Mezopotamii i Półwyspu Iberyjskiego, rozwijano standard medycyny greckiej i rzymskiej, oparty na patologii humoralnej. Arabowie przejęli też greckie i rzymskie urządzenia wodno-kanalizacyjne, zapewniając dużej części ludności miejskiej dostęp do czystej wody pitnej. Budowali także wiele nowych urządzeń tego typu (w tym bardzo liczne zbiorniki na wodę deszczową i źródłaną). Przy meczetach otwierano szkoły (medresy), w których upowszechniano wiedzę medyczną w popularnym wydaniu. Praktyki higieniczne zostały w islamie usankcjonowane przez religię (np. obowiązek mycia rąk 5 razy dziennie). Opisane tu działania doprowadziły do wzrostu poziomu bezpieczeństwa sanitarnego ludności miejskiej w państwach islamskich. Istotnym czynnikiem wpływającym pozytywnie na ograniczenie zagrożenia epidemicznego w tych państwach było znaczne zmniejszenie (w stosunku do czasów rzymskich) liczby niewolników. Z powodu braku dostępu do opieki medycznej stanowili oni w Cesarstwie Rzymskim podstawowe zagrożenie zdrowia publicznego. W państwach islamskich większość prac fizycznych wykonywali ludzie wolni, którzy mogli liczyć na jakąś formę pomocy lekarskiej związanej z praktykowaną przez nich religią. Meczety zapewniały bowiem nie tylko możliwość spotkań miodlitewnych, lecz także uzyskania porady medycznej.

Ogólna sytuacja zdrowotna w Europie była jednak w XIII w. niezadowolająca. Władze państwowe postanowiły w związku z tym rozpocząć proces instytucjonalizacji opieki zdrowotnej, umożliwiając jej podniesienie na wyższy poziom.

---

<sup>36</sup> Por. Z. Podgórska-Klawe, *Od hospicjum do nowożytnego szpitala: rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX w.*, Wrocław 1981.

<sup>37</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna islamska w świetle średniowiecznych miniatur medycznych*, [w:] B. Płonka-Syroka, Ł. Braun (red.), *Kultura medyczna islamu*, Warszawa 2015, s. 17–56. Por. też inne opracowania w tej monografii.



## **Kształtowanie się nowego standardu medycyny w Europie (XIII–XVIII w.) i nowego standardu udzielania informacji o lekach i leczeniu**

W XIII w. niektóre istniejące w Europie Zachodniej państwa zaczęły stopniowo zbliżać się do poziomu rozwoju występującego wcześniej w Cesarstwie Rzymskim. Z oczywistych względów priorytet w tym zakresie należał do państw zlokalizowanych we Włoszech i południowej Europie. W latach 1231–1240 król Sycylii, Fryderyk II Barbarossa, a zarazem cesarz odnowionego Cesarstwa Zachodniego (występowało ono obecnie pod nazwą Cesarstwa Rzymskiego Narodu Niemieckiego i skupiało większość królestw i księstw na zachód od Odry) wydał tzw. konstytucje medyczne, które były pierwszą od V w. n.e. regulacją prawną o charakterze centralnym, wprowadzającą unormowania związane z lecznictwem<sup>38</sup>. Miały one obowiązywać na terytorium całego Cesarstwa. Konstytucje te wprowadzały zasadę, że wykonywaniem legalnej praktyki lekarskiej mogą zajmować się wyłącznie osoby, które potrafią udokumentować swoje wykształcenie w jednej z działających w Europie szkół medycznych. Wprowadzały stanowisko lekarzy urzędowych, którymi mogli zostać tylko lekarze o pełnych kwalifikacjach. Najważniejszym novum, znajdującym się w tych konstytucjach było jednak dokładne sprecyzowanie kompetencji przypisanych lekarzom, aptekarzom i chirurgom. Określono też zakres usług medycznych możliwych do wykonywania przez księży – na mocy specjalnego edyktu papieskiego (*Ecclesia adhoret e sanquine*) zakazano im wykonywania zabiegów operacyjnych, a ich działalność ograniczono do pielęgnacji i terapii zachowawczej. Księżom zezwolono na prowadzenie praktyki bezpłatnej, jednak pozostałe zawody medyczne objęto pragmatyką wiążącą sposób ich wykonywania z zyskiem. Uprawnienia do wykonywania różnego typu operacji i drobnych zabiegów leczniczych<sup>39</sup> otrzymali chirurdzy. Natomiast profesjonalnym przygotowywaniem leków mieli zajmować się aptekarze. Chirurdzy i aptekarze mieli przed przystąpieniem do wykonywania zawodu uzyskać kwalifikacje zawodowe w cechu. Zawody te uznano za należące do rzemiosł. Prowadzenie działalności leczniczej przez lekarzy uznano natomiast za działalność należącą do obszaru tzw. sztuk wyzwolonych, wymagającą uzyskania wyższego wykształcenia na jednym z powołanych wówczas uniwersytetów<sup>40</sup>.

Rozdzielenie w XIII w. kompetencji lekarzy i aptekarzy opierało się na precyzyjnym określeniu celu ich działalności. Celem działań lekarzy miało być odciążenie

---

<sup>38</sup> Por. W. Szumowski, *op.cit.*, s. 149–150.

<sup>39</sup> Były to takie zabiegi, jak np. nacinanie ropni, nastawianie złamanych kończyn, leczenie ran odniesionych w walce lub wypadkach, a także cała praktyka stomatologiczna.

<sup>40</sup> Por. N.G. Sirasi, *Medieval and Early Renaissance Medicine: an Introduction to Knowledge and Practice*, Chicago 1990.

diagnozowanie i leczenie chorych oraz udzielanie pacjentom informacji na temat leków i leczenia. Do zakresu obowiązków aptekarzy miało natomiast należeć profesjonalne wykonywanie lekarstw. Ponieważ wszystkie leki sprzedawane w aptece mogły być wykonywane tylko na receptę, rola aptekarza w kształtowaniu świadomości zdrowotnej pacjentów i przekazywaniu im informacji o leku i leczeniu nie została w konstytucjach medycznych Fryderyka II Barbarossy uwzględniona. W aptekach sprzedawano wprawdzie inne towary (np. świece, korzenie, pierniki, wina), o których właściwościach aptekarze mogli udzielać klientom informacji, ale nie miały one charakteru leków, a informacje profesjonalnych porad. Nacisk na profesjonalizację zawodu aptekarza odróżniał wykonujące go osoby od wcześniejszych właścicieli „kramów aptecznych”, wędrownych i stałych. Aptekarz mógł bowiem wykonywać swój zawód wyłącznie po uzyskaniu rzemieślniczego wykształcenia, zakończeniu go pomyślnie zdany egzaminem i uzyskaniu koncesji na prowadzenie apteki. Wykonywanie praktyki aptecznej, nie wymagającej uzyskania wyższego wykształcenia, doprowadziło do ukształtowania się relacji między lekarzami i aptekarzami, w której aptekarze traktowani byli jako profesjonalni wykonawcy zaleceń lekarzy, którzy jako jedyni uzyskali prawo do leczenia. Aż do końca XVIII w. pojęcie to identyfikowano z medycyną ogólną (interną), mimo że między XIII a XVIII w. praktyka chirurgiczna bardzo podniosła swój poziom i również uległa profesjonalizacji.

Hierarchia zawodów medycznych wyznaczała prawa i kompetencje wykonujących te zawody osób. Najszersze kompetencje przyznano lekarzowi. Aptekarze posiadający w miastach koncesjonowane apteki podlegali stałej kontroli lekarza urzędowego (fyzyka miejskiego), który mógł zawsze sprawdzić, czy wypisywane przez lekarzy recepty są prawidłowo wykonywane przez aptekarza. Kontrola apteki musiała być przeprowadzona przez fizyka miejskiego przynajmniej raz do roku. Obejmowała analizę stanu zapasów, ksiąg aptecznych, terminu przydatności surowców wykorzystywanych do wytwarzania leków oraz sprawdzenia, czy są one prawidłowo przechowywane, a także ogólnego stanu czystości apteki. Sprawozdania z kontroli fizyk przedstawiał Radzie Miejskiej, a jeżeli jego ocena była negatywna, aptekarz ponosił konsekwencje prawne: od kary grzywny do utraty koncesji w przypadku poważnych zastrzeżeń. W protokołach kontrolnych fizyk zawierał także uwagi odnoszące się do skarg pacjentów na aptekarza, jeżeli takie były wnoszone do Rady Miejskiej lub bezpośrednio do niego. Skargi nie dotyczyły udzielania przez aptekarzy informacji o lekach i leczeniu (bo nie należało to do ich kompetencji), ale wadliwego wykonywania leków. Do przestępstw aptekarskich należało też korzystanie do produkcji leków z przeterminowanych lub źle przechowywanych surowców, stosowanie tanich lokalnych zamienników tych surowców występujących w cenie leku jako oryginały, zawyżanie taksy za wykonanie

leku<sup>41</sup>. Mimo formalnej podległości aptekarza lekarzowi posiadał on również bardzo istotne uprawnienie, mające chronić dobro i interesy pacjenta. Miał bowiem prawo weryfikowania recept wypisanych przez lekarza.

Zwróćmy uwagę na to, że profesjonalizacja i oddzielenie zawodów lekarza i aptekarza umożliwiły nie tylko ich standaryzację, lecz także uczyniły ich uprawianie transparentnymi. Sposób wykonywania pracy przez lekarza i aptekarza podlegać miał procedurom, był nadzorowany przez instytucje samorządu lekarskiego i aptekarskiego (powstające na wzór innych samorządów zawodowych rzemieślników). Leczenie i wytwarzanie leków nie mogły być legalnie wykonywane zgodnie ze standardem „wiedzy tajemnej”, ale każdy z etapów procesu terapeutycznego został wyraźnie sprecyzowany i opisany prawnie. Jednym z pierwszych aktów normatywnych podejmujących problematykę wykonywania zawodu aptekarza był tzw. *Porządek medyczny* opracowany połowie XIV w. przez biskupa Tomasza z Sarepty. W następnych wiekach wydawano kolejne tego rodzaju opracowania. Wydawano także tzw. ordynki apteczne i taksy, podające obowiązujący w aptekach na danym obszarze poziom cen za dopuszczone do legalnego obrotu surowce oraz leki.

Profesjonalni aptekarze brali czynny udział (jako członkowie Rady Miejskiej) w podejmowanych przez samorządy miejskie w XIV w. działaniach organizacyjnych, mających na celu wzrost skuteczności walki z epidemiami. W XIII i XIV w. ich liczba zaczęła systematycznie wzrastać. Pierwszą z nich, o poważnym zasięgu i konsekwencjach, była zawleczona do Europy Zachodniej przez wojska krzyżowców walczące na Bliskim Wschodzie epidemia trądu. Spowodowała powołanie sieci szpitali przeznaczonych tylko dla trędowatych, prowadzonych przez zakon duchaków, a także szpitali miejskich o takim przeznaczeniu<sup>42</sup>. Inną epidemią, o daleko poważniejszych skutkach, była pandemia dżumy, która dotknęła Europę w latach 1346–1349. W trakcie tej epidemii miasta zaczęły tworzyć Komisje Zdrowia finansowane z podatków miejskich, podlegające Radzie Miejskiej<sup>43</sup>. Pojawił się

---

<sup>41</sup> Por. A. Syroka, B. Płonka-Syroka, *Ustawodawstwo apteczne Piastów Brzeskich w XVII w.*, „Śląski Kwartalnik Historyczny Sobótka” 1985, t. 40, nr 2, s. 275–280. Problem nieprawidłowości / fałszerstw w procesie produkcji leków w aptekach występował nie tylko w średniowieczu i w czasach wczesnonowożytnych, lecz także w XIX i XX w. Por. A. Syroka, *Falszerstwa – problem opanowany czy akceptowana patologia?* [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Rośliny w lecznictwie, w środowisku naturalnym i w krajobrazie kulturowym*. Lek roślinny, t. 6, Wrocław 2017, s. 109–117.

<sup>42</sup> Por. J. Gilewska-Dubis, *Model opieki nad osobami wymagającymi pomocy i chorymi w średniowiecznych miastach europejskich*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 9, Wrocław 2004, s. 73–85.

<sup>43</sup> Por. K.G. Zinn, *Kanonen und Pest. Über die Ursprünge der Neuzeit im 14. und 15. Jahrhundert*, Opladen 1989.

wówczas w Europie Zachodniej nowy standard polityki informacyjnej dotyczącej chorób, leków i leczenia. Jego istotą było dążenie do udzielenia wszystkim mieszkańcom miasta, niezależnie od ich statusu materialnego i społecznego, informacji dotyczących epidemii. Informacje były formułowane na piśmie przez lekarza urzędowego (fizyka) i ogłaszane na ulicach miast przez heroldów. Oczywiście członkowie zamożnych warstw społecznych uzyskiwali szerszy dostęp do informacji medycznych, mogli je bowiem uzyskać od opiekującego się nimi lekarza. Jednakże podstawowy zakres tych informacji zdecydowano się przedstawiać wszystkim mieszkańcom, by zrozumieli działania, które podejmowały władze miejskie w walce z epidemiami, i podporządkowali się wydawanym zarządzeniom przeciwepidemicznym<sup>44</sup>. Fizycy miejscy ogłaszali zagrożenie epidemiczne, a potem wybuch epidemii. Informowali o przyczynach epidemii, posługując się argumentami czerpanymi z patologii humoralnej (najczęściej należało do nich tzw. morowe powietrze). Argumenty te miały charakter ściśle medyczny i naturalistyczny, zgodny z ówczesnym stanem wiedzy medycznej. Instytucjonalizacja i profesjonalizacja aptekarstwa miała umożliwiać zabezpieczenie populacji przed upowszechnianiem informacji dotyczących praktyk paramedycznych oraz leków niezgodnych z ówczesnym standardem medycyny. W XVI w., w związku z wynalezieniem druku i upowszechnieniem w Europie Zachodniej czytelnictwa także w uboższych warstwach społecznych, informacje dotyczące leków i leczenia zaczęły być rozprowadzane za pośrednictwem kalendarzy oraz specjalnych pism ulotnych, których druk był finansowany przez władze. Namawiano w nich czytelników do obserwowania stanu swojego zdrowia, a w przypadku zauważenia pierwszych objawów choroby do skorzystania z pomocy lekarza. Wraz ze wzrostem liczby uniwersytetów, w miastach Europy Zachodniej praktykę podejmowało coraz więcej lekarzy. Władze miejskie mogły w związku z tym zatrudniać lekarzy, którzy w okresie zagrożenia epidemią podejmowali się leczenia ubogich. Ich praca była opłacana z podatków. Kalendarze, pisma ulotne i lekarze upowszechniali wśród ludności informacje o lekach i leczeniu, formułowane w tym samym standardzie humoralnym, odpowiadającym ówczesnemu poziomowi wiedzy medycznej. Aptekarze nie brali bezpośredniego udziału w rozpowszechnianiu tych informacji. Uregulowania prawne dotyczące ich zawodu zabraniały im bowiem samodzielnego leczenia pacjentów. Uniemożliwiały im zarazem produkowanie i sprzedaż leków nie wypisywanych na receptę przez lekarzy, którą to praktykę ówczesne władze państwowe i miejskie uznały za potencjalnie groźną dla zdrowia publicznego. Aptekarze wytwarzając leki musieli się opierać na dispensatoriach i farmakopeach, w których zawarte były

---

<sup>44</sup> Por. J. Gilewska-Dubis, *Życie codzienne mieszczan wrocławskich w dobie średniowiecza*, Wrocław 2000; eadem, *Warunki zdrowotne, choroby i medycyna w średniowiecznym Wrocławiu*, „Medycyna Nowożytna” 2002, t. 9, z. 1–2, s. 111–145.

wykazy surowców i leków dopuszczonych do obrotu aptecznego<sup>45</sup>. Nie wolno im było sprzedawać innych leków, nie ujętych w tych wykazach. Aptekarze angażowali się często w omawianym okresie, wspólnie z lekarzami, w walkę z przejawami różnego rodzaju nadużyć terapeutycznych, polegających na produkowaniu i sprzedaży pacjentom „bardzo skutecznych leków na wszystkie choroby” przez osoby nie mające formalnego wykształcenia aptekarskiego. Produkty te oferowano m.in. na targach. Próbowali je czasem wprowadzać do sprzedaży także aptekarze legalnie prowadzący apteki, wytwarzający np. leki nawiązujące do standardu arabskiej alchemii. Większość aptekarzy odnosiła się do tych praktyk bardzo krytycznie<sup>46</sup>, podobnie jak do alchemii<sup>47</sup>.

Zakresu upowszechniania informacji o lekach i leczeniu wśród europejskich pacjentów, od XIII do połowy XVIII w., nie można jednak uznać za zadowalający i efektywny. Informacje te były dostępne przede wszystkim dla zamożniejszej ludności zachodnioeuropejskich miast, a na wsi dla arystokracji (zatrudniającej własnych lekarzy domowych) i szlachty (korzystającej z usług lekarzy miejskich). Uboższa ludność miejska korzystała z tej informacji jedynie okazjonalnie, podobnie jak z profesjonalnego leczenia. Poza obszarem wpływów standardu ówczesnej oficjalnej medycyny pozostawała niemal cała ludność wiejska w państwach Europy Zachodniej, a także zdecydowana większość ludności Europy Środkowej i Wschodniej (Polska, Litwa, Rosja) i Południowej (Bałkany, znajdujące się wówczas pod władzą polityczną Turcji). Sytuacja ta powodowała, że na mapie Europy między XIII a połową XVIII w. znajdowały się „wyspy”, w których poziom zabezpieczeń zdrowotnych był wyższy od przeciętnego na danym terenie. Wyspami tymi były miasta, w których istniały Komisje Zdrowia, działali lekarze urzędowi, istniały gabinety prywatnych lekarzy, szpitale (w tym szpitale zakaźne dla trędowatych lub chorych wenerycznie) oraz domy opieki dla osób starych pozbawionych rodziny. W wielu miastach działały także szkoły średnie (gimnazja i licea) i uniwersytety, z których większość posiadała w swojej strukturze wydziały lekarskie. Środowisko lekarzy, profesorów uniwersyteckich, nauczycieli szkół średnich oraz licznych studentów przyczyniało się do popularyzowania wśród mieszkańców miast ówczes-

---

<sup>45</sup> Por. A. Syroka, *Dispensatorium Valeriusa Cordusa i jego rola w kształtowaniu nowożytnej farmacji europejskiej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka, K. Sudół (red.), *Lek roślinny – historia i współczesność*. Lek roślinny, t. 1, Wrocław 2012, s. 21–32.

<sup>46</sup> Por. A. Syroka, *Regulacje prawne dotyczące produkcji i dystrybucji leków w XVI i XVII wieku na Śląsku*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka, K. Sudół (red.), *Leki roślinne w terapii od czasów starożytnych po współczesne. Zagadnienia teoretyczne i praktyczne*. Lek roślinny, t. 2, Wrocław 2013, s. 81–93.

<sup>47</sup> Por. A. Syroka, *Głód wiedzy a głód bogactwa na podstawie rozprawy Disputatio de Metallorum Transformatione Johanna Gotarda Drechslera*, [w:] K. Leńska-Bąk, M. Sztandara (red.), *Głód: skojarzenia, metafory, refleksje*. Stromata Anthropologica, t. 9, Opole 2014, s. 179–187.

snego standardu medycyny akademickiej. W XVII w. zaczęły się tworzyć prywatne towarzystwa naukowe, modne stały się prywatne badania w dziedzinie medycyny, fizyki i chemii, w których obok lekarzy uczestniczyli członkowie miejskich elit oraz szlachecy i arystokratyczni sponsorzy-amatorzy (także legitymujący się wyższym wykształceniem). W ten sposób zaczęły się kształtować podstawy świadomości społecznej w dziedzinie zdrowia, której standard podlegał w coraz większym stopniu medykacji. Ludzie postrzegający problemy zdrowia i choroby w tego rodzaju perspektywie coraz wyraźniej zdawali sobie sprawę z tego, że bez upowszechnienia w całym społeczeństwie za pośrednictwem edukacji zdrowotnej i innych metod podstaw standardu ówczesnej medycyny akademickiej rozwiązanie tych problemów nie będzie możliwe. Jeżeli większość społeczeństwa nie będzie bowiem postrzegała potencjalnych zagrożeń zdrowia publicznego we właściwy sposób, nie będzie na te zagrożenia reagowała. Problemy zdrowotne populacji w związku z tym nie tylko nie znikną, ale wręcz się poszerzą i utrwala.

Punktem zwrotnym dla stworzenia w Europie Zachodniej nowego modelu polityki informacyjnej, w którym treści dotyczące leków i leczenia miały być upowszechniane wśród wszystkich mieszkańców państwa w takim samym standardzie, było XVIII stulecie. Ciągłość historyczna państw, istniejących w tym samym miejscu na europejskim kontynencie (pomimo zmiany ich granic i przechodzenia niektórych obszarów pod inną władzę) powodowała, że w pełni zdawano sobie sprawę ze spustoszeń, jakie przyniosła Europie epidemia dżumy z lat 1346–1349, w wyniku której wymarła prawie połowa ludności tego kontynentu<sup>48</sup>. Potrafiąco rozpoznać objawy tej choroby oraz stwierdzić, że pojawiała się ponownie także w następnych stuleciach. Gdy w XVII w., w którym tylko 3 lata upłynęły w Europie w warunkach pokoju, dżuma zaczęła powracać coraz częściej, a na wielu obszarach spowodowane przez nią straty zaczęły sięgać 30% ludności, elity naukowe zdały sobie sprawę, że konieczne jest wprowadzenie zasadniczych reform społecznych, uwzględniających przesłanki medyczne jako swoją podstawę. Reformy te miały się opierać na nowo sformułowanym standardzie wiedzy medycznej, który zaczęto opracowywać od początku XVIII w. aby usunąć z niego poglądy naukowo nieuzasadnione. Miało to umożliwić wzrost skuteczności leczenia; zarówno tzw. chorób zwykłych, jak i epidemicznych. By było to możliwe, konieczne było zaangażowanie państwa. Już nie tylko – jak w XVII w. w postaci udziału wojska w tworzeniu kordonów sanitarnych wokół obszarów występowania epidemii, których nikt nie mógł opuścić, lecz także w postaci planowanych z wyprzedzeniem działań, prowadzących do upowszechnienia wdrażanych w europejskich miastach od XIII w. rozwiązań organizacyjnych na całym terytorium kraju.

---

<sup>48</sup> Por. D. Herlichy, *The Black Death and the Transformation of the West*, Berlin 1998; F. Snowden, *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*, Yale 2019.

## Europejski standard medycyny akademickiej XVIII–XX w. jako podstawa zmian modelu medycyny publicznej oraz informowania o lekach i chorobach

Głównym problemem nurtującym władze państw europejskich w. XVIII stulecia była kwestia epidemii<sup>49</sup>. Od czasów starożytnych znacznie się zwiększył zakres posiadanej przez lekarzy wiedzy dotyczącej patologii i fizjologii, wykazano także, że wiedza starożytnych i średniowiecznych lekarzy zawiera liczne błędy. Państwa postanowiły więc wesprzeć działania lekarzy, zmierzające do stworzenia nowej klasyfikacji chorób, uwzględniającej aktualny stan wiedzy medycznej. Podjęto pierwsze próby tworzenia map występowania chorób na terytorium poszczególnych państw, aby ustalić, z jakich kierunków przychodzą epidemie i jak się dalej rozpowszechniają. Stworzono nową naukę, tzw. topografię medyczną<sup>50</sup>, nanoszącą te ustalenia na mapy miast, powiatów i całych prowincji. Stało się wówczas jasne, że choroby epidemiczne mogą się rozprzestrzeniać nie tylko przez powietrze (jak sądzili starożytni), ale w dużej mierze także przez kontakt. Chorowali mężczyźni kontaktujący się z zakażonymi prostytutkami (tak rozpowszechniała się kiła)<sup>51</sup>, lekarze i duchowni opiekujący się chorymi na inne choroby zakaźne, żołnierze i członkowie taborów wojskowych przemieszczający się wspólnie określonymi trasami, mieszkańcy miast i wsi położonych wzdłuż tych tras (chorowali często na tyfus). Zwykle chorowali również członkowie rodzin osób zakażonych. W miastach za siedlisko zarazy uznano biedne dzielnice, a wśród grup ludności: wędrownych handlarzy, grajków, żebraków i prostytutki. Władze państwowe zamawiały u lekarzy ekspertyzy, mające na celu wydzielenie schorzeń o podobnych objawach i określenie ich przyczyn. Badania zmierzające do stworzenia nowego, opartego na faktach standardu medycyny, zostały zainicjowane na Uniwersytecie w Padwie, jeszcze w XVI w.<sup>52</sup> Były kontynuowane w XVII w. na wielu europejskich uniwer-

---

<sup>49</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Zagrożenie chorobami zakaźnymi o charakterze masowym i jego uwarunkowania społeczno-ekonomiczne jako podstawa działań władz państw europejskich w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego*, [w:] Z. Galor, S. Kalinowski, U. Kozłowska (red.), *Marginalizacja a rozwój społeczny – między teraźniejszością i przyszłością*, Bielefeld 2017, s. 181–200. Por. też: F.F. Cartwright, M. Bidis, *Niewidoczny wróg. Zarazy i ich historia*, tłum. M. Wyrwas-Wiśniewska, Warszawa 2005.

<sup>50</sup> Por. J. Brügelmann, *Der Blick des Arztes auf die Krankheit im Alltag 1779–1850. Medizinische Topographie als Quelle für die Sozialgeschichte des Gesundheitswesens*, Berlin 1982.

<sup>51</sup> Por. C. Quétel, *Niemoc z Neapolu czyli historia syfilisu*, tłum. Z. Podgórska-Klawe, Wrocław 1991.

<sup>52</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Wpływ szkoły padewskiej na ukształtowanie się modelu nowożytnej medycyny*, [w:] M. Goliński, S. Rosik (red.), *Viae historicae. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Lechowi A. Tyszkiewiczowi*, Wrocław 2001, s. 466–469.

sytetach, ale bez rezultatów, na których przyjęcie uzyskano by powszechną zgodę<sup>53</sup>. W XVIII w. kontynuowano je na uniwersytetach w Lejdzie, Wiedniu, Edynburgu i Paryżu<sup>54</sup>. W rezultacie toczonych od ok. 1750 r. sporów wypracowano w 2 połowie XVIII w. nowy standard medycyny akademickiej, zwany klinicznym, który został zaakceptowany w kolejnych krajach europejskich. Standard ten opierał się na metodologii będącej prekursorem współczesnego standardu Evidence Based Medicine. Profesjonalizacja standardu klinicznego<sup>55</sup> skłoniła władze państwowe do podniesienia rangi dwóch zawodów medycznych, wykonywanych dotąd na zasadach rzemiosła: chirurgii i aptekarstwa. Pod koniec XVIII w. na europejskich uniwersytetach zaczęto tworzyć osobne katedry chirurgii i farmacji, na których studenci uzyskiwali podstawy wiedzy z obu tych dziedzin. Na przełomie XVIII i XIX w. stali się oni kadrą naukowo-dydaktyczną nowo zakładanych na uniwersytetach przy wydziałach lekarskich oddziałów farmacji i chirurgii, samodzielnych akademii medyko-chirurgicznych i innych szkół wyższych lub półwyższych o profilu medycznym. W ten sposób aptekarze i chirurdzy uzyskali w początkach XIX w. ten sam status zawodowy, który od XIII w. przysługiwał lekarzom: mogli (choć w XIX w. nie wszyscy jeszcze musieli) uzyskiwać wyższe wykształcenie uniwersyteckie, zakończone tytułem magistra lub doktoratem. Umożliwiało to tworzenie wysoko wykształconej, profesjonalnej kadry wykonującej zawody związane z leczeniem, której członkom nadano z czasem uprawnienia do informowania pacjentów o lekach i leczeniu. Już w XIX w. uprawnienia te otrzymali chirurdzy, a w XX w. farmaceuci. Zakres udzielanych przez nich informacji, jak również ich cel, miał jednak na stałe pozostać bardziej ograniczony, aniżeli przyznany lekarzom i chirurgom. Szersza niż wcześniej popularyzacja informacji o lekach i leczeniu miała sprzyjać upowszechnianiu w społeczeństwie prozdrowotnego stylu życia opartego na samokontroli<sup>56</sup>.

Od początku XIX w. do 1883 r., to jest do wprowadzenia w Niemczech pierwszego w świecie modelu medycyny publicznej opartego na zasadach ubezpieczeniowych, finansowanego ze składek pracowników, pracodawców i budżetu

---

<sup>53</sup> Por. A. Funkenstein, *Theology and the Scientific Imagination from Middle Ages to the Seventeenth Century*, Princeton 1986; N.M. Wildiers, *Obraz świata a teologia: od średniowiecza do dzisiaj*, tłum. J. Doktor, Warszawa 1985, s. 5–89; L.S. King (red.), *The Road to medical Enlightenment 1650–1695*, London br.

<sup>54</sup> Por. Ch. Probst, *Der Weg des ärztlichen Erkennens am Krankenbett. Herman Boerhaave und die altere Wiener Medizinische Schule (1701–1787)*, Wiesbaden 1973; J. Helm, R. Wilson (red.), *Medical Theory and Therapeutic Practice in the Eighteenth Century. A Transatlantic Perspective*, Stuttgart 2008.

<sup>55</sup> Por. C. Huerkamp, *Von gelehrten Stand zum professionellen Experten: Untersuchung zur Sozialgeschichte der Ärzte in Preussen im. 19. und 20. Jahrhundert*, Bielefeld 1984.

<sup>56</sup> Por. G. Voruba, *Prevention durch Selbstkontrolle*, [w:] M. Wambach (red.), *Der Mensch als Risiko*, Frankfurt am Main 1983, s. 29–51.



państwa<sup>57</sup>, upowszechnianie informacji o lekach i chorobach miało charakter prywatny, zarówno wtedy, gdy były one przekazywane w sposób bezpośredni pacjentowi przez lekarza, jak i wtedy, gdy były upowszechniane za pośrednictwem publikacji. Indywidualny nabywca musiał te publikacje kupić, a następnie wdrożyć w życie prozdrowotne treści, z którymi się zapoznał. Oparta na takiej zasadzie profilaktyka okazała się jednak niedostatecznie skuteczna. W tych krajach Europy, w których większość populacji potrafiła już czytać, poradniki zawierające informacje o lekach i chorobach stały się w XIX w. „przebojem czytelniczym”. Przyczyniły się do upowszechnienia modelu racjonalnej profilaktyki<sup>58</sup>, opartej na higienie i samokontroli. Poza tym obiegiem pozostawali nadal ludzie ubodzy, których nie było stać na zakup takich poradników lub którzy ze względu na deficyty edukacyjne nie byli w stanie zrozumieć ich treści. W tej sytuacji władze wszystkich państw europejskich zdecydowały się w XIX w. na przeprowadzenie szerokiej akcji edukacyjnej na zasadach przymusowych. Odbywała się wśród żołnierzy powołanych do służby wojskowej, a jej wykonawcami byli lekarze wojskowi. Akcja ta nie przyniosła jednak oczekiwanych rezultatów. Niski poziom intelektualny poborowych utrudniał zrozumienie przekazywanych im treści, które były przez nich przyswajane w sposób niezgodny z intencjami autorów programów edukacyjnych<sup>59</sup>. Przekazywanie

---

<sup>57</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Wpływ czynników społeczno-politycznych na kształtowanie się systemu medycyny publicznej w Prusach i zjednoczonych Niemczech do 1914 roku*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena w XIX wieku: wokół przełomu bakteriologicznego*, Bydgoszcz 2016, s. 279–315. Por. też: B. Płonka-Syroka, *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Leczyć, uzdrawiać, pomagać...*, s. 161–178.

<sup>58</sup> Koncepcja profilaktyki zrodziła się w końcu XVIII w. W XIX w. była popularyzowana w licznych książkach i broszurach pisanych przez lekarzy w aktualnym w tym czasie standardzie klinicznym. Por.: B. Płonka-Syroka, *System policji lekarskiej Johanna Petera Franka jako przykład realizacji oświeceniowej idei prawa do zdrowia*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud: higiena nowożytna (XV–XVIII w.)*, Bydgoszcz 2015, s. 307–328. Por. też: B. Płonka-Syroka, *Christoph Wilhelm Hufeland jako pionier profilaktyki medycznej i medycyny społecznej w niemieckiej myśli medycznej przełomu XVIII i XIX w.*, [w:] W. Wójcik, P. Dancak, A. Wąsiński (red.), *U podstaw filozofii wychowania i teorii pracy socjalnej*. t. 1, *Idea opieki a zasada równości i wolności*, Bielsko-Biała 2012, s. 59–83; B. Płonka-Syroka, *Johann Peter Frank i Christoph Wilhelm Hufeland jako pionierzy profilaktyki medycznej z XVIII i XIX wieku*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2018, t. 63, nr 4, s. 47–70.

<sup>59</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Popularyzacja oświaty zdrowotnej za pośrednictwem medycyny wojskowej w XIX stuleciu i jej paradoksalna recepcja w polskiej kulturze ludowej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Produkty pochodzenia roślinnego w lecznictwie, dietetyce, kosmetyce, ekonomice i kulturze popularnej*. Lek roślinny, t. 4, Wrocław 2015, s. 85–106. Takie same problemy ze zrozumieniem i przyswojeniem popularyzowanych wśród poborowych treści występowały także 100 lat później, w Polsce międzywojennej. Wielu poborowych było analfabetami, a niektórzy z trudem rozumieli słowo pisane. Popularyzowanie wśród poborowych

informacji w ten sposób okazało się także nieskuteczne dlatego, że w większości domów praktyką samolecniczą zajmowały się kobiety. W ubogich środowiskach społecznych większość z nich nie potrafiła czytać i pisać, a ich świadomość zdrowotna kształtowała się w sposób zmityzowany, na wsi często oparty jeszcze na magii leczniczej. Z powodu analfabetyzmu lub niskiego poziomu edukacji ogólnej kobiety nie były w stanie przyswoić wiedzy o lekach i chorobach przekazywanej w standardzie klinicznym, a wiele z nich nie było gotowych wprowadzić poznane treści w życie. Nawet gdy potrafiły przeczytać popularyzujące standard kliniczny broszury lub ulotki, nie rozumiały ich treści, nie mogły więc ich zaakceptować. Postulaty „oświecenia kobiet” w kwestiach związanych ze zdrowiem, leczeniem domowym, zapobieganiem chorobom domowników i fizjologią i patologią funkcji prokreacyjnych wysuwało w XIX w. wielu lekarzy<sup>60</sup>. Poznanie i zrozumienie przez kobiety tych kwestii przyczyniło by się w istotny sposób do poprawy stanu zdrowia populacji, uświadamiając im, że dzięki przestrzeganiu reżimu sanitarnego w życiu codziennym (zarówno w zakresie higieny osobistej, jak i higieny odżywiania) wielu chorobom można skutecznie zapobiegać. Aż do lat 50. XIX w. edukacja zdrowotna kobiet ze wszystkich warstw społecznych, także tych zamożnych, była bardzo mało zaawansowana.

Powyżej opisana sytuacja stała się w opiniach lekarzy dramatyczna, gdy dokonane w latach 50. XIX w. odkrycia Ludwika Pasteura doprowadziły do odkrycia roli patogenów w etiopatogenezie chorób zakaźnych. W XIX w. choroby te były podstawową przyczyną śmierci w Europie, jednak większość mieszkańców tego kontynentu, także tych lepiej wykształconych, nie zdawała sobie sprawy z istoty tego zagrożenia. Badania nad patogenami prowadzone w latach 60. XIX w. we Francji (Ludwik Pasteur i jego współpracownicy<sup>61</sup>) i w latach 70. XIX w. w Niemczech

---

przez lekarzy wojskowych informacji o lekach i leczeniu dawało słabe rezultaty, nie byli bowiem w stanie ich przyswoić ze zrozumieniem. Skuteczna profilaktyka epidemiczna jest możliwa tylko wtedy, gdy jej odbiorcy są w stanie ją zrozumieć. Efektywność profilaktyki zależy więc nie tylko od nakładów na upowszechnianie informacji o lekach i leczeniu, lecz także od stworzenia systemu powszechnej edukacji całego społeczeństwa. W II RP system ten dopiero się tworzył. Por. B. Płonka-Syroka, *Popularyzacja wiedzy medycznej w świetle czasopisma „Lekarz Wojskowy” (1920–1939)*, „Medycyna Nowożytna” 2019, t. 25, nr 2, s. 69–102; eadem, *Organizacja systemu medycyny publicznej w Polsce od 1918 r. ze szczególnym uwzględnieniem Śląska*, [w:] M. Mięka, B. Płonka-Syroka, S. Jandziś (red.), *Medycyna i rehabilitacja w Polsce w latach 1918–2018. Cz. 1. Z historii medycyny i rehabilitacji w Polsce w latach 1918–2018*, Opole 2019, s. 25–54.

<sup>60</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Spoleczno-kulturowe uwarunkowania kontroli płodności kobiet w kulturze europejskiej jako kontekst badań nad historią antykoncepcji*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Szlagowska, J. Stacherzak-Raczkowska, A. Patyk, *Zjawisko antykoncepcji w perspektywie społecznej i historycznej*, Wrocław 2012, s. 25–74.

<sup>61</sup> Por. B. Latour, *The Pasteurization of France*, Cambridge 1993.

(Robert Koch i jego współpracownicy) wykazały jednak w sposób jednoznaczny, że mikroby są odpowiedzialne za powstawanie chorób zakaźnych. Bez upowszechnienia tej wiedzy w społeczeństwie niemożliwe było opanowanie zagrożenia epidemicznego. Nie było także dłużej możliwe zapewnianie dostępu do profesjonalnej opieki medycznej tylko członkom elity społecznej. Jak wykazała już w 1830 r. epidemia cholery, nie dało się skutecznie chronić członków elity społecznej, bez zapewnienia choćby podstawowej ochrony także członkom warstw plebejskich<sup>62</sup>. Gdy po 1850 r. uświadomiono sobie mikrobiologiczne przyczyny epidemii, stało się to impulsem do podjęcia przez władze państw europejskich centralnie zaplanowanych działań profilaktycznych, umożliwiających ochronę całej populacji<sup>63</sup>.

Wyżej przedstawione czynniki stały się podstawą stworzenia w Niemczech pierwszego w świecie systemu medycyny publicznej, obejmującego całe terytorium tego państwa i wszystkich jego obywateli<sup>64</sup>. Oparto ten system na standardzie bakteriologii. Podstawą wszystkich organizowanych i finansowanych przez państwo działań ochronnych, profilaktycznych i leczniczych miało być dokładne określenie zagrożenia, przeciw któremu ten system miał być skierowany. Za zagrożenie uznano patogeny. Ponieważ wykazano statystycznie i potwierdzono eksperymentalnie, że przyczyniają się one do występowania epidemii zaczynających się w ubogich warstwach społecznych, których członkowie ze względu na niski poziom dochodów i niewielki zakres wiedzy nie mogą sami podjąć skutecznych środków ochronnych, uznano, że środki te powinno zaplanować i zapewnić państwo, a wszystkich obywali zobowiązać do ich zastosowania. System medycyny publicznej stworzony w Niemczech został dostosowany do modelu społeczeństwa opartego na wiedzy. Wprowadzony przez państwo obowiązek ukończenia szkoły elementarnej doprowadził już w 1 poł. XIX w. do likwidacji analfabetyzmu. W 2 poł. XIX w. młodzieży z ubogich rodzin zaproponowano szeroką ofertę szkół zawodowych. W latach 80. XIX w. podniesiono pensje robotnikom, aby zwiększyć ich siłę nabywczą i doprowadzić do likwidacji głodu. Wprowadzono system medycyny szkolnej, w którym prowadzono systematyczne badania lekarskie młodzieży, pozwalające ustalić osoby chore na gruźlicę, krzywicę i in. choroby i odpowiednio wcześniej skierować je na leczenie. Higienistki szkolne regularnie sprawdzały czystość ciała dzieci, a w razie wykrycia wszawicy, świerzbu i in. chorób skóry kierowały dziecko do lekarza.

<sup>62</sup> Por. O. Briese, *Angst in den Zeiten der Cholera. Über kulturelle Ursprünge des Bakteriums (Seuchen-Cordon I)*, Berlin 2003; B. Dietke, *Die Asiatische Hydra. Die Cholera von 1830/31 in Berlin und den preussischen Provinzen Posen, Preussen und Schlesien*, Berlin 1995.

<sup>63</sup> Por. A. Kuźmińska, *Koncepcja profilaktyki chorób zakaźnych i jej realizacja do końca XIX w.*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura...*, s. 269–286.

<sup>64</sup> Por. O. Pflanze, *Bismarck and the Development of Germany*, Princeton 1990. Por. też: A. Kuźmińska, *Walka z epidemiami chorób zakaźnych w Europie w XIX w. ze szczególnym uwzględnieniem gruźlicy*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura...*, s. 287–314.

Higienistki popularyzowały także zasady prawidłowego odżywiania. Wprowadzono i egzekwowano realizację przez wszystkich obywateli państwa przymusowych szczepień ochronnych przeciw ospie. Wprowadzono przymusowe badania przesiewowe robotników w kierunku gruźlicy, a prostytutek w kierunku chorób wenerycznych. Leczenie wykrytych przypadków gruźlicy i chorób wenerycznych było obowiązkowe i finansowane przez państwo. Aby robotnicy nie ukrywali objawów choroby, wprowadzono zasiłki chorobowe i zwolnienia lekarskie, a dla osób uchylających się od leczenia – zakaz pracy. Fabrykantów zobowiązano do stworzenia w fabrykach łaźni dla pracowników, majstrów – do nadzorowania by pracownicy codziennie z nich korzystali. Towarzyszyła temu masowa kampania profilaktyczna, na koszt państwa drukowano książki i ulotki popularyzujące wiedzę o chorobach zakaźnych. Organizowano też kursy sanitarne zapoznające z aktualnym standardem bakteriologii – obowiązkowe dla lekarzy i aptekarzy i fakultatywne dla zwykłych słuchaczy. Wielką nowością były kursy sanitarno-higieniczne dla kobiet, w tym dotyczące opieki nad dziećmi. Na przełomie XIX i XX w. wybudowano w Niemczech setki nowych szpitali powszechnych, w których leczenie było dostępne za darmo. Otwarto też instytucje pogotowia ratunkowego i przychodnie przyszpitalne.

W 1907 r. dokonano ewaluacji skutków działania tak opisanego systemu. Okazało się, że dzięki niemu radykalnie zmniejszono zapadalność na gruźlicę (była najniższa w Europie). Została podwojona przeciętna długość życia – z 35 lat w połowie XIX do ponad 60 lat w początkach XX w. Spadła śmiertelność okołoporodowa kobiet i dzieci, którą obecnie liczą już nie w procentach, ale w promilach, dzięki zlikwidowaniu infekcji okołoporodowych określanych mianem gorączki połogowej. Zostały także wyeliminowane masowe przypadki cholery, która po raz ostatni wystąpiła w Hamburgu w latach 90. XIX w. Sukces systemu okazał się wymierny, pomimo zastrzeżeń jego krytyków, iż był to system bardzo kosztochłonny. Ponośzone przez państwo koszty zostały jednak zakwalifikowane do obszaru polityki ochrony zasobów ludzkich, którą uznano za uzasadnioną ze względu na wspólny interes społeczny. W XX w. we wszystkich krajach europejskich wprowadzano wzorowany na niemieckim model interwencjonizmu państwowego na rynku usług zdrowotnych. Skutkiem jego funkcjonowania w praktyce jest osiągnięcie przez europejską populację najlepszych parametrów zdrowotnych w porównaniu do populacji innych kontynentów.

W jaki sposób i kiedy do tego modelu włączono farmaceutów? Możemy wyróżnić pewne etapy tego procesu, zarówno o charakterze medycznym, jak i społecznym. Zaczniemy od tych drugich. Jak już wyżej wspomniałam, w większości europejskich rodzin (a przede wszystkim w rodzinach ubogich) leczeniem domowym na poziomie elementarnym zajmowały się kobiety. Aby upowszechnić w społeczeństwie standard bakteriologii, należało dotrzeć przede wszystkim do nich. Ważnym kanałem

przekazywania informacji dotyczących leków i leczenia stały się w 2 połowie XIX w. profesjonalne pielęgniarki<sup>65</sup>. Wywodziły się ze wszystkich warstw społecznych, w tym także elitarnych. Wiele z nich było bardzo dobrze wykształconych na poziomie uniwersyteckim, mimo że zdobyły tę wiedzę na zasadach samokształcenia lub na pensji. Rozumiały one zarówno sam standard bakteriologii, jak i konieczność jego upowszechnienia w społeczeństwie, w tym wśród innych kobiet. W 2 poł. XIX w. skala potrzeb społecznych związana z zapewnieniem szerokim kręgom ludności dostępu do profesjonalnej opieki i informacji przyczyniła się do otwarcia formalnej ścieżki edukacyjnej dla kobiet, które mogły uzyskać wykształcenie w tym zawodzie. Tworzono przede wszystkim szkoły średnie o ogólnym profilu pielęgniarstwie, budując przyszłą kadrę higienistek szkolnych czy pracownic ośrodków zdrowia, nie tylko szpitali. Pielęgniarkom przyznano, tak jak lekarzom, prawo do informowania pacjentów o lekach i chorobach, mimo że nie miały prawa do leczenia.

Drugim kanałem edukacyjnym, za pośrednictwem którego można było upowszechnić podstawowe informacje o lekach i chorobach, okazały się nauczycielki. I w tym wypadku środowisko nauczycielek było bardzo zróżnicowane pod względem pochodzenia. Obok panien pochodzenia szlacheckiego, czy wywodzących się z bogatego mieszczaństwa, znajdowało się w nim wiele dziewcząt z dość ubogich rodzin. Wszystkie wiązały jednak ze swoją pracą nadzieję na emancypację, samodzielność materialną i poprawę swojej pozycji społecznej. W 2 poł. XIX w. zaczęło się kształcenie kobiet w seminariach nauczycielskich, które przybrało z czasem charakter masowy. Kobiety zaczęły stanowić z czasem poważną część personelu szkół elementarnych, kształcących dzieci na poziomie nauczania początkowego. Mogły więc w duchu prozdrowotnym kształtować świadomość dzieci. Nauczycielkom przyznano prawo do informowania uczniów o podstawach higieny, jednak ówczesne standardy obyczajowe utrudniały im (lub uniemożliwiały) przekazywanie szerszych informacji dotyczących cielesności. Wiele nauczycielek angażowało się za to w popularyzowanie wiedzy medycznej za pośrednictwem prasy oraz książek, których były autorkami.

Trzecim kanałem edukacyjnym w zakresie kierowanym do kobiet miały okazać się farmaceutki<sup>66</sup>. Rozwój tej grupy zawodowej pod względem liczbowym nie był jednak tak szybki i znaczący, jak pielęgniarek i nauczycielek. Prawo samodzielnego wykonywania zawodu farmaceuty można było bowiem uzyskać tylko po ukończeniu wyższych studiów farmaceutycznych, a aby je podjąć trzeba było wcześniej zdać maturę. W większości krajów europejskich uzyskanie formalnego

---

<sup>65</sup> Por. B. Urbanek, *Idea opieki nad chorym na ziemiach polskich w latach 1809–1914*, Wrocław 2001.

<sup>66</sup> Por. B. Urbanek (red.), *Zawód farmaceuty na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Zawody medyczne na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, Warszawa – Katowice 2006.

wykształcenia średniego zakończonego maturą prawie do końca XIX w. było dla kobiet zakazane. Kobiety pragnące wstąpić na studia farmaceutyczne musiały zdać maturę eksternistyczną lub uzyskiwać ją tam, gdzie to było możliwe (w Niemczech, Francji, Szwajcarii). Prawo wstępu na studia farmaceutyczne także było dla kobiet ograniczone. Ta ścieżka edukacyjna otworzyła się nieco szerzej dla kobiet dopiero po I wojnie światowej. Przetarły ją pielęgniarki, których kompetencji nikt już nie mógł podważyć po doświadczeniach profesjonalnej współpracy z nimi wojennych szpitalach wojskowych. Dopiero jednak po II wojnie światowej nastąpiła feminizacja zawodu farmaceuty. Było to związane z jednej strony ze wzrostem ambicji zawodowych i edukacyjnych kobiet, a z drugiej z bardzo dużymi stratami wśród mężczyzn w wieku lat 20–30. Wydziały farmaceutyczne w Europie szeroko otwarto w związku z tym dla kobiet w tym wieku, zdolnych sprostać wymaganiom trudnego programu studiów. I wiele z nich im sprostało.

Po II wojnie światowej, w związku ze zmianą zakresu leków sprzedawanych w aptekach, z których większość już była produkowana fabrycznie, pojawiła się konieczność informowania klientów przez pracowników aptek o właściwościach tych produktów. Wiele z tych leków sprzedawano już bez recepty, podobnie jak produktów służących do pielęgnacji ciała i utrzymywania higieny osobistej. Prawo to mieli aptekarze obu płci, ale pacjentki po raz pierwszy w historii miały możliwość zwrócenia się zapytaniem dotyczącym leków na schorzenia kobiece do innej kobiety – aptekarki. Tworzyło to korzystne możliwości upowszechnienia w leczeniu domowym popularnych schorzeń leków produkowanych w standardzie klinicznym, jak również stopniowego zarzucania tradycyjnych domowych środków leczniczych, których skuteczność okazywała się niższa niż leków aptecznych. Kobieta uzyskująca podstawowe informacje dotyczące zdrowia i choroby w szkole (od nauczycielki i pielęgniarki), a leków i leczenia od lekarki (w XX w. rozpoczęło się bowiem także na masową skalę kształcenie kobiet na wydziałach lekarskich) i aptekarki, uznawała go za naturalny i oczywisty. Przekazywanie treści medycznych w tym samym standardzie przez wszystkie oficjalne kanały ich przekazu doprowadziło w 2 połowie XX w. do medykalizacji świadomości zdrowotnej większości mieszkańców Europy. Ułatwiło to w znaczący sposób przeprowadzenie skutecznej walki z epidemiami chorób o etiologii bakteryjnej, które w latach 1945–1975 w znaczącym stopniu udało się opanować nie tylko dzięki zastosowaniu skutecznych leków, lecz także dzięki wdrożeniu reżimu higienicznego i masowych badań przesiewowych jako metod profilaktyki zakażeń<sup>67</sup>. Rozumiejąc celowość tych działań, ludzie podporządkowywali się konieczności ich podejmowania.

---

<sup>67</sup> Por. G. Gościński, E. Lonc, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, *Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania*, [w:] G. Bugla-Płoskońska,

Ostatnim etapem tego procesu stało się zapewnienie farmaceutom zatrudnionym w aptekach prawa do opieki farmaceutycznej, szerokiego zakresu doradztwa dotyczącego leków bez recepty, a w Europie Zachodniej także samodzielnego prowadzenia w aptekach wybranych badań diagnostycznych. W XXI w. prawa pacjenta do uzyskiwania informacji na temat leku i leczenia zostały także oddzielone od samego aktu terapii. Mieszkańcy Europy mają do dyspozycji, zgodnie z modelem społeczeństwa opartego na wiedzy, tysiące publikacji o tematyce zdrowotnej. Dostępne są liczne kursy z zakresu promocji zdrowia, organizowane przez towarzystwa lekarskie i stowarzyszenia pacjentów. Na przełomie XX i XXI w. problemem stało się jednak upowszechnianie wiedzy medycznej przez Internet. Wielokrotnie przekazywane tam treści są niezgodne ze standardem klinicznym lub z nim jawnie sprzeczne i otwarcie głoszące jego krytykę. Problemom z tym związanym poświęć więcej miejsca w następnych rozdziałach tej książki.

## Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych wyżej analiz można sformułować kilka wniosków ogólnych dotyczących transferu wiedzy o lekach i leczeniu.

1. W społeczeństwach i państwach, w których zasady ustrojowe są oparte na podziale na warstwy, do których przynależność uzyskuje się wraz z urodzeniem, dostęp do wiedzy o lekach i leczeniu, uznawanej w danej epoce za prawdziwą przez specjalistów, uzyskuje jedynie niewielki odsetek populacji ludzi – wolnych, o wysokim statusie materialnym. Elita społeczna jest najlepiej chroniona w populacji, a w jej leczeniu stosowane są wszystkie znane ówczesnie i dostępne na danym terytorium środki. Pozostałe warstwy społeczne złożone z ludzi wolnych uzyskują dostęp do wiedzy medycznej opartej na faktach jedynie w stopniu ograniczonym. Także realna ochrona zdrowia członków tych warstw jest więc ograniczona w stosunku do standardu, który jest dostępny w tym samym czasie członkom społecznej elity. Całkowicie są pozbawieni natomiast możliwości ochrony zdrowia istniejący w strukturze społecznej niewolnicy. Nie mają dostępu ani do wiedzy dotyczącej chorób i leków, ani nie mogą podjąć leczenia. Jediną dostępną formą realizacji ich potrzeb zdrowotnych jest samolecznictwo.
2. Przez większość historii ludzkości, na skutek braku rozpoznania czynników stanowiących zagrożenie dla trwania i rozwoju populacji – tj. patogenów powodujących choroby zakaźne – przedstawione powyżej zróżnicowanie w dostępie

do świadczeń medycznych, jak również do opartej na faktach wiedzy dotyczącej leków i leczenia, nie budziło obaw członków warstw uprzywilejowanych. Nie czuli się bowiem osobiście zagrożeni skutkami rozwarstwienia społecznego, do których należy m.in. wzrost zagrożenia epidemicznego ze strony ludzi ubogich i o ograniczonych prawach osobistych (w tym niewolników). Dopóki epidemie chorób zakaźnych (powstające w siedliskach ludzkich o wysokiej gęstości zaludnienia, które zamieszkuje populacja nie zachowująca zasad higieny osobistej i nie mająca możliwości ich zachowywania z braku dostępu do czystej wody, braku systemu usuwania odpadków, odżywiająca się w sposób niedostateczny z powodu niskich dochodów itp.) nie były łączone przyczynowo z patogenami rozprzestrzeniającymi się w takich siedliskach, nie podejmowano żadnych działań, aby to zagrożenie zmniejszyć, albo je wyeliminować.

3. Punktem granicznym jest w tym zakresie epidemia dżumy z lat 1346–1349, która uświadomiła europejskim elitom miejskim konieczność podjęcia działań ochronnych, które obejmą nie tylko jej członków, lecz także szersze kręgi miejskiej ludności. W planowanie i realizację tych działań zostali zaangażowani lekarze i aptekarze, których specjalistyczna wiedza została wykorzystana. Pełna ochrona zdrowia realizowana w standardzie medycyny opartym na faktach, zgodnie z zasadami ówczesnej wiedzy naukowej, nadal dotyczyła jednak tylko wybranych. Zakres ochrony zdrowia był jednak w europejskich miastach średniowiecznych i nowożytnych znacznie szerszy niż w starożytności, obejmował bowiem także członków miejskich warstw o średnim poziomie dochodów, a częściowo także członków warstw plebejskich.
4. Profesjonalna pomoc lekarska i dostęp do wiedzy medycznej opartej na faktach, zgodnej z ówczesnym standardem naukowym, aż do 2 połowy XVIII w. nie była dostępna dla ludności wiejskiej, co powodowało utrzymywanie się zagrożenia epidemicznego w Europie.
5. W latach 50. XVIII w. lekarze rozpoczęli proces tworzenia nowego standardu akademickiej medycyny, opartego na nowożytnej koncepcji patologii, na podstawie której można byłoby stworzyć nową klasyfikację chorób. Uzyskali znaczące wsparcie od władz niektórych państw (Austria, Prusy, Francja), które postanowiły przeznaczyć znaczne środki na stworzenie efektywnej ochrony populacji przed chorobami. Nastąpił skokowy wzrost naboru na studia medyczne, utworzono też wyższe studia farmaceutyczne, zaczęto tworzyć sieć szpitali powiatowych itp. Aż do 1883 r., tj. do wprowadzenia w Niemczech systemu medycyny publicznej rozszerzającego uprawnienia do uzyskania pomocy lekarskiej na członków warstwy pracującej, praktyczna dostępność świadczeń medycznych i informacji o lekach i leczeniu była jednak nadal ograniczona do zamożnych warstw społecznych. Dopiero po 1883 r. nastąpiło wprowadzenie



w życie egalitarnego modelu dostępu do świadczeń leczniczych, które miały być uzyskiwane przez wszystkich obywateli państwa w tym samym standardzie klinicznym, niezależnie od wysokości osiągniętych przez nich dochodów z pracy i innych posiadanych zasobów.

6. Upowszechnienie systemu świadczeń medycznych opartego na podstawach egalitarnych było możliwe tylko w wyniku ingerencji państwa na rynku usług leczniczych. System okazał się skuteczny i zapewniający bezpieczeństwo zdrowotne populacji.
7. Skuteczność systemu opiera się na powszechnym dostępie do wiedzy medycznej opartej na faktach, która nie jest reglamentowana, a dostęp do niej jest zapewniony również obywatelom o niskich dochodach.
8. Lekarze i farmaceuci uczestniczą w Europie w systemie medycyny publicznej i publicznej opieki farmaceutycznej, są zobowiązani do realizacji świadczeń w aktualnym standardzie klinicznym. W tym samym standardzie mają też obowiązek upowszechniania wiedzy dotyczącej leków i leczenia.
9. Spójność przekazu dotyczącego treści medycznych, który dociera do członków danej populacji, jest warunkiem skutecznego realizowania wśród jej członków działań profilaktycznych i leczniczych. Rozumieją bowiem sens ich wprowadzenia i uznają je za celowe, ich świadomość zdrowotna została bowiem ukształtowana wg zmedykalizowanych kategorii, które nie są kwestionowane publicznie.
10. Z tego powodu popularyzowanie przez lekarzy i farmaceutów, jako przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, informacji o lekach i leczeniu niezgodnych ze współczesnym standardem klinicznym należy uznać za sprzeczne z zasadami etyki zawodowej. Popularyzowanie koncepcji paranaukowych wśród pacjentów, jak również przekazywanie im informacji niepełnych lub kłamliwych, narusza bowiem prawa pacjenta do rzetelnej informacji opartej na faktach. Uzyskanie rzetelnej informacji wpływa na wyrażenie przez pacjenta zgody na leczenie, a jej brak albo uzyskanie informacji fałszywej może znacznie ograniczyć szanse chorego na podjęcie skutecznych działań umożliwiających mu powrót do zdrowia.
11. Udzielanie przez lekarzy i farmaceutów fałszywych, nie opartych na faktach informacji dotyczących chorób i leków pozostaje w sprzeczności z podstawowymi zasadami etyki lekarskiej i farmaceutycznej: *primum nocere* (przede wszystkim nie szkodzić) i *salus aegroti suprema lex esto* (dobro pacjenta niech będzie najwyższym prawem).

## Rozdział 3

# **Standard Evidence Based Medicine – podstawą wykonywania zawodu przez absolwenta Wydziału Farmaceutycznego i jego uzasadnienie etyczne**

### **Wprowadzenie**

Podstawa programowa, na której oparte jest w Europie kształcenie studentów farmacji, kładzie nacisk na jej zgodność z aktualnym stanem wiedzy w zakresie takich nauk, jak fizyka, chemia, biologia i medycyna oraz zgodność z uznawaną aktualnie za racjonalną metodologią badań naukowych. Żadne z treści nie spełniające tych wymogów nie mogą być studentom przez wykładowców przedstawiane jako naukowe i mogące być w podstawą praktyki zawodowej wykonywanej przez absolwentów farmacji w aptece lub w innych placówkach związanych z produkcją i obrotem lekami. W programie studiów farmaceutycznych powinien znajdować się zakres wiedzy, która ma charakter spójny pod względem teoretycznym i metodologicznym, jest oparta na faktach i poparta licznymi badaniami doświadczalnymi. Uzyskawszy wykształcenie w przedstawionym tu standardzie, farmaceuta może z pełną świadomością złożyć przysięgę zawodową, zawierającą zobowiązanie merytoryczne i etyczne wykonywania pracy zawodowej zgodnie z aktualnym standardem wiedzy naukowej. Jest to wymóg obligatoryjny, od którego nic nie może farmaceuta zwolnić.

Za spójność programu studiów farmaceutycznych z obowiązującym aktualnie stanem wiedzy naukowej odpowiadają Wydziałowe Komisje Programowe. Implantują one dyrektywy dotyczące programu przedmiotów obowiązkowych, które powinny być zrealizowane w planie studiów farmaceutycznych obowiązującym w Polsce. Plan ten jest dostosowany do programu studiów farmaceutycznych w Europie – co umożliwi polskim absolwentom wykonywanie zawodu farmaceuty we wszystkich krajach Unii Europejskiej, w których ten program obowiązuje. Wydziałowe Komisje Programowe opiniują także zgłaszane przez poszczególne zakłady i katedry programy przedmiotów fakultatywnych i zatwierdzają do realizacji wyłącznie te, których treści programowe są zgodne z aktualnym standardem wiedzy naukowej. Absolwent uczelni medycznej w Polsce, zarówno studiujący na wydziałach farmaceutycznych, jak i na lekarskich czy lekarsko-stomatologicznych,

musi kończąc te studia mieć absolutną pewność, co powinien uznawać za zgodne z aktualnym standardem wiedzy naukowej, a co nie, a ponadto powinien rozumieć, dlaczego. Powinien umieć rozróżnić standard naukowy od paranaukowego, a także odróżniać uzasadnioną krytykę standardu naukowego, obowiązującego w danym momencie i dozwolone w nauce formy jej wyrażenia, od nieuprawnionych.

Krytyka wypełniająca definicję krytyki naukowej musi mieć charakter profesjonalny. Musi być wyrażana przez profesjonalistów, legitymujących się odpowiednim dla danej dziedziny nauki specjalistycznym wykształceniem, i być adresowana do profesjonalistów, wykonujących swój zawód właśnie w obrębie tej dziedziny. Zasada ta chroni przed wyrażaniem krytycznych opinii dotyczących dyscypliny, w której osoba wyrażająca krytykę jest laikiem (nawet pomimo posiadania tytułu naukowego w innej dziedzinie lub dyscyplinie nauki). Nie dysponując dostatecznym zasobem wiedzy i nie orientując się dostatecznie w obowiązującej w danej dyscyplinie metodologii, krytyk nie legitymujący się profesjonalnym statusem może negatywnie oceniać koncepcje, które przez specjalistów z tej dyscypliny będą uznawane za naukowo prawomocne, dobrze oparte na faktach, które zostały właściwie zinterpretowane. Może natomiast promować koncepcje paranaukowe lub nie mające uzasadnienia w granicach dyscypliny, w której nie jest specjalistą, czyniąc to zarówno w dobrej wierze, jak i z motywów ekonomicznych lub innych. Przykładem może być promowanie przez laureata Nagrody Nobla Linusa Paulinga profilaktyki i terapii nowotworów za pomocą stosowania bardzo dużych dawek witaminy C. Osobisty autorytet Paulinga jako noblisty przyczynił się do spopularyzowania wśród laików jego krytycznych opinii dotyczących metod leczenia nowotworów zalecanych w medycynie klinicznej, i postulatu zastąpienia tych metod prostym, tanim, powszechnie dostępnym i rzekomo niezwykle skutecznym środkiem – witaminą C, podawaną w bardzo dużych dawkach. Utytułowany, ale niekompetentny w dziedzinie medycyny i farmacji autor przypisał popularnej witaminie właściwości, których ta obiektywnie nie posiada. Nie zostały one nigdzie potwierdzone w badaniach prowadzonych zgodnie z zasadami obowiązującej w nauce współczesnej metodologii.

Drugą obowiązującą w nauce współczesnej zasadą, określającą standard krytyki naukowej jest norma, zgodnie z którą poglądy krytyczne wobec uznawanych w nauce za obowiązujące powinny być wyrażane publicznie, w przewidzianych do tego formach. Powinny być adresowane przez specjalistów do specjalistów, którzy będą w stanie w pełni je zrozumieć: na zjazdach naukowych i w artykułach publikowanych w recenzowanych czasopismach specjalistycznych. Opinie krytyczne wobec elementów standardu uznawanego w nauce współczesnej za obowiązujący mogą być również przedstawiane w formie tak zwanych metaanaliz, to jest analiz dużych baz danych, z możliwie jak najdłuższego okresu. W wyniku metaanaliz może wyjść na jaw, że oczekiwania związane z danym lekiem czy daną metodą

terapii okazały się nadmierne lub nieuzasadnione. Stwarza to podstawę do stwierdzenia, iż ten lek czy metoda nie są doskonałe i należy podjąć dalsze badania nad poprawą skuteczności leczenia w danym obszarze. Krytyka naukowa uznana za uprawnioną może być również przedstawiona w formie projektów badań, mających na celu ponowną weryfikację pewnych elementów obowiązującego standardu wiedzy, których przeprowadzenie jest uzasadnione dokonaniem nowych odkryć lub wprowadzeniem nowego, doskonalszego sprzętu, co pozwala spojrzeć na badany problem w nowy, szerszy sposób i dostrzec pewne fakty, przyczyny i związki, które nie mogły być wcześniej dostrzeżone przez uczonych. Z tak zdefiniowanych metod krytyki naukowej mogą zrodzić się z czasem nie tylko nowe naukowe hipotezy, lecz także konkluzywne wnioski dotyczące tego, w jaki sposób można – lepiej niż dotąd było to możliwe – rozwiązać dany problem medyczny. Gdy wnioski te zostają przedstawione specjalistom, mogą oni ocenić ich wagę, powtarzając doświadczenia i stosując inne, profesjonalne metody oceny. Ostatecznie może to doprowadzić do wyeliminowania z medycyny i farmacji dotąd obowiązującej teorii, doktryny terapeutycznej, czy pewnej szczegółowej interpretacji, dotyczącej np. danego leku – zmiany standardu jego stosowania, albo rezygnacji z dalszego jego wykorzystywania w terapii.

Nie spełniają natomiast reguł krytyki naukowej inne, opisane poniżej praktyki. Nie jest krytyką naukową wyrażanie opinii krytycznych wobec jednego z elementów współczesnego standardu wiedzy medycznej lub farmaceutycznej w prasie popularnej, w Internecie, w mediach społecznościowych i blogach, na spotkaniach towarzyskich, czy posiedzeniach towarzystw skupiających zwolenników różnych odmian paranauki. Nie może zostać uznane za krytykę naukową opublikowanie artykułu naukowego lub cyklu takich artykułów w czasopiśmie zarejestrowanym jako naukowe, których treści nie podlegają normalnej praktyce recenzyjnej, w których mogą być opublikowane każde treści, o ile tylko autor za to zapłaci. Zwykle argumenty krytyczne wobec współczesnego standardu nauki akademickiej lub jego elementów mają w tego typu miejscach charakter uproszczony (aby łatwiej mogły docierać do laików), silnie nacechowany emocjonalnie (by łatwiej skupić potencjalnych zwolenników krytycznych wobec nauki współczesnej poglądów wokół obrony zagrożonego dobra, prawdy czy wartości, którym krytykowana koncepcja ma w jakiś sposób zagrażać), silnie spersonalizowany (krytyce podlegają nie tylko, lub nie głównie, poglądy, lecz także głoszące je osoby). Krytyka standardu nauki współczesnej opiera się często na wierze w istnienie sił lub bytów, których istnienia nie da się stwierdzić metodami naukowymi, a także skutków oddziaływania tych bytów, których nauka również nie może potwierdzić za pomocą właściwej dla siebie metodologii. Elementem narracji jest także w tym modelu krytyki motyw spisku, któremu trzeba się przeciwstawić, ujawniając jego

istnienie, motywy działań oraz skutki. Uczestnikami spisku mogą być np. firmy farmaceutyczne i korporacje lekarskie. Te pierwsze – produkując drogie, skuteczne, ale niedostępne dla wszystkich leki lub leki drogie i nieskuteczne, ale przedstawiając na rzecz ich skuteczności fałszywe dane. Udział lekarzy w spisku firm farmaceutycznych ma polegać m.in. na tym, że popularyzują wśród pacjentów nowe i drogie leki, a zatajają istnienie starych i tanich, o takim samym zakresie działania. Lekarze mają też ukrywać przed pacjentami istnienie groźnych skutków ubocznych zalecanych przez siebie leków, czerpiąc z tego wielkie korzyści materialne od firm farmaceutycznych. I lekarze, i farmaceuci są także oskarżani przez paranaukowych krytyków o świadome działanie na szkodę pacjentów, polegające na blokowaniu informacji o wielkiej skuteczności prostych i naturalnych środków terapeutycznych, których masowe zastosowanie miałyby doprowadzić do poprawy stanu zdrowia wielu członków populacji, a tym samym pozbawić lekarzy i farmaceutów większej części osiągniętych przez nich dochodów.

Zebrane tu argumenty krytyki pseudonaukowej współczesna socjologia i antropologia medycyny zalicza do tzw. „legend miejskich”, to jest przekonań różniących się od charakterystycznej dla społeczeństwa przedindustrialnego świadomości zdrowotnej w typie „medycyny ludowej”. Paranaukowe i paramedyczne „legendy miejskie”, oparte na krytyce współczesnego standardu naukowego w medycynie i farmacji, tworzone są bowiem przede wszystkim w miastach i są adresowane w większości do miejskiej publiczności.

Absolwent studiów farmaceutycznych powinien umieć odróżnić od siebie dwie przedstawione powyżej formy krytyki standardu nauki współczesnej, naukową i paranaukową (pseudonaukową). W trakcie tych studiów powinien zapoznać się ze współczesnym standardem naukowym, nie tylko tym upowszechnianym w podręcznikach (który jest w znacznym stopniu ustabilizowany, aprobowany przez wszystkich lub większość specjalistów w danej dziedzinie), lecz także ze standardem upowszechnianym w recenzowanych czasopismach naukowych (w których ten standard podlega dyskusjom i krytyce; możliwe jest dzięki temu obserwowanie in statu nascendi procesu kształtowania się najnowszego standardu nauki w takim kształcie, który do podręczników akademickich trafi dopiero za jakiś czas). Dzięki temu absolwent farmacji powinien wyrobić sobie krytyczne nastawienie do wszelkich form poglądów paranaukowych i pseudonaukowych. Zgodnie z posiadaną profesjonalną wiedzą nie jest bowiem możliwe, by mógł zgodzić się z przedstawianymi w publikacjach paranaukowych argumentami i uznać je za racjonalne. Są to bowiem koncepcje nie oparte na faktach empirycznych, ale na spekulacjach lub hipotezach nie znajdujących dostatecznego uzasadnienia lub całkowicie takiego uzasadnienia pozbawionych. Z tego punktu widzenia absolwent farmacji powinien dokonywać oceny wszystkich koncepcji niezgodnych z aktualnym standar-

dem klinicznym, zarówno w swojej praktyce (np. przy produkcji leków), jak i we wszystkich kontaktach z laikami (zarówno pacjentami, jak i słuchaczami audycji o tematyce farmaceutycznej, w mediach popularnych, w Internecie i in.).

Absolwent studiów farmaceutycznych powinien przyjmować treści przedstawiane mu w trakcie studiów farmaceutycznych opierając się na dobrej wierze, że treści te są odpowiednio przygotowane przez wykładowców, którzy opierają się na przedstawionym powyżej standardzie współczesnej nauki, zarówno pod względem faktograficznym, jak i teoretycznym i metodologicznym. Wykładowcy uniwersyteccy wykonują wprawdzie swój zawód jako zawód wolny i cieszą się wolnością prowadzenia badań naukowych, nie jest to jednak wolność bezwarunkowa. Na straży dobrej praktyki wykładowców akademickich oraz przestrzegania przez nich zasad etyki zawodowej stoją różne instytucje, od wydziałowych komisji programowych (zatwierdzających programy nauczania), przez uczelniane komisje bioetyczne (zatwierdzające – lub odmawiające zatwierdzenia – projekty badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi), po senackie komisje etyczne (nadzorujące wykonywanie zawodu przez pracowników naukowych w sposób zgodny z regulami ustanowionymi przez Komisję Etyki przy Polskiej Akademii Nauk, która jest wobec nich organem nadrzędnym i odwoławczym). Wolność prowadzenia badań naukowych, których wyniki udostępniane są studentom w procesie dydaktycznym, nie oznacza więc całkowitej dowolności. Oznacza wolność samodzielnego określenia tematyki badawczej i prowadzenia badań w interesującym danego uczonego zakresie, wolność uczestniczenia w konkursach umożliwiających zdobycie środków na sfinansowanie tych badań, wolność ubiegania się o uzyskanie zgody Komisji Bioetycznych na ich przeprowadzenie, a także wolność publikowania wyników badań pod własnym nazwiskiem (z zastrzeżeniem praw majątkowych uczelni do ich rezultatów, co jest uregulowane odpowiednimi rozporządzeniami).

Wolność badań naukowych wyklucza zarazem podejmowanie pewnych działań, które są oceniane nie tylko jako moralnie naganne (a więc naruszające zasady etyki zawodowej), lecz także jako przestępstwa naruszające normy obowiązującego prawa. Do działań tych należą przede wszystkim wszelkie formy naruszania cudzej własności intelektualnej, zarówno indywidualnej (przypisywanie sobie osiągnięć innego badacza, nieuprawnione korzystanie z wyników osiągniętych wcześniej lub równoległe przez inną osobę, fałszowanie cudzych, wcześniejszych wyników badań w ten sposób, by potwierdzić wnioski wyprowadzane z badań własnych itp.), jak i zbiorowej (nieuprawnione korzystanie z odkryć i wynalazków chronionych ochroną patentową, posługiwanie się we własnym zespole badawczym wynikami osiągniętymi w zespole konkurencyjnym, przedstawianie jako rezultaty badań własnych rezultatów badań prowadzonych zbiorowo, których autor był tylko jednym z uczestników itp.). Zakazane są więc wszystkie możliwe formy plagiatu,

umożliwiający dokonującemu oszustwa naukowego autorowi uzyskanie pewnych korzyści osobistych (np. uzyskanie stopnia naukowego, prestiżu w środowisku naukowym, uznania zawodowego, będącego podstawą nominacji na stanowisko kierownicze i in.) lub majątkowych (wynikających np. z uzyskania nagrody za projekt naukowy, różnych form wynagrodzenia związanych z opatentowaniem nie swojego wynalazku, leku lub metody, zysku związanego z wydaniem książki, i in.).

Kadra naukowo-dydaktyczna, kształcąca studentów uczelni medycznych, jest także zobowiązana do nieustannego samokształcenia, aby wypełnić normę etyki zawodowej narzucającą obowiązek przekazywania w procesie dydaktycznym aktualnego standardu wiedzy naukowej. Nie może to być przez całe 30–50 lat praktyki zawodowej nauczyciela akademickiego ten sam standard, w trakcie tego okresu mógł on bowiem ulec (i na ogół uległ) dość znaczącym zmianom. W naukach medycznych są szczegółowo określone obowiązujące w danym czasie lekarzy standardy diagnostyki i terapii. Standardy te są nieustannie weryfikowane przez specjalistów, którzy z czasem doprowadzają do ich modyfikacji. Pomimo pojawienia się krytycznych uwag specjalistów względem elementów aktualnie obowiązującego standardu, do czasu ustania jego obowiązywania lekarze są zobowiązani do stosowania go w praktyce. Jest to bowiem w danym momencie najlepszy, dostępny w praktyce klinicznej standard, zapewniający pacjentom, którzy są według niego leczeni, optymalny poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Może być zmieniony na inny dopiero wtedy, gdy zostanie opracowany standard bardziej odpowiadający potrzebom zdrowotnym pacjentów, zostanie on dobrze potwierdzony w badaniach doświadczalnych na wszystkich wymaganych w nauce współczesnej poziomach i zostanie zatwierdzony do realizacji. We wszystkich krajach europejskich, w tym w Polsce, na straży przestrzegania dobrych praktyk stoją specjaliści w danej dyscyplinie: regionalni i krajowi. Do ich zadań należy nadzór nad wykonywaniem praktyki lekarskiej w tej dyscyplinie, przyjmowanie uwag lekarzy dotyczących obowiązującego standardu, oraz pytań dotyczących jego stosowania.

Nad praktyką lekarską, wykonywaną w ramach wolnego zawodu, istnieje więc nadzór zewnętrzny, sprawowany przez uprawnione do tego osoby i instytucje. Wykonując praktykę lekarską każdy lekarz ma prawo do autonomii w procesie stawiania diagnozy i prowadzenia terapii, zakłada się, że będzie to czynił według swojej najlepszej wiedzy i umiejętności. W razie niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych dla pacjenta, a nawet jego śmierci, powstałej po interwencji lekarskiej, wdraża się zawsze postępowanie wyjaśniające. Uprawnione do tego osoby (ordynator, kierownik szpitala, specjalista regionalny, specjalista krajowy, członkowie Komisji Etycznej przy regionalnej Izbie Lekarskiej, członkowie Komisji Bioetycznej, Rzecznik Praw Pacjenta, a ostatecznie prokurator i sąd powszechny) – w zależności od rodzaju sprawy – orzekają, czy skutki te powstały z winy lekarza, czy nie.

Za winnego lekarz zostaje uznany wtedy, kiedy w procesie diagnostyki i terapii nie przestrzegał obowiązujących w danym kraju w czasie powstania danego zdarzenia medycznego specjalistycznych procedur, nie wykorzystał wszystkich dostępnych mu metod diagnostycznych (nie odpowiada za nie skorzystanie z metod niedostępnych dla niego i dla pacjenta, w danym miejscu i czasie), nie zalecił stosowania dostępnych w Polsce leków, nie zachował należytej staranności w kontakcie z pacjentem (diagnozował „rutynowo”, nie zlecając badań laboratoryjnych, RTG itp.), nie otoczył pacjenta odpowiednią do rodzaju schorzenia opieką po wykonaniu zabiegu.

Lekarz, którego profesjonalne działanie okazało się dla pacjenta niepomysłne w skutkach, nie będzie odpowiadał jednak karnie, gdy prowadząc diagnostykę i terapię działał zgodnie z obowiązującymi procedurami i zachowując się wobec pacjenta z należyłą starannością (wykonując zabiegi np. ratujące życie bez zbędnej zwłoki, przeprowadzając diagnostykę laboratoryjną w momencie ujawnienia się objawów choroby, z którymi pacjent zgłasza się do lekarza, a nie dopiero wtedy, gdy stan chorego znacząco się pogorszył itp.). Zakłada się bowiem prawo lekarza do błędu w sztuce. Korzystając z aktualnego stanu wiedzy naukowej, pragnąc działać na rzecz dobra pacjenta, postępując zgodnie z obowiązującymi procedurami i zachowując wobec tegoż pacjenta należyłą staranność, lekarz pomimo to może postawić błędną diagnozę. Wynika to z niedoskonałości ludzkiej wiedzy, którą uznaje się za nieuchronną. Nawet starannie i prawidłowo postępujący lekarz może się pomylić i nie zostanie za to ukarany. Sprawy tej nie rozstrzyga jednak wyłącznie w swoim sumieniu, ale musi ją zgłosić do oceny niezależnych specjalistów. Gdy uznają, że negatywne skutki zdrowotne dla pacjenta nie były wynikiem świadomego działania lekarza na szkodę pacjenta (np. działania dopuszczającego wystąpienie u pacjenta negatywnych dla jego zdrowia i życia skutków, zaniedbania innych reguł dobrej praktyki), to lekarz zostanie uwolniony od kary. Opisana tu procedura działa na rzecz dobra i w interesie innych pacjentów, leczonych z powodu tych samych objawów. Pozwala bowiem ocenić specjalistom, gdzie mógł zostać popełniony błąd, którego lekarz zgodnie z posiadanym przez siebie stanem wiedzy nie mógł w danym przypadku przewidzieć. Rozważenie tego problemu przez specjalistów, możliwe po otwartym przyznaniu się lekarza do błędu, którego rezultatem były negatywne skutki zdrowotne dla pacjenta, pozwoli w przyszłości wypracować doskonalsze standardy postępowania i procedury, które będą musiały być przez lekarzy przestrzegane wobec innych pacjentów, cierpiących na schorzenia o zbliżonym obrazie klinicznym.

Wykonujący wolny zawód lekarz nie ma prawa do wprowadzania do swojej praktyki dowolnych zmian w standardach diagnostyki i terapii, obowiązujących w danym kraju. Nie ma prawa do dowolności wynikających np. z większej sympatii do jednych pacjentów, a osobistej niechęci do drugich, z czym może się wiązać



np. wybór mniej lub bardziej uciążliwej dla pacjenta metody leczenia. Musi wybrać i zaproponować choremu, na podstawie dostępnej sobie wiedzy, taką metodę leczenia, którą uzna dla pacjenta za najbardziej korzystną. Zasady dobrej praktyki zalecają lekarzowi podjęcie przynajmniej jednej próby przekonania pacjenta do zaakceptowania zaproponowanej przez niego metody. Próba ta powinna być podjęta ponownie, gdy w grę wchodzi nie tylko zdrowie, lecz także życie pacjenta. Dotyczy to np. okaleczających operacji chirurgicznych, mogących zahamować rozwój choroby nowotworowej i uratować pacjentowi życie, albo uciążliwych czy też bolesnych metod terapii, pozwalających osiągnąć optymalny w danym stanie wiedzy medycznej skutek terapeutyczny dla pacjenta. Lekarz powinien odnotować w dokumentacji pacjenta, że podjął próbę lub próby uzyskania zgody na prowadzenie terapii wg zaproponowanego pacjentowi najlepszego standardu. Jeżeli takiej zgody nie uzyska, powinien odnotować tego przyczynę. Zdarza się także, że lekarz proponuje pacjentowi dwie lub trzy możliwe do zastosowania metody terapii, zgodne z aktualnym standardem klinicznym. Czyni to w takim wypadku, gdy możliwe do osiągnięcia efekty leczenia są porównywalne, jednak zastosowanie każdej z metod wiąże się z innymi skutkami dla pacjenta. Pacjent musi być świadomy skutków leczenia za pomocą każdej z zaproponowanych przez lekarza metod i wyrazić zgodę na zastosowanie jednej z nich. Podstawą świadomej decyzji pacjenta są udzielone przez lekarza informacje. Muszą być one prawdziwe, a sposób ich podania dostosowany do możliwości ich zrozumienia przez pacjenta.

Uzasadnieniem przedstawionych powyżej rozwiązań jest zestaw praw podstawowych przysługujący wszystkim obywatelom Unii Europejskiej, wśród których znajduje się prawo do zdrowia i uzyskania świadczeń leczniczych w standardzie Evidence Based Medicine. Każdy obywatel jednego z krajów UE, w tym Polski, na prawo do pełnej informacji dotyczącej stanu swojego zdrowia, którą powinien uzyskać od lekarza. Ma prawo do zachowania wiadomości dotyczącej stanu zdrowia w tajemnicy i ujawnienia jej tylko osobom przez siebie upoważnionym. Ma prawo do ochrony przed udzielaniem mu informacji nie opartych na faktach, które mogłyby w znaczący sposób wpłynąć na jego decyzje dotyczące praktycznego postępowania w chorobie. Uzyskawszy bowiem od lekarza informacje niepełne lub nadmiernie optymistyczne, a także z uwzględnieniem elementów paranaukowych, może zaniechać podjęcia bolesnej czy nadmiernie ryzykownej (w swoim mniemaniu) terapii, z nadzieją zwracając się ku medycynie alternatywnej, stosując jogę, czy „cudowną” dietę. Dlatego we współczesnym stanie prawnym lekarz ma obowiązek udzielania pacjentowi informacji dotyczących jego zdrowia i życia wyłącznie w standardzie klinicznym, ma zakaz łudzenia pacjenta możliwością wyleczenia za pomocą niestandardowych metod – ludowych, wywodzących się z innych kultur albo opartych na standardzie alternatywnym. W ustawodawstwie

europęjskim zakłada się bowiem, że najlepszy dostępny obecnie pacjentom zakres pomocy lekarskiej jest oparty na podstawach klinicznych, które są oparte na dobrze uzasadnionych doświadczeniach i ich właściwej interpretacji.

We wszystkich krajach europejskich należących do Unii Europejskiej, w tym w Polsce, pacjenci powinni być leczeni według tego samego standardu. W praktyce mogą wystąpić jednak w tym zakresie pewne różnice. Nie wynikają one jednak z przesłanek medycznych, lecz ekonomiczno-społecznych. W zależności od stanu zamożności danego kraju i wysokości środków na opiekę medyczną, które są przekazywane z budżetu państwa na pokrycie kosztów związanych z jej funkcjonowaniem, zakres dostępnych pacjentom bezpłatnie lub za niewielką dopłatą świadczeń leczniczych jest w Europie zróżnicowany. W krajach bogatszych, takich jak Niemcy, Francja, Włochy czy Hiszpania, pacjenci mogą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego korzystać ze znacznie szerszego zakresu świadczeń leczniczych, niż w krajach biedniejszych, takich jak Polska, Bułgaria, Litwa czy Rumunia. Jednakże cechą wspólną publicznego systemu świadczeń zdrowotnych w całej Unii Europejskiej jest jego oparcie na standardzie Evidence Based Medicine, nie dopuszczającym wyjątków w zakresie swojego obowiązywania. Wprawdzie w biedniejszych krajach Unii Europejskiej pacjenci nie mogą uzyskać w ramach systemu medycyny publicznej tak szybkiego dostępu do wielu badań podstawowych i muszą dłużej oczekiwać na ich wykonywanie, jednak badania te będą im dostępne po jakimś czasie, gdy przyjdzie na to ich miejsce w kolejce. Tak samo przedstawia się kwestia zróżnicowania dostępu pacjentów z różnych krajów europejskich do najnowszych generacji leków i najszerszego zakresu terapii, znanych współczesnej medycynie klinicznej. Pacjenci z mniej zamożnych krajów Unii mają mniejszy dostęp do najnowszych leków, bowiem te opracowane dawniej i od dawna znajdujące się na rynku są tańsze i dlatego są wprowadzane w większej liczbie na listę leków dopuszczonych do obrotu i listę leków refundowanych. Jednakże ogólny standard udzielanych pacjentom świadczeń terapeutycznych jest taki sam, ponieważ dawniej wyprodukowane leki są dopuszczane do terapii i wpisane do standardów leczenia tylko wtedy, gdy ze względów klinicznych nadal są uznawane za skuteczne. We współczesnym europejskim modelu medycyny publicznej państwo bierze na siebie obowiązek sprawowania nadzoru nad zdrowiem wszystkich obywateli i świadczenia na ich rzecz podstawowego zakresu usług zdrowotnych, wykonywanych w tym samym standardzie<sup>1</sup>. Każdemu choremu należy się w tym samym stopniu profesjonalna pomoc lekarska oraz nadzór nad jakością świadczeń medycznych, które

---

<sup>1</sup> Jednocześnie w Polsce, tak jak w innych krajach europejskich, istnieje system prywatnej służby zdrowia, w której pacjenci mogą otrzymać szeroki zakres usług medycznych, także o ponadstandardowym charakterze, w pełni opłacając sami koszty leczenia. Korzysta z tego systemu do 10% najzamożniejszych obywateli Polski. Istnienie tego systemu nie pogarsza jednak dostępno-

dany pacjent może uzyskać. Dostęp do świadczeń leczniczych jest zróżnicowany ze względu na ogólną wydolność systemu medycyny publicznej w danym kraju (wyznaczaną m.in. przez liczbę lekarzy, liczbę szpitali, liczbę laboratoriów diagnostycznych itp.), a nie na stan zamożności danej osoby chorej. W europejskim systemie medycyny publicznej taki sam zakres diagnostyki i terapii przysługuje wszystkim chorym, niezależnie od poziomu ich dochodów.

System obowiązujący w Europie różni się zasadniczo od rozwiązań dotyczących opieki zdrowotnej występujących na innych kontynentach, w tym także w państwach o wysokim poziomie PKB. Na przykład w takich krajach, jak USA, Brazylia albo Indie leczenie opiera się na modelu liberalnym. Nie występuje tu idea powszechnego prawa do zdrowia, a potrzeby zdrowotne obywateli nie są w większości zaspokajane ze środków budżetowych. System opieki medycznej ma w tych krajach charakter prywatny, dostęp do profesjonalnych świadczeń leczniczych mają wyłącznie osoby posiadające prywatne polisy ubezpieczenia zdrowotnego. Państwo wspiera finansowo tylko wybrane obszary leczenia, przeznaczając na ten cel niewielkie nakłady. Skutkiem tego jest trwale zróżnicowanie dostępu do świadczeń leczniczych możliwych do uzyskania w standardzie klinicznym. Obywatele o różnym poziomie zamożności mogą uzyskać dostęp do różnych typów opieki medycznej. Różni je nie tylko zakres możliwych do uzyskania usług, lecz także standard ich racjonalności. Ludzie zamożni i lepiej wykształceni mogą uzyskać, zgodnie z tym modelem, dostęp do drogiego, specjalistycznego leczenia klinicznego, ponieważ – jak się uważa – wcześniej sami o to zadbali, własną pracowitością osiągnęli wysokie dochody, umożliwiające zaspokojenie szerokiego spektrum różnorodnych potrzeb. Natomiast ubodzy, słabo wykształceni ludzie, wykonujący nisko płatną pracę lub bezrobotni, muszą zadowolić się diagnostyką i terapią kliniczną na najbardziej podstawowym poziomie (tylko taką pomoc lekarską są bowiem w stanie samodzielnie opłacić), korzystać z tanich terapii paramedycznych lub większość swoich problemów zdrowotnych rozwiązywać przez samoleczenie. Uznaje się to za uzasadnione, ponieważ zgodnie z zasadami liberalizmu gospodarczego każdy powinien zaspokajać swoje potrzeby tylko do wysokości posiadanych środków. Jeżeli zebrał ich zbyt mało, aby opłacić specjalistyczne leczenie, to nikt inny (poza chorym i jego rodziną) nie jest zobowiązany do tego, aby za nie zapłacić. Chorzy z tej grupy mają w omawianych tu państwach prawo do podstawowego leczenia szpitalnego tylko w sytuacjach zagrożenia życia. W każdym innym przypadku za leczenie szpitalne muszą płacić, podobnie jak za leki produkowane w standardzie klinicznym. Ponieważ opłacenie tych świadczeń zwykle wykracza

---

ści pozostałych mieszkańców Polski do bezpłatnych świadczeń oferowanych w systemie medycyny publicznej, a nawet ów dostęp polepsza. Przyczynia się bowiem do zmniejszenia kolejek pacjentów oczekujących na świadczenia oferowane bezpłatnie w placówkach publicznych.

poza ich możliwości, przeważnie nie leczą się zgodnie ze standardem klinicznym, ale alternatywnym lub ludowym, jedynymi, które są dla nich dostępne<sup>2</sup>.

W świecie spotykamy też trzeci model rozwiązywania problemów zdrowotnych populacji, występujący w zamożnych państwach o wysokim poziomie PKB. Jest to model azjatycki, typowy dla takich państw, jak np. Chiny, Korea Południowa,

---

<sup>2</sup> W USA aż do 2012 r. nie było rozwiązań ustawowych zapewniających wszystkim obywatelom tego kraju dostęp do świadczeń leczniczych udzielanych w standardzie klinicznym. Obowiązywała zasada prawna, zgodnie z którą pacjent miał pełne prawo do wyboru kierunku leczenia. Wiązało się to z poważnymi konsekwencjami. Jeżeli ubogi lub nieubezpieczony w prywatnym systemie ubezpieczeń zdrowotnych chory (w tej sytuacji znajdowało się ok. 50% mieszkańców USA) decydował się na leczenie w standardzie klinicznym, przyjmował na siebie wszystkie konsekwencje tej decyzji, tj. konieczność bardzo wysokich opłat za leczenie. Jeżeli nie decydował się na takie rozwiązania, miał prawo podjęcia leczenia wg innego niż kliniczny, dowolnego standardu, przeważnie opartego na zasadach paranaukowych. Dopiero w 2012 r. przeprowadzono w USA reformę ubezpieczeń społecznych (tzw. Obamacare), która weszła w życie w 2013 r. Reforma ta zrównała prawa wszystkich pacjentów objętych tym ubezpieczeniem do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w tym samym standardzie klinicznym. Nadal jednak 40% mieszkańców USA nie podlega żadnemu systemowi ubezpieczeń zdrowotnych, a próby zmiany tej sytuacji napotykają sprzeciw zamożnych obywateli tego kraju, którzy nie wyrażają zgody na jego finansowanie z podatków (jak to jest rozwiązane w Europie). System zwany Obamacare nie został wprawdzie zlikwidowany, jednak do 2020 r. nie został rozszerzony i nie objął wszystkich mieszkańców USA.

W Indiach, w których omawiany tu system występuje w czystej postaci, na 70% obszaru kraju nie ma żadnych placówek udzielających świadczeń leczniczych w standardzie klinicznym. Podobny odsetek ludności kraju nie ma żadnego kontaktu ze współczesną medycyną i farmacją, a dalsze kilkanaście procent ma kontakt ograniczony. Korzystają z terapii ludowych lub paramedycznych. Rząd Indii uznaje to za stan normalny. Powołał nawet specjalne Ministerstwo Ayurwedy, Yogi, Naturopatii, Unani, Sidha i Homeopatii, odpowiedzialne za promowanie tych metod leczenia, głównie wśród ubogiej ludności. W tym samym czasie Indie oferują członkom własnej elity społecznej (i ponad pół miliona bogatych obcokrajowców rocznie) wysoko specjalistyczne leczenie kliniczne. Oferta ta zaspokaja potrzeby zdrowotne członków tejże elity, a dodatkowo przynosi Indiom ok. 3 mld dolarów zysku z tzw. turystyki medycznej. Dzienny koszt pobytu w prywatnym specjalistycznym szpitalu w Indiach wynosi 1300 dolarów. Dla porównania rząd Indii wydaje na opiekę medyczną – w przeliczeniu na jednego obywatela tego państwa – kwotę 63 dolarów. Nie zaspokaja to potrzeb zdrowotnych ludności nawet w stopniu podstawowym. Szerzej na ten temat por: P. Wilk, *Nieuleczalna choroba Indii*, „Polityka” 2020, nr 33 (z 12.08.), s. 41–43.

Podobna sytuacja występuje w zakresie dostępu do świadczeń medycznych udzielanych w standardzie klinicznym w Brazylii. Dostęp do tych świadczeń mają wyłącznie zamożni obywatele tego kraju, posiadający prywatne ubezpieczenia zdrowotne. System szpitali klinicznych istnieje wyłącznie w większych miastach. Ludzie ubodzy i nieubezpieczeni mogą z niego korzystać w bardzo ograniczonym stopniu, tylko w przypadkach bezpośredniego zagrożenia życia i tylko w miarę wolnych miejsc. Prawie cała ludność wiejska i większość ubogiej ludności miejskiej pozostaje poza zakresem oddziaływania współczesnej medycyny klinicznej. Nie ma do niej praktycznego dostępu.

Tajwan czy Japonia. Łączy on elementy obu wymienionych wyżej modeli. Z europejskiego czerpie stosunkowo wysoki poziom finansowego zaangażowania państwa w rozwiązywanie problemów medycznych obywateli i udzielanie świadczeń leczniczych w standardzie klinicznym, z liberalnego czerpie natomiast akceptację faktycznego zróżnicowania dostępu do usług leczniczych świadczonych w standardzie klinicznym. Ubodzy mają na co dzień ograniczony dostęp do leczenia klinicznego, korzystając z medycyny ludowej, alternatywnej albo z samolecznictwa. Jednakże w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego, np. z powodu epidemii, państwo posiada zorganizowaną sieć usług medycznych i dostateczną liczbę lekarzy, aby na pewien okres objąć wszystkich obywateli profilaktyką i leczeniem w standardzie klinicznym. Wiąże się to jednak zarazem ze znacznym ograniczeniem praw publicznych obywateli przez wprowadzony na danym obszarze (lub w granicach całego państwa) reżim epidemiczny. Zakres ograniczeń wprowadzanych w trakcie epidemii przez władze jest w modelu azjatyckim znacznie szerszy niż w modelu europejskim, w którym państwo jest stale obecne jako główny podmiot zapewniający zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych obywateli. W modelu azjatyckim państwo wkracza jako podmiot rozwiązujący potrzeby zdrowotne obywateli jedynie okazjonalnie. Zgodnie z zasadą minimalizacji kosztów ingerencja państwa, wprowadzająca okresowo finansowany przez państwo szeroki zakres zabezpieczeń zdrowotnych, powinna być jak najkrótsza, co uzasadnia wdrożenie rygorystycznych zasad reżimu sanitarnego, bez konieczności poszukiwania poparcia dla tych kroków wśród obywateli.

Przedstawione powyżej zróżnicowanie ma korzenie historyczne, a omówienie jego przyczyn wykracza poza granice niniejszego rozdziału. Możemy jednak ocenić ogólną efektywność wyróżnionych wyżej systemów, posługując się kryterium porównawczym, przy uwzględnieniu takich parametrów, jak przeciętna długość życia, śmiertelność okołoporodowa kobiet i dzieci do 1 roku życia, zapadalność na choroby zakaźne i śmiertelność przez nie powodowana itp. W tym ujęciu za najbardziej efektywny pod względem medycznym (mimo że zarazem najbardziej kosztochłonny) możemy uznać model europejski, oparty na państwowych systemach medycyny publicznej, zapewniających w sposób ciągły wszystkim obywatelom danego państwa dostęp do opieki medycznej świadczonej w standardzie klinicznym. W porównaniu do mieszkańców innych kontynentów, europejską populację możemy uznać za statystycznie najzdrowszą, wykazującą najwyższą przeciętną długość życia i najmniej zagrożoną występowaniem chorób zakaźnych uwarunkowanych socjalnie (tj. związanych z biedą, brakiem dostępu do wody pitnej, niedożywieniem i głodem, złymi warunkami mieszkaniowymi, brakiem dostępu do lekarza i leków). Wypracowanie podstaw tego standardu trwało w Europie niemal dwa tysiąclecia, w ostatnich dwóch wiekach został on ostatecznie sformalizowany, a w 2 poł. XX w.

został powszechnie wprowadzony w życie we wszystkich państwach naszego kontynentu (poza Albanią).

Wykonywanie przez polskich farmaceutów świadczeń leczniczych, polegających na wydawaniu leków na receptę wypisanych przez lekarza i sprzedaży leków OTC i innych produktów dostępnych bez recepty, a także udzielanie pacjentom informacji i porad dotyczących leków, powinno się odbywać wg obowiązującego w Polsce i w Europie standardu klinicznego. Jest on bowiem z obiektywnych względów najbardziej efektywny. Etyka zawodowa, oparta zarówno w przypadku lekarzy, jak i farmaceutów, na zasadzie dobro chorego powinno być najwyższym prawem, znajduje właśnie w tym standardzie najlepsze merytoryczne uzasadnienie. I lekarz, i aptekarz, dysponując wysoko specjalistyczną wiedzą naukową i specjalistycznymi umiejętnościami praktycznymi, które nabyli w procesie kształcenia na poziomie studiów wyższych oraz kształcenia ustawicznego, mogą praktykując w standardzie klinicznym uzyskać maksymalny poziom efektów terapeutycznych, co zapewnia im satysfakcję z pracy. Wynika ona ze zbieżności kierunku postępowania łączącego wysoki standard etyczny (działanie na rzecz pacjenta, dbałość o dobro pacjenta) z wysokim standardem profesjonalnym (wykonywanie działań, które można oceniać jako potencjalnie skuteczne).

Przedstawię obecnie ogólną charakterystykę standardu medycyny klinicznej, który ma być podstawą wykonywania przez farmaceutę pracy zawodowej. Następnie przedstawię prawa pacjenta, uprawniające go do uzyskiwania świadczeń leczniczych w standardzie Evidence Based Medicine. W kolejnej części przedstawię oczekiwania polskiego ustawodawcy wobec wykonującego swój zawód farmaceuty. Opierają się one nie tylko na bardzo szerokim zakresie wiedzy, który farmaceuta powinien opanować w trakcie studiów i stale uzupełniać w procesie kształcenia ustawicznego, lecz także na równie szerokim zakresie norm etycznych i moralnych, które farmaceuta powinien zachowywać w swojej pracy. Ustawodawca zakłada jednak, że szeroki zakres oczekiwań wobec osób wykonujących zawód farmaceuty może okazać się – jak każdy ideał – trudny do zrealizowania przez wszystkich absolwentów studiów farmaceutycznych. Dlatego wprowadza odpowiednie regulacje, od upomnienia do zakazu wykonywania zawodu, dla osób, których praktyczne postępowanie w trakcie wykonywania swoich obowiązków zawodowych narusza zasady etyczne i moralne, zasady współżycia społecznego i normy prawne obowiązujące farmaceutów.

## Charakterystyka głównych elementów standardu medycyny klinicznej

Podstawy teoretyczne współczesnego standardu medycyny klinicznej zaczęły budować się od początku XVIII w., a w połowie tego stulecia zostały doprecyzowane pod wpływem filozofii Oświecenia. Ok. 1750 r. na większości wydziałów lekarskich uniwersytetów zachodnioeuropejskich nurt tzw. medycznego Oświecenia (Medical Enlightenment) był już dobrze ukształtowany pod względem teoretycznym i praktycznym (w Polsce proces ten rozpoczął się w 1773 r., wraz z reformami Komisji Edukacji Narodowej). Pojęcie standardu klinicznego wywodzi się od greckiego słowa *kline* – łóżko, i oznaczało, że nauczanie wyszło na wydziałach lekarskich poza sale wykładowe i skoncentrowało się również na salach przeznaczonych dla pacjentów. Byli oni szczegółowo obserwowani przez członków kadry nauczającej, wyniki tych obserwacji były spisywane w historii choroby, a w działaniach tych uczestniczyli także studenci.

Nowy standard europejskiej medycyny akademickiej opierał się na następujących zasadach:

1. Wszystkie koncepcje, które mogą uzyskać status naukowych, muszą zostać sformułowane przez profesjonalistów, którzy potrafią udokumentować posiadanie odpowiednich kwalifikacji. W ten sposób wyraźnie oddzielono lekarzy od zainteresowanych medycyną „amatorów”, wśród których było wielu ludzi wysoko wykształconych, nie dysponujących jednak odpowiednim poziomem wiedzy, aby autorytatywnie wypowiadać się w kwestiach medycznych.
2. Wszystkie koncepcje medyczne, aby zostały uznane za naukowe, muszą opierać się na profesjonalnej metodologii. Zaproponowano wówczas stworzenie tzw. filozofii medycyny, która została wydzielona z obszaru filozofii ogólnej. Filozofia medycyny miała zajmować się przede wszystkim problemami epistemologii, tj. nauki o poznaniu. Miała stworzyć przesłanki, umożliwiające prawidłowe odróżnienie hipotez prawdziwych od błędnych, a także określić, w jaki sposób powinno się takie odróżnienie przeprowadzić. Ostatecznie uznano, że jedyną podstawą weryfikacji hipotez w medycynie może być doświadczenie, a nie aprioryczna spekulacja.
3. Wypracowano model weryfikacji hipotez oparty na następujących etapach:
  - postawienie hipotezy wstępnej, określającej w sposób wyraźny przedmiot i zakres badań, którego ta hipoteza ma dotyczyć
  - przedstawienie dowodów na to, że rzeczywistość, którą opisuje dana hipoteza realnie istnieje (hipotezy, które mogłyby być rozpatrywane jako naukowe musiały odnosić się do faktów, które można było zdefiniować jako obserwowalne, wymierne itp.)

- dokładny opis doświadczeń, mających potwierdzić prawdziwość hipotezy (opis miał pozwolić na powtórzenie doświadczeń przez innych badaczy)
  - przedstawienie konkluzji z badań potwierdzających daną hipotezę (konkluzja ta nie była ostateczna. Uznawano, że wraz z poszerzeniem zakresu ludzkiej wiedzy można powtórnie wracać do wcześniej postawionych hipotez, których nie udało się udowodnić. Może się bowiem okazać, że wraz z wprowadzeniem nowego sprzętu lub zwiększeniem zakresu wiedzy w dziedzinie nauk podstawowych niektóre z hipotez będzie można udowodnić)
  - uznanie, że do weryfikacji (falsyfikacji) hipotez są uprawnione specjalistyczne gremia (wydziały lekarskie uniwersytetów, akademie nauk, towarzystwa naukowe, specjalnie powołane komisje). Uczony zabiegający o uznanie postawionej przez siebie hipotezy za prawdziwą, musi ją publicznie przedstawić specjalistom z danej dziedziny i poddać się ich ocenie. Jeżeli ocena ta wypadnie negatywnie, może próbować ponownie, zwracając się do innego uprawnionego gremium. W przypadku uzyskania negatywnych opinii, musi przyjąć ich skutki, np. zaprzestać publikowania treści hipotezy i przedstawiania argumentów na jej rzecz, zaprzestać wykonywania praktyki lekarskiej zgodnej z hipotezą, która nie przeszła weryfikacji specjalistycznego gremium, pod groźbą utraty prawa wykonywania zawodu.
4. Za nauki podstawowe dla medycyny uznano nauki przyrodnicze: fizykę, biologię i chemię. Wiązało się to z powołaniem na europejskich uniwersytetach wydziałów farmacji, które zastąpiły dawne katedry materii medycznej istniejące na wydziałach lekarskich. Wydziały farmacji, powstałe na przełomie XVIII i XIX w., zatrudniały wysoko wykształconych specjalistów (z początku chemików, a później własnych absolwentów: farmaceutów), ściśle współpracujących z lekarzami w budowaniu standardu medycyny klinicznej i opracowywaniu leków, możliwych do zastosowania w terapii klinicznej. Oparcie procesu weryfikacji hipotez dotyczących terapii na współpracy lekarzy i farmaceutów i na ściślejszej metodologii doprowadziło do wyeliminowania ze standardu terapii klinicznej leków, których skuteczności nie udało się potwierdzić doświadczalnie. Umożliwiło też określenie tzw. oczekiwań terapeutycznych, dostosowanych do modelu choroby, który tworzone na podstawie objawów. Do 1850 r. opracowano precyzyjne reguły oceny skuteczności leków, a także zasady, które umożliwiały eliminowanie fałszywych modeli choroby (o statusie hipotez), które były za pomocą tych leków leczone.
5. W rezultacie stworzono wolne pole badań dla wypracowania w latach 1850–1883 standardu bakteriologii. Poprzedzały go prowadzone w latach 1830–1850 przez lekarzy europejskich badania zmierzające do ponownej weryfikacji koncepcji zakaźnego charakteru chorób, które miałyby rozprzestrzenić się przez



tw. nasiona (semina – starożytna koncepcja rzymskiego uczonego Lukrecjusza Carusa) lub tzw. zarazki (contagia – nowożytna koncepcja włoskiego uczonego Girolamo Fracastoro). Badania te nie zakończyły się wówczas powodzeniem. Dopiero odkrycia francuskiego uczonego Ludwika Pasteura i propozycje metodologiczne francuskiego klinicysty, Claude’a Bernarda umożliwiły przeprowadzenie pomyślniej weryfikacji hipotezy zakaźnego charakteru chorób i opracowanie standardu bakteriologii. Zasługą niemieckiego uczonego Roberta Kocha było opracowanie reguł metodologicznych potwierdzających rzeczywistość zakaźność danego patogenu i możliwość wywołania przez niego choroby o określonych objawach (tzw. triada Kocha).

6. Dokonanie się przełomu w patologii chorób zakaźnych, a następnie rozwój poglądów patologicznych dotyczących innych obszarów medycyny, było możliwe dzięki przyjętej w medycynie klinicznej zasadzie, że wszystkie procesy fizjologiczne i patologiczne będą definiowane w kategoriach naturalistycznych. Oznaczało to wyeliminowanie interpretacji dotyczących genezy tych procesów oraz potencjalnej modyfikacji ich przebiegu odwołujących się do czynników innych, niż tzw. fizykalne (tj. dające się stwierdzić, zbadać i opisać metodami fizyki i innych nauk przyrodniczych). Skutkiem tego założenia było stopniowe eliminowanie ze standardu naukowej medycyny chorób, których realne istnienie nie zostało potwierdzone, i podjęcie poszukiwań umożliwiających stworzenie na podstawie dobrze udokumentowanych objawów klinicznych nowych modeli choroby, właściwie interpretujących te objawy. W ten sposób uległy destrukcji m.in. takie choroby, jak gorączka tropików, histeria, czy blednica. Przypisywane im objawy trafnie połączono w modelach choroby o innej etiologii niż ta, którą wcześniej uważano za racjonalną.
7. Model medycyny klinicznej, stworzony w europejskim środowisku akademickim w połowie XVIII w., opierał się na wnioskowaniu przyczynowym. Każde zjawisko, które udało się zaobserwować, próbowano opisać w sposób naukowy kierując uwagę na poprzedzające wystąpienie tego zjawiska przyczyny. Teza ta zakładała, że nie ma zjawisk patologicznych, którym nie można by przypisać jakiejś przyczyny. Przyczyna ta musiała wystąpić, aby zmienić przebieg zjawiska charakteryzowany jako naturalny, tj. fizjologiczny. Tego rodzaju założenie przyczyniło się do rozwoju zarówno fizjologii, jak i patologii, a następnie nozologii (nauki o klasyfikacjach chorób), diagnostyki i terapii. W latach 1750–1883 sformułowano w europejskiej medycynie klinicznej wiele rywalizujących ze sobą doktryn, z których żadnej udało się jednak uzyskać powszechnego uznania w środowisku akademickim wszystkich krajów. Istniał już jednak wówczas precyzyjny standard naukowy, który umożliwiał weryfikację kolejnych przedstawianych przez uczonych hipotez i ich odrzucanie. Możliwe było również

przedstawienie dokładnych wyjaśnień, dlaczego dana hipoteza została odrzucona. Nie był to proces arbitralny, ale ujęty w ścisłe ramy metodologii.

8. W latach 1883–1914 doszło do powszechnego przyjęcia w europejskim środowisku akademickim standardu bakteriologii. Akceptacja hipotezy bakteriologicznej była oparta na ścisłych regułach metodologicznych, które były jasne i zrozumiałe dla wszystkich profesjonalistów związanych z medycyną, lekarzy, farmaceutów, chemików, biologów itp. Model powszechnej recepcji standardu bakteriologii powtarzał się odtąd przy okazji następnych istotnych zmian w dziedzinie fizjologii, patologii, diagnostyki i terapii. Występowały w nim trzy fazy. W pierwszej twórca hipotezy przedstawiał ją do oceny specjalistycznym gremiom. W drugiej – jeżeli weryfikacja hipotezy wypadła pozytywnie – była szeroko testowana przez specjalistów z wielu krajów. W trzeciej – jeżeli praktyczne efekty zastosowania zweryfikowanej hipotezy okazały się pozytywne, następowało jej szybkie wdrożenie do praktyki. Schemat ten obowiązuje w medycynie klinicznej do chwili obecnej.
9. W związku z tworzeniem w medycynie klinicznej coraz bardziej adekwatnych wobec rzeczywistości modeli choroby możliwe okazało się znaczne zwiększenie skuteczności terapii, a przede wszystkim wypracowanie efektywnych zasad profilaktyki chroniących przed zagrożeniem związanym z występowaniem chorób o znanej lekarzom przyczynie. W ten sposób doszło do w Europie do wyeliminowania masowego zagrożenia związanego z takimi chorobami, jak ospa, cholera, tyfus, gruźlica, kiła i in., przeciw którym wprowadzono efektywne zalecenia profilaktyczne (szczepienia przeciwospowe, zapewnienie dostępu do czystej wody pitnej, poprawa warunków życia i standardu odżywiania – jako metody profilaktyki chorób układu pokarmowego, obowiązkowe badania lekarskie prostytutek i żołnierzy, korzystających z ich usług, obowiązkowe badania pracowników w kierunku gruźlicy itp.), zanim jeszcze opracowano skuteczne metody leczenia niektórych z nich (antybiotyki).
10. Dysponując prawidłowym rozpoznaniem przyczyn najczęściej występujących chorób i tworząc na podstawie objawów klinicznych realistyczny model ich przebiegu, wypracowano standardowe zasady terapii, które powszechnie wprowadzono w dydaktyce na wydziałach lekarskich europejskich uniwersytetów. Do standardowego postępowania lekarza klinicznego zaliczono następujące elementy:
  - szczegółowy wywiad dotyczący objawów klinicznych, umożliwiający przypisanie tych objawów do jednego z modeli choroby, opisanego w obowiązującym standardzie medycyny klinicznej jako realnie istniejąca
  - wywiad środowiskowy, umożliwiający określenie przyczyn wystąpienia choroby (zarażenie, wypadek, czynniki szkodliwe związane z pracą itp.)

i określenie zagrożeń ze strony chorego dla innych osób (bliskich, współpracowników)

- w przypadku chorób zakaźnych – obowiązek raportowania przez lekarza przypadku rozpoznanej choroby zakaźnej do instytucji prowadzących ewidencję zachorowań
- zapewnienie pacjentowi możliwości efektywnego leczenia zgodnie z rozpoznaniem klinicznym
- dostosowanie zapisanych leków nie tylko do modelu choroby, lecz także sytuacji socjalnej i rodzinnej chorego (np. skierowanie do sanatorium lub prewentorium, uświadomienie choremu możliwości uzyskania pomocy socjalnej itp.)
- kontrola przebiegu terapii i ewentualna modyfikacja jej kierunku, gdy leczenie nie okazuje się skuteczne (dodatkowe badania podstawowe, wprowadzenie nowych leków, skierowanie na leczenie szpitalne)
- współpraca z rodziną chorego, w celu stworzenia mu optymalnych warunków powrotu do zdrowia (opieka, zrozumienie, odciążenie od wykonywania obowiązków).

11. Europejski standard kliniczny, oparty na wyżej przedstawionych podstawach, jest standardem aktywnym. Opiera się na zasadzie powszechnego prawa do zdrowia, z którego wynika, że wszyscy profesjonalni pracownicy państwowego systemu medycyny publicznej mają ustawowy obowiązek czynnego pomagania osobie chorej w uzyskaniu optymalnego w danym przypadku stanu organizmu. Lekarz ma obowiązek, po nawiązaniu z nim kontaktu przez chorego w celu diagnostycznym, postawienia diagnozy opartej na faktach i wdrożenia w życie dalszych etapów postępowania klinicznego, wynikających z tej diagnozy. Lekarz nie może się zatrzymać na określonym etapie tego postępowania, chyba że taka będzie wola pacjenta, odnotowana w dokumentacji klinicznej. Dysponując wysoko specjalistyczną wiedzą lekarz w pełni zdaje sobie sprawę z konsekwencji nie podjęcia lub przerwania procesu terapeutycznego przez pacjenta. W związku z tym ma obowiązek podjąć próbę przekazania elementów tej wiedzy pacjentowi, by ukierunkować postępowanie pacjenta w stronę efektywnej ochrony jego zdrowia i życia.

Do przedstawionego powyżej standardu, który jest podstawą świadczenia usług medycznych w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej należy dodać jeszcze kilka istotnych elementów, uzupełniających jego charakterystykę. Elementy te odróżniają poznanie naukowe od paranaukowego (pseudonaukowego), co ma poważne implikacje praktyczne dla wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych, świadczących usługi na rzecz pacjentów i mających obowiązek upowszechniania

wśród nich wiedzy dotyczącej chorób i leków wyłącznie we współczesnym standardzie klinicznym.

1. Współczesna medycyna kliniczna opiera swój standard na założeniu, że świat, w którym żyjemy ma charakter obiektywny i trwały. Tworzą go materialne obiekty, pomiędzy którymi działają siły określające sposób funkcjonowania tych obiektów w przestrzeni i czasie, oraz relacje pomiędzy nimi. Założenie to odróżnia teoretyczne podstawy medycyny od tych współczesnych kierunków filozoficznych, które podważają lub negują realne istnienie świata. Medycyna definiuje bowiem ludzki organizm jako obiekt zanurzony w otaczającym naturalnym środowisku i podlegający jego wpływowi. Konstruuąc swój standard na takiej definicji, medycyna przyjmuje, że ma do czynienia z realnie istniejącymi organizmami, żyjącymi w realnie istniejącym świecie.
2. Współczesna medycyna kliniczna zakłada, że relacje między obiektami istniejącymi w przestrzeni mają charakter obiektywny, realny, wymierny, a często także powtarzalny i trwały. Relacje te są podstawą zjawisk, którym również przysługują cecha obiektywnego istnienia. Konstruuąc standard patologii oparty na tym założeniu, medycyna przyjmuje, że patogen wywołujący chorobę istnieje realnie. Przyjmuje następnie, że wchodząc w kontakt ze zdrowym organizmem człowieka może zainicjować w tymże organizmie proces patologiczny, w istotny sposób modyfikując stan organizmu, który określamy jako „normalny”, fizjologiczny. Jeżeli dojdzie do zakażenia i we wcześniej zdrowym organizmie człowieka rozwinie się pełnoobjawowa choroba, patogen będzie rozprzestrzeniany dalej, stanowiąc zagrożenie dla innych, zdrowych dotąd organizmów. Proces ten wystąpi zawsze, będzie miał charakter powtarzalny i wywoła takie same skutki, o ile w naturalnym środowisku życia człowieka pojawi się patogen i wejdzie w kontakt z ludzkim organizmem. Dojdzie wówczas do zainicjowania choroby, którą dany patogen wywołuje.
3. Współczesna medycyna kliniczna opiera swoje podstawy epistemologiczne (epistemologia filozoficzna to nauka o poznaniu i jego warunkach) na umiarkowanej wersji filozofii sceptycznej. Zgodnie z tym systemem, wszystkie twierdzenia, które mogą zostać w medycynie uznane za naukowe, muszą być oparte na faktach empirycznych i dowodach klinicznych (Evidence Based Medicine). Jeżeli nie da się takiego uzasadnienia przedstawić, dane twierdzenie lub system twierdzeń nie może być włączony do struktury wiedzy naukowej. Ponieważ jednak wszystkie koncepcje dotyczące świata są oparte na obserwacjach, doświadczeniach i eksperymentach dokonywanych przez ludzi, nie odzwierciedlają rzeczywistej struktury świata w sposób doskonały, są jedynie jego coraz lepszym przybliżeniem. Nauka tworzona przez ludzi ma w związku z tym charakter aproksymacyjny, zmienny historycznie. Wiąże się to z akceptacją

rzeczywistego stanu wiedzy medycznej jako podlegającego zmianom. Wiedza medyczna nie jest uznawana ani za ostateczną, ani absolutną.

4. We współczesnej medycynie klinicznej występują koncepcje o zróżnicowanym statusie. Jedne z nich mają już charakter wyłącznie historyczny i zostały w którymś momencie wyeliminowane z praktyki. Należą jednak do historycznie ukształtowanego zasobu ludzkiej wiedzy dotyczącej teorii i praktyki medycznej i są przedstawiane studentom medycyny i farmacji w procesie dydaktycznym. Celem tej praktyki jest wyjaśnienie, dlaczego koncepcje te już nie mogą być uznawane za obowiązujące, dlaczego współczesna medycyna kliniczna uznaje je za irracjonalne, nieefektywne, nieadekwatne wobec rzeczywistości przyrodniczej itp. Analizując koncepcje wyeliminowane z aktualnego standardu wiedzy, student uczelni medycznej ma okazję zrozumieć, dlaczego opinia specjalistów zdecydowała kiedyś o wyeliminowaniu ich ze standardu uznawanego za naukowy. Większą część standardu współczesnej medycyny klinicznej stanowią koncepcje powszechnie akceptowane w środowisku akademickim jako racjonalne, oparte na faktach, efektywne pod względem poznawczym, dające podstawę dla stworzenia realistycznego modelu choroby, co umożliwi prowadzenie badań wiodących do opracowania właściwego modelu terapii i możliwych do wykorzystania zgodnie z tym modelem skutecznych leków. I wreszcie we współczesnym modelu medycyny klinicznej mamy do czynienia z obszarem, który ma charakter „pionierskich hipotez”. Są one dobrze osadzone w faktach klinicznych, ale problemy związane z ich właściwą interpretacją nie zostały jeszcze dobrze rozwiązane. W obszarze tym panuje wysoki poziom „napięcia epistemologicznego”, toczą się spory dotyczące faktów, ich interpretacji i właściwej metodologii, z której należałoby skorzystać. Wszystkie te kontrowersje mają jednakże miejsce w granicach racjonalności nauki współczesnej. Brak odpowiedzi na pewne konkretne pytania nie podważa racjonalności tych pytań, jeżeli samo ich postawienie wynika ze znanych medycynie faktów, a wstępne odpowiedzi na te pytania można postawić odwołując się do już posiadanej wiedzy. Koncepcje, którym obecnie przysługuje status „pionierskich hipotez” będą przez jakiś czas zajmować uwagę środowiska akademickiego. Może się zdarzyć, że wyczerpią swój potencjał i ostatecznie zostaną zastąpione przez inne. Może się jednak zdarzyć i inne rozwiązanie: jedna z odpowiedzi (lub grupa odpowiedzi) zostanie uznana za istotną, wartą intensywnych dalszych badań, które umożliwią udzielenie konkluzywnej odpowiedzi na jakieś pytanie, uznawane w danym okresie za szczególnie ważne. Odpowiedź ta zostanie zaakceptowana przez gremia oceniające, a następnie zostanie przez nie skierowana do szerokiego testowania. Jeżeli przejdzie ten etap pomyślnie, zostanie wprowadzona do powszechnej praktyki. Pomocą w nadaniu hipotezom naukowym

w medycynie klinicznej weryfikowalnej postaci służy matematyka. Możliwość opisanie procesów przyrodniczych w języku matematyki, statystyki medycznej i innych metod kwantytatywnych, zwiększa w sposób znaczący efektywność procesów poznawczych, a także oceny praktycznych skutków ich aplikacji.

5. Współczesna medycyna kliniczna jest w przedstawionym tu sensie pewnego rodzaju idealizacją, tworzoną przez uczonych, którzy nadają jej pewną postać. To uczeni określają tematy, które uznają za warte badania, to oni wybierają metodologię, którą zastosują do swoich eksperymentów. Dlatego ważne jest, by zachowywali wysokie standardy etyczne. By postępowali z pełną świadomością tego, że są twórcami standardu wiedzy, w którym w wyniku ich nieetycznej działalności może dochodzić do zakłamań lub zaniedbań, do nadinterpretacji faktów albo do pomijania faktów niewygodnych, aby tworzone przez uczonych teorie były łatwiejsze do przyjęcia, dawały większe dochody, pozwalały zdobyć sławę itp. Uczeni powinni pracować ze świadomością możliwości popełnienia błędu, aby potrafić wycofać się w odpowiednim czasie z błędnych hipotez, by nie upierać się przy takich, które niegdyś przyniosły im sławę, ale później okazały się ułomne lub fałszywe. Powinni zawsze zakładać możliwość wystąpienia efektów niezgodnych z pierwotnymi oczekiwaniami, skutkiem czego jest błąd diagnozy, nieprawidłowy model choroby, czy ujawnienie się skutków ubocznych pierwotnie uznawanej za nieszkodliwą terapii.

Pracując w takim standardzie i uznając jego zasady za oczywiste, profesjonaliści medyczni – lekarze i farmaceuci – powinni nauczyć się upowszechniać jego zasady wśród pacjentów. Pacjenci nie powinni bowiem ślepo wierzyć, że pierwsza postawiona im przez lekarza diagnoza musi być ostateczna, a pierwszy zalecony lek na pewno ich wyleczy, tak samo jak w to, że leczona choroba nigdy już nie powróci. Takich treści rzetelny lekarz nie może im bowiem przekazać. Obowiązuje go rzetelność, troskliwość i uważność wobec potrzeb pacjenta, powinien też nabyć umiejętność prawidłowej komunikacji z chorym, w której będzie potrafił zbilansować przekazywanie prawdziwych informacji klinicznych z równoczesnym przekazywaniem nadziei na wyzdrowienie, wiary w sens leczenia, cierpliwości w oczekiwaniu na efekty terapii itp.

W modelu opieki nad pacjentem, wpisanym w standard medycyny publicznej, bardzo ważną rolę spełniają farmaceuci. Bez ich wysoko specjalistycznej wiedzy nie byłoby możliwe prowadzenie terapii klinicznej na tak szeroką skalę, jak to dzieje się obecnie. Udział farmaceutów w tym procesie ma bardzo zróżnicowany charakter: od badań podstawowych, poprzez badania przedkliniczne i kliniczne, w których uczestniczą jako członkowie zespołów badawczych, po udział w produkcji leków i ich sprzedaż pacjentom. Tylko na tym ostatnim etapie farmaceuci kontaktują się z pacjentami bezpośrednio. Przyjrzyjmy się obecnie, jakie są

uprawnienia współczesnych polskich pacjentów do uzyskiwania świadczeń leczniczych w standardzie klinicznym. Istotnym elementem tych świadczeń jest przekazywanie pacjentom informacji opartych na faktach, uzasadnionych przez standard Evidence Based Medicine. Przekazywanie pacjentom informacji powinno być połączone z troską o ich dobrostan psychofizyczny. Nawet najtrudniejsza prawda może bowiem zostać przyjęta przez pacjenta, jeżeli zostanie mu w sposób prawidłowy przekazana. Może zmobilizować chorego do podjęcia efektywnych działań ratunkowych, które wymagać będą od niego dużego zaangażowania, zmiany stylu życia, czy poniesienia określonych kosztów. Nie uzasadni jednak takiej mobilizacji informacja fałszywa i złudna, obiecująca choremu rezultaty terapii, których nie da się osiągnąć za pomocą oferowanych metod i leków. Informacja ta może natomiast skłonić chorego do działań, mających z punktu widzenia standardu klinicznego wymierne negatywne skutki, a także narażających chorego na niepotrzebne koszty. Etyka zawodowa farmaceuty, jako przedstawiciela grupy zawodów zaliczanych do zawodów zaufania publicznego, powinna wykluczać tego rodzaju fałszywe poradnictwo. Jest to bowiem bezpośrednio działanie wbrew rzeczywistym interesom chorych, a także wbrew ich prawom do uzyskiwania świadczeń odpowiadających aktualnemu standardowi wiedzy.

### **Prawa pacjenta do uzyskiwania świadczeń leczniczych w standardzie Evidence Based Medicine**

Pragnąc przedstawić obowiązujący w Polsce zakres praw pacjenta, należy najpierw zdefiniować to pojęcie. Polskie słowo pacjent wywodzi się z języka łacińskiego (*patiens*) i oznacza osobę chorą, cierpiącą. Można też zdefiniować to pojęcie jako osobę chorą, zwracającą się po poradę do lekarza, znajdującą się pod jego opieką<sup>3</sup>. Jak wynika z tej definicji, nie każdą osobę chorą można określić jako pacjenta. Definicja ta bowiem obejmuje wyłącznie osoby, które zgłosiły się po poradę związaną z ich stanem zdrowia i nawiązały relację terapeutyczną z profesjonalnym pracownikiem systemu ochrony zdrowia. Pacjentem jest w związku z tym także klient apteki, który przychodzi do niej właśnie w tym celu – aby zrealizować receptę wypisaną przez lekarza lub aby zakupić leki dostępne bez recepty, w których wyborze często pomaga mu farmaceuta.

Prawo do ochrony zdrowia wszyscy obywatele Polski uzyskują na podstawie art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r.<sup>4</sup> Wszystkie uprawnienia

<sup>3</sup> E. Sobol (red.), *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1997, s. 809.

<sup>4</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., „Dziennik Ustaw” 1997, nr 78, poz. 483.

szczególne, rozproszone w różnych aktach prawnych obowiązujących w Polsce, wynikają właśnie z tego prawa. W 2008 r. została wydana ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>5</sup>, pacjentem jest „każda osoba fizyczna, która zwraca się o możliwość skorzystania lub już korzysta ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny, bez względu na posiadanie lub brak posiadania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”<sup>6</sup>. W definicji tej znajduje odzwierciedlenie podstawowa zasada obowiązująca w europejskim modelu ochrony zdrowia publicznego: prawo do ochrony zdrowia i życia ma każdy obywatel państwa, a w określonych przypadkach również obywatel polski znajdujący się w czasowo na obszarze państwa polskiego, niezależnie od tego, czy posiadają formalne uprawnienia do leczenia, czy nie. Definicja ta nakazuje w sposób bezwzględny udzielenie pomocy osobie znajdującej się w stanie poważnego zagrożenia zdrowia i życia, włącznie ze specjalistycznym leczeniem szpitalnym. Koszty leczenia w przypadku osób posiadających formalne uprawnienia pokrywa powszechny system ubezpieczeń społecznych, a w przypadku osób nie posiadających takich uprawnień są rozliczane na innych zasadach. Pomoc udzielana choremu musi mieć charakter profesjonalny i być świadczona w jednolitym standardzie europejskim (Evidence Based Medicine).

W polskim systemie prawnym jako pacjenci nie są jednak określane tylko osoby chore. Relację terapeutyczną z fachowymi pracownikami systemu ochrony zdrowia nawiązują bowiem w określonych okolicznościach również osoby zdrowe. Dzieje się tak na przykład podczas obowiązkowych badań okresowych pracowników, czy w trakcie obowiązkowych badań okresowych dzieci wykonywanych w celu sporządzenia tzw. bilansu zdrowia. Zarówno badanemu pracownikowi, jak i dziecku, których stan zdrowia nie odbiega od normy, przysługują jednak wszystkie prawa pacjenta, tak jak osobom chorym. Badania, którym się poddają mają bowiem na celu stwierdzenie ewentualnego wystąpienia choroby, która – gdy się potwierdzi – będzie w odpowiedni sposób leczona. Status pacjenta przysługuje danej osobie nie dopiero z chwilą wykrycia choroby, ale od momentu zgłoszenia się na badania. Zgodnie z polskimi rozwiązaniami ustawowymi pacjentem jest zarówno osoba pełnoletnia, jak i dziecko. Przysługuje im jednak różnicowany zakres uprawnień, związanych z możliwością decydowania o sobie.

W europejskim modelu medycyny publicznej (inaczej niż w liberalnym modelu usług leczniczych obowiązującym np. w USA, Brazylii czy w Indiach) głównym

---

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, „Dziennik Ustaw” 2012, poz. 159. Ustawa obowiązuje od 5 czerwca 2009 r. Por. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012.

<sup>6</sup> D. Karkowska, *op.cit.*, s. 76.



celem działalności placówek świadczących usługi lecznicze nie jest zysk, chociaż działalność ta odbywa się na zasadach rachunku ekonomicznego, uwzględniającego ponoszone koszty. Celem tym jest zagwarantowanie pacjentom możliwości skorzystania z uprawnień do ochrony zdrowia i życia. Jest tak dlatego, że w europejskim systemie prawnym prawo do zdrowia należy do praw podstawowych, jest uznawane za jedno z najważniejszych praw człowieka. Prawo do zdrowia pacjent realizuje zarówno w relacji do instytucji świadczącej usługi zdrowotne (np. przychodni, szpitala, czy apteki), jak w relacji do poszczególnych przedstawicieli zawodów medycznych (lekarzy, pielęgniarek, położnych, rehabilitantów, ratowników medycznych), w tym także farmaceutów. Osoby wykonujące te zawody są prawnie zobowiązane do ich wykonywania z należytą starannością, kierując się dobrem i interesem pacjenta i starając się w maksymalny, możliwy w danym przypadku sposób, zaspokoić jego uzasadnione potrzeby zdrowotne. Zasada ta oznacza, że osoby zatrudnione w systemie medycyny publicznej (niezależnie od tego, czy w placówce państwowej, czy prywatnej) są zobowiązane do udzielenia pacjentowi profesjonalnej pomocy w najszerszym możliwym zakresie, odpowiednim do skali zagrożenia zdrowia zgłaszającej się po pomoc osoby. Na przykład w przypadku zgłoszenia się do szpitalnego oddziału ratunkowego osoby sygnalizującej silny ból głowy, zaburzenia poznawcze i zakłócenia równowagi, nie spełnia definicji „udzielenia profesjonalnej pomocy” podanie przez zatrudniony tam personel najprostszych środków przeciwbólowych i w przypadku poważnego uszczerbku na zdrowiu albo śmierci pacjenta personel ten poniesie konsekwencje karne. Za „profesjonalną pomoc” należałoby bowiem uznać w takim przypadku znacznie szerszy zakres świadczeń, obejmujących badanie neurologiczne, czy wykonanie tomografii komputerowej, a następnie wdrożenie ustalonego przez specjalistów schematu postępowania terapeutycznego.

W przypadku farmaceuty zatrudnionego w aptece zobowiązanie do udzielenia pomocy pacjentowi zgłaszającemu się po poradę, której wynikiem ma być zakup leków lub zamierzającego wykupić lek wypisany na receptę, ma innych zakres. Farmaceuta zobowiązany jest zrealizować receptę niezwłocznie i z należytą starannością, sprawdzając, czy jest poprawna. W przypadku wątpliwości powinien porozumieć się z wystawiającym receptę lekarzem. Kiedy lek wypisany na receptę jest w aptece niedostępny, farmaceuta ma obowiązek sprawdzić, kontaktując się z hurtownią, z którą dana apteka współpracuje, czy lek jest dostępny w sprzedaży hurtowej, zamówić dostawę leku oraz ustalić z pacjentem termin jego odbioru. Jeżeli lek nie jest dostępny we współpracującej hurtowni, farmaceuta powinien realnie ocenić, czy może go dla pacjenta sprowadzić z innej. Jeżeli nie, nie powinien przetrzymywać recepty, aż uda mu się zamówić dla pacjenta lek, ale poinformować pacjenta, że powinien poszukać możliwości zakupu leku w innej aptece. Interes

i dobro pacjenta są w takiej procedurze postępowania przedkładane ponad zysk farmaceuty, który może osiągnąć ze sprzedaży leku. Lek powinien być bowiem przyjęty przez pacjenta tak szybko, jak to jest możliwe, i nie powinien on oczekiwać na jego udostępnienie przez farmaceutę, który realnie nie jest w stanie zapewnić dostępu do tego leku. Współcześnie możliwe jest także udzielenie pacjentowi, poszukującemu trudno dostępnego leku, pomocy w formie informacji, w której aptece znajdującej się w pobliżu lek były możliwe do nabycia. Farmaceuta może uzyskać tego rodzaju informację korzystając ze specjalnego systemu informatycznego, a następnie przekazać ją pacjentowi. Dobro pacjenta jest w tym momencie przedkładane nad reguły wolnej konkurencji, potencjalny zysk ze sprzedaży leku osiągnie bowiem nie ten aptekarz, który udziela pacjentowi informacji, ale ten, do którego apteki pacjent zostanie skierowany.

W polskim systemie prawnym pacjent ma prawo do samodzielnej decyzji czy i w jakim zakresie będą mu udzielone świadczenia zdrowotne. Wyjątkiem są tu choroby zakaźne, których zwalczanie regulują odrębne przepisy. Mogą one dotyczyć obowiązku przeprowadzenia badań profilaktycznych, np. w kierunku nosicielstwa salmonelli lub żółtaczk, które muszą przeprowadzić osoby mające zamiar zatrudnić się w instytucjach związanych z produkcją i dystrybucją żywności. Zakres przymusowych badań profilaktycznych obejmuje też inne schorzenia. Osoby zobowiązane do poddania się tym badaniom nie mogą odmówić ich wykonania, powołując się na prawa pacjenta do samodzielnej decyzji o udzieleniu świadczeń zdrowotnych. Prawem nadrzędnym wobec decyzji pacjenta, odmawiającego poddania się badaniom, jest dobro wspólne całej populacji. Ta sama zasada obowiązuje w przypadku wprowadzenia przez państwo obowiązkowych szczepień ochronnych. Każde z państw europejskich samodzielnie określa zakres i kalendarz obowiązkowych szczepień, w zależności od zagrożeń epidemicznych, które występują na jego terytorium. Dla przykładu: w krajach Europy Środkowej i Wschodniej w latach 1948–1989 realizowany był powszechny i przymusowy program profilaktyki gruźlicy, obejmujący badania przesiewowe w kierunku nosicielstwa gruźlicy i gruźlicy czynnej, szczepienia ochronne i przymusowe leczenie osób z potwierdzoną gruźlicą. Konieczność wdrożenia tego programu wynikała z powagi zagrożenia ze strony tej choroby. W 1945 r. nosicielami gruźlicy było w Polsce ok. 70% populacji, a na gruźlicę czynną cierpiało kilkaset tysięcy osób. W tym samym czasie zagrożenie gruźlicą w krajach Europy Zachodniej było statystycznie mniejsze. Nie wdrożono więc tam programów o tak szerokim zakresie, lub zakończono ich realizację w już w latach 70. XX w. Po 1989 r. program powszechnych i przymusowych badań profilaktycznych w kierunku gruźlicy został w Polsce zakończony, uznano bowiem, że dalsze ponoszenie kosztów jego funkcjonowania nie jest uzasadnione przez aktualną statystykę zachorowań. Program o tym charakterze funkcjonuje jednak do

chwili obecnej np. w Portugalii, w ocenie władz państwowych jego utrzymanie jest uzasadnione ze względów medycznych.

W polskim systemie prawnym, poza wyżej wymienionym przypadkiem chorób zakaźnych, pacjenta pełnoletniego i dysponującego pełnią praw (tj. gdy nie został on wcześniej prawnie ubezwłasnowolniony) nie można zmusić do udzielenia mu świadczeń medycznych. W przypadku nawiązania relacji terapeutycznej z przedstawicielem systemu opieki zdrowotnej (przede wszystkim lekarzem, ale w wybranych sytuacjach może to być także np. ratownik medyczny, udzielający pomocy po wypadku), pacjent ma prawo do uzyskania prawdziwej informacji o stanie swojego zdrowia. Na tej podstawie ma prawo do samodzielnego podjęcia decyzji o rozpoczęciu leczenia, lub nie. Pacjenci mają prawo do nie podejmowania zabiegów reanimacyjnych i uporczywego podtrzymywania ich życia za pomocą aparatury. Prawo to powinni wyrazić ustnie (do obecnego przy nich pracownika systemu opieki zdrowotnej) lub na piśmie (w postaci oświadczenia, które noszą przy sobie). Nikt nie może zmusić pacjenta do podtrzymywania jego życia za pomocą specjalistycznych procedur, jeżeli sobie tego nie życzy i jest w stanie takie życzenie wyrazić. Pacjent ma także prawo do wyrażenia zgody na pobranie od niego narządów do transplantacji, w sytuacji, w której zachował świadomość, ale doznane obrażenia wykluczają przeżycie. Jeżeli pacjent nie zachował świadomości, w polskim systemie prawnym obowiązuje zasada zgody domniemanej. Gdy pacjent nie ma przy sobie oświadczenia, że w przypadku doznania urazów, których efektem będzie wystąpienie śmierci klinicznej nie wyraża zgody na pobranie od niego organów nadających się do transplantacji i uratowania zdrowia i życia innego człowieka, możliwe jest pobranie tych organów po uzyskaniu zgody rodziny. Zakazany jest w polskim prawie handel organami przeznaczonymi do transplantacji, zarówno udzielanymi przez pacjenta (np. nerka), jak i rodzinę pacjenta znajdującego się w stanie śmierci klinicznej. Oferowanie organów do przeszczepów traktowane jest jako działanie na rzecz dobra wspólnego, umożliwia bowiem uratowanie zdrowia i życia innych ludzi. Działanie to nie może być jednak ani wymuszone, ani traktowane jako działalność komercyjna<sup>7</sup>.

Zgoda pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych musi być poprzedzona uzyskaniem przez niego rzetelnej informacji dotyczącej jego sytuacji zdrowotnej,

---

<sup>7</sup> Zastrzeżenie to jest istotne dla praktyk związanych z transplantacjami organów parzystych, przede wszystkim nerek. Wiele osób o bardzo niskich dochodach oferuje bowiem swoje nerki do przeszczepów na warunkach komercyjnych. Są one pobierane np. w Indiach, od dawców będących członkami najniższych kast społecznych. Biorcami tych organów są zarówno zamożni Hindusi, jak i obcokrajowcy, przeprowadzający procedurę transplantacji w tym kraju, w ramach tzw. turystyki medycznej. Praktyki te spotykany także na innych kontynentach. We wszystkich krajach europejskich komercyjne oddawanie organów jest prawnie zakazane.

wraz z opisaniem konsekwencji nie udzielenia tej zgody na zaproponowane przez lekarza procedury<sup>8</sup>. Jediną osobą uprawnioną do udzielania pacjentowi takiej informacji jest lekarz, prowadzący terapię. Nie mogą udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta inni fachowi pracownicy systemu opieki medycznej, pomimo tego, że zgodnie ze swoim wykształceniem mieliby takie możliwości. Na przykład analityk medyczny, widząc wyniki badań, które wydaje pacjentowi może wyrobić sobie uzasadnione przekonanie na temat schorzeń, które wyniki te mogły warunkować. Nie wolno jest jednak analitykowi ani przekazywać pacjentowi konkretnych informacji, zawierających np. potencjalny kierunek diagnozy, który wyłania się z wyników przeprowadzonych badań, ani też informować pacjenta o tym, że jego choroba jest poważna, przewlekła, źle rokuje (tj. należy spodziewać się skrócenia potencjalnej długości życia chorego). Zgodnie z posiadanym wykształceniem, uzyskanym na uczelni medycznej w standardzie Evidence Based Medicine, analityk posiada stosowne kompetencje aby rozpoznać zagrożenie zdrowia pacjenta i oszacować jego szanse na wyzdrowienie. Nie wolno mu jednak podzielić się takimi informacjami ani z chorym, ani z jego rodziną. Jest to traktowane nie tylko jako naruszenie etyki zawodowej, ale też naruszenie prawa. Działalność zawodowa analityków medycznych nie spełnia bowiem ustawowej definicji leczenia, a osoby wykonujące ten zawód nie posiadają uprawnień do wchodzenia z pacjentami w relację terapeutyczną, której jednym z elementów jest przekazywanie pacjentowi informacji.

Prawa do udzielania pacjentom informacji o stanie ich zdrowia nie mają także farmaceuci, pomimo tego, że mogliby sobie wyrobić uzasadnione przekonanie na temat schorzeń pacjenta na podstawie analizy treści recepty (lub recept) wystawianych przez lekarza. Praktyka zawodowa farmaceuty nie spełnia bowiem ustawowej definicji leczenia. Udzielane przez farmaceutę porady dotyczące leków nie spełniają definicji terapii, pomimo tego, że pacjent nabywa w aptece leki bez recepty według porady aptekarza, a następnie je samodzielnie stosuje. Na farmaceucie spoczywa więc w związku z tym nie tylko obowiązek etyczny i moralny, lecz także zobowiązanie przestrzegania prawa, które reguluje kwestie uprawnień do leczenia w precyzyjny sposób. Ustawodawca zakłada, że pacjent zgłaszający się do apteki z zamiarem zakupu leków bez recepty jest już w większości świadomy co do diagnozy schorzenia, na które leki te mają działać. Zakłada się, że diagnozę tę pacjent uzyskał wcześniej od lekarza, razem z obszernym zestawem informacji dotyczącej przyczyn choroby i dalszych perspektyw terapii, a także odmowy poddania się leczeniu. Farmaceuta wydający leki bez recepty nie powinien zastępować lekarza w roli diagnosty, ani podejmować się samodzielnego prowadzenia terapii, połączonego z udzielaniem choremu pełnej informacji o stanie jego zdrowia. Gdy na podstawie

---

<sup>8</sup> Reguluje to art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

posiadanej przez siebie specjalistycznej wiedzy, a także na podstawie wiadomości uzyskanych od pacjenta, który zamierzał zakupić lek bez recepty, farmaceuta wyrobi sobie uzasadnione przekonanie, że stan chorego wymaga przeprowadzenia profesjonalnej diagnostyki, a następnie przeprowadzenia terapii prowadzonej w standardzie klinicznym przez lekarza, powinien poinformować o tym chorego i w sposób zdecydowany zachęcić chorego do udania się do lekarza. Przekazując tę informację farmaceuta nie powinien jednak ujawniać pacjentowi swojej opinii dotyczącej potencjalnego kierunku diagnozy, lecz starać się przekonać chorego, że za pomocą leków bez recepty nie da się wyleczyć występującego u niego schorzenia. Przykładem takiego typu kontaktu z pacjentem może być zgłoszenie się przez chorego do apteki w celu zakupu „jakiejś maści”, która mogłaby zlikwidować czarne znamiona na skórze, lub „jakiegoś płynu, z którego można wykonać okłady”, które miałyby złagodzić dolegliwości związane z utworzeniem się narośli, np. na piersi. Zgodnie z posiadaną wiedzą, farmaceuta może wyrobić sobie w takich przypadkach uzasadnione podejrzenie, że pacjent może cierpieć na chorobę nowotworową. Nie wolno mu jednak podzielić się tą wiedzą z pacjentem, ponieważ farmaceuta nie jest uprawniony do jej przekazywania. Powinien odmówić sprzedania choremu „jakiejś maści” albo „jakiegoś płynu”, tłumacząc choremu, że jego schorzenie nie da się wyleczyć dostępnymi bez recepty lekami. Powinien dodać, że dolegliwości będą się nasilać, jeżeli chory nie zgłosi się po poradę do lekarza. Pacjent nie powinien jednak uzyskać od farmaceuty informacji, że może cierpieć na chorobę nowotworową.

Przedstawione tu zastrzeżenia ustawowe dotyczące prawa pacjenta do uzyskania prawdziwej informacji o stanie swojego zdrowia oraz praw farmaceuty (i analityka medycznego) do udzielenia pacjentowi pełnej informacji w tym zakresie mają na celu stworzenie optymalnych warunków do uzyskania przez osobę chorą diagnozy klinicznej. W przypadku, gdy diagnoza ta jest poważna, pacjenta czeka długotrwała i uciążliwa terapia, a rokowanie może być niepomyślne, diagnoza nie powinna zostać pacjentowi przekazana przez osoby przypadkowe. „Osobą przypadkową” jest dla pacjenta zarówno analityk medyczny, który przeprowadzał badania poprzedzające formalne postawienie diagnozy, jak i farmaceuta, który może rozpoznać na podstawie rozmowy z pacjentem przeprowadzonej w aptece lub na podstawie analizy recepty, że schorzenie, na które pacjent cierpi, jest poważne. Ustawodawca zakłada, że pełną diagnozę może przekazać pacjentowi tylko lekarz, ponieważ pragmatyka zawodowa i etyka zawodu lekarskiego nakładają na niego nie tylko obowiązki ściśle medyczne, lecz także opiekuńcze. Przekazując pacjentowi diagnozę poważnego schorzenia lekarz nie może pacjenta okłamać, bagatelizując związane z chorobą zagrożenie. Powinien jednak przekazać informację kliniczną w taki sposób, aby nie stała się dla pacjenta szokiem. Diagnoza ta powinna być połączona z udzieleniem choremu wsparcia psychologicznego i rozbudzeniem

w nim nadziei na pomyślny wynik leczenia. Gdy takiej nadziei lekarz już rozbudzić nie może (bo stan kliniczny chorego na to nie pozwala), powinien zapewnić chorego, że zostanie otoczony dobrą opieką, a jego dolegliwości bólowe zostaną maksymalnie złagodzone. Relacja nawiązywana między lekarzem a pacjentem w momencie stawiania niepomyślniej dla chorego diagnozy jest przedmiotem wielu specjalistycznych opracowań, które są udostępniane studentom wydziałów lekarskich. Odbywają oni również praktyki kliniczne, gdzie pod nadzorem specjalistów uczą się nawiązywania szczególnego rodzaju kontaktu z pacjentem, występującego w procesie diagnostyki i terapii. Ograniczając prawa innych niż lekarze pracowników systemu opieki zdrowotnej do przekazywania pacjentom pełnej diagnozy klinicznej ustawodawca zakłada, że lekarze będą do tego zadania odpowiednio przygotowani. Zapewnia im to bowiem program studiów i stażu podyplomowego. W ten sposób chronione są prawa pacjenta, ograniczając potencjalne możliwości wystąpienia u chorych zaburzeń związanych ze sposobem przekazania im diagnozy choroby poważnej lub śmiertelnej.

Nie ma natomiast ustawowych ograniczeń w przekazywaniu przez farmaceutów pacjentom informacji na temat chorób, które wg obowiązujących w danym państwie europejskim regulacji mogą być leczone lekami znajdującymi się na liście produktów dostępnych bez recepty. Farmaceuta ma prawo nawiązywać do wiedzy już posiadanej przez pacjenta, np. na temat powszechnie występujących i uznawanych za uleczalne schorzeń. Powinien tłumaczyć pacjentom, że powinni zapoznać się z zasadami stosowania kupowanego leku, czasem trwania kuracji, której nie należy przerywać by nie zniweczyć jej efektów. W tego typu kontaktach pacjenci oczekują od farmaceuty rzetelnej porady dotyczącej produktów, które mogą w aptece zakupić, aby wyleczyć objawy, które skłoniły ich do udania się do apteki. Nie oczekują natomiast wyczerpującej informacji na temat choroby, która owe objawy wywołała. Farmaceuta może bez naruszenia obowiązujących regulacji prawnych, na podstawie rozmowy z pacjentem, podjąć decyzję dotyczącą produktu leczniczego, który uzna w danym przypadku za najskuteczniejszy. Decyzja ta nie ma jednak charakteru leczenia, ale porady. Decyduje o takim jej określeniu wpisanie danego produktu na listę dostępnych bez recepty. Właściwe specjalistyczne gremium zatwierdza na podstawie farmakopealnego opisu produktu wskazania do zastosowania danego środka. Wskazania te są na tyle ogólne, że znajdujące się na takiej liście produkty możliwe są do zastosowania u całych grup pacjentów wykazujących podobne objawy, a nie wyłącznie u jednostek, dla których wymagane jest leczenie specjalistyczne. Farmaceuta udzielający porady w aptece staje się pośrednikiem między specjalistycznym gremium, zatwierdzającym listę produktów dostępnych bez recepty, a zbiorowością pacjentów, pragnących wyleczyć standardowo występujące objawy lub choroby. Wiedza fachowa farmaceuty umożliwia zaspokojenie

oczekiwań pacjenta wobec terapii, za pomocą udzielonej porady odpowiadającej aktualnemu stanowi wiedzy medycznej.

Prawa pacjenta do uzyskania od farmaceuty informacji w standardzie Evidence Based Medicine powinny być przestrzegane także w ten sposób, by umożliwić choremu zamierzającemu zakupić produkt nabywany bez recepty najlepszy środek, dostosowany do objawu lub schorzenia, które mają być leczone. Pomimo tego, że wśród produktów dopuszczonych do legalnego obrotu w aptekach znajdują się produkty o niewielkiej wartości terapeutycznej lub całkowicie pozbawione takiej wartości (produkty homeopatyczne), udzielając porady farmaceuta powinien korzystać z zasobu wiedzy fachowej, który posiada i nie przedkładać potencjalnych rezultatów ekonomicznych uzyskiwanych z działalności apteki ponad dobro i interes pacjenta. Powinien udzielać takich porad, które zgodnie ze swoją profesjonalną wiedzą uznaje za właściwe, a nie takich, które umożliwią mu lepszą realizację planu sprzedaży, obejmującego promocję produktów o niewielkiej wartości terapeutycznej oraz terapeutycznie bezwartościowych. Jest to zasada etyczna, która stać może w sprzeczności z ekonomicznym interesem apteki, gdyż na tego rodzaju produktach osiąga się często wysokie marże. Troska o dobro indywidualnego pacjenta i dobro wspólne, jakim jest zachowanie dobrego stanu zdrowia całej polskiej populacji, powinna jednak skłaniać farmaceutę do przekazywania chorym określonego zakresu informacji dotyczących leków o mniejszej wartości terapeutycznej lub terapeutycznie bezwartościowych. Pacjenci zwracający się po poradę do farmaceuty dotyczącą rodzaju leku, który mieliby zakupić, zwykle poddają się sugestiom farmaceuty dotyczącym tego wyboru. Na farmaceutach spoczywa więc etyczna odpowiedzialność za standard udzielanych przez nich porad, pomimo tego, że nie będą odpowiadać prawnie za sprzedaż w aptece produktów o małej wartości albo całkowicie pozbawionych wartości terapeutycznej, o ile są dopuszczone do legalnego obrotu aptecznego.

Na zakończenie tej części rozdziału chciałabym przedstawić Państwu główne elementy instrukcji dla pacjentów, przygotowanej przez Główny Inspektorat Sanitarny. GIS uznał, że jest to minimum wiedzy, które powinni uzyskać pacjenci, aby mogli podejmować świadome decyzje dotyczące wyboru i zakupu środków leczniczych spośród dostępnych w ofercie współczesnej apteki. Przedstawiając instrukcję GIS chciałabym zwrócić uwagę na to, że powinna być ona przekazywana przez farmaceutów klientom aptek, definiowanym w polskim systemie medycyny publicznej jako pacjenci, a także określać kierunek poradnictwa farmaceutycznego, które farmaceuci – jako specjaliści i osoby wykonujące zawód zaufania publicznego – świadczą na rzecz pacjentów. Apteka, jak to zdefiniował ustawodawca, nie jest bowiem sklepem, a jego klienci nie mogą być postrzegani w tych samych kategoriach, co nabywcy innych towarów konsumpcyjnych. Jest ważnym i jednym z pod-

stawowych elementów systemu medycyny publicznej w Polsce. Od zatrudnionych w aptekach farmaceutów zależy, czy i jakie produkty znajdą się w zasięgu klientów i będą spełniać ich oczekiwania zdrowotne. Czy będą to produkty wartościowe pod względem terapeutycznym, które farmaceuta może polecić z pełną świadomością ich potencjalnej skuteczności, czy też nie – i oferuje je klientom wyłącznie w zamiarem osiągnięcia zysku. Można postawić tezę, że w takim przypadku farmaceuta w niedostateczny pod względem etycznym sposób rozpoznaje w kliencie pacjenta, któremu należy się uczciwa informacja udzielona w standardzie Evidence Based Medicine oraz sprzedaż produktu, mającego realne właściwości terapeutyczne.

### **Instrukcja dla pacjentów dotycząca bezpiecznego stosowania suplementów diety wydana przez Główny Inspektorat Sanitarny (skrót)**

1. Suplementy diety nie są lekami, ale kategorią żywności. Nie myl suplementów diety z lekami i nie stosuj ich w celach leczniczych, zamiast leków.
2. Suplementować to znaczy uzupełniać składniki, których brakuje w sposobie odżywiania. Warunkiem zachowania zdrowia jest zróżnicowana i racjonalna dieta oraz zdrowy styl życia, a nie stosowanie suplementów diety.
3. Zamierzając stosować suplementy diety nie polegaj tylko na informacjach pochodzących z reklam przygotowanych przez producentów tych produktów. Znajdź informacje o suplemencie, który cię interesuje w rzetelnym źródle wiedzy nie związanym z producentem.
4. Gdy zaczniesz stosować suplement diety zachowaj czujność – sprawdź, w jaki sposób ten produkt wpływa na twój organizm.
5. Kupuj suplementy diety jedynie ze sprawdzonych źródeł. Bądź szczególnie ostrożny wobec produktów dostępnych w sprzedaży internetowej.
6. Nie przyjmuj suplementów diety na zapas. Suplementy powinny być stosowane tylko w uzasadnionych przypadkach. Zanim zastosujesz konkretny produkt wykonaj badania laboratoryjne i sprawdź, czy twoja dieta rzeczywiście wymaga uzupełnienia o te składniki, które znajdują się w składzie suplementu.
7. Przyjmij do wiadomości, że nie istnieje jeden uniwersalny suplement diety dla wszystkich. Zawsze sprawdź skład produktu, który zamierzasz stosować i zweryfikuj, czy produkt ten może być przez ciebie stosowany (przykładowo: niektóre suplementy nie mogą być stosowane np. przez dzieci, a inne przez kobiety w ciąży).
8. Nie przekraczaj porcji danego produktu zalecanej do spożycia w ciągu jednego dnia. Możesz bowiem przyjąć zbyt dużą dawkę znajdujących się w suplemencie



składników, która okaże się szkodliwa. Nadmiar pewnych składników w diecie może być tak samo lub bardziej szkodliwy, niż ich niedobór.

9. Uważaj na interakcje – suplementy diety mogą negatywnie wpływać na działanie przyjmowanych leków. W trosce o swoje zdrowie poinformuj swojego lekarza o tym, że stosujesz suplement diety i zapytaj, czy możesz go stosować. Dostosuj się do porady lekarza w odpowiedzi na to pytanie.
10. Korzystaj z informacji o suplementach diety znajdującej się w Rejestrze Produktów, zamieszczonej na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego ([www.rejestrsp.gis.gov.pl](http://www.rejestrsp.gis.gov.pl)). Dowiedz się, czy produkt, który chcesz stosować został zgłoszony jako suplement diety i jaki jest jego aktualny status.
11. Skorzystaj z ustaleń Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotyczących maksymalnych dziennych ilości witamin, makroelementów i mikroelementów.

Przedstawiony tu zestaw informacji stanowi niezbędne minimum wiedzy dotyczącej suplementów, którą powinni nabyć polscy pacjenci by podejmować w sposób świadomy swoje decyzje zakupowe. W swoich kontaktach z pacjentami farmaceuci powinni podejmować starania, aby te informacje przybliżyć pacjentom w sposób dla nich zrozumiały.

### **Sylwetka etyczno-moralna idealnego farmaceuty**

Ostatnią część tego rozdziału poświęcę omówieniu sylwetki etyczno-moralnej farmaceuty, na którego polski ustawodawca nakłada obowiązki wykonywania pracy zawodowej w sposób zgodny z prawem. Jest to sylwetka idealna, od której możliwe są mniej lub bardziej istotne odstępstwa. Ponieważ zawód farmaceuty należy do grupy zawodów zaufania publicznego, i z tego powodu jest zawodem regulowanym (co znaczy, że nie może go wykonywać każdy, ale do jego wykonywania konieczne są szczególne cechy osobiste i posiadanie określonych prawnie kompetencji) ustawodawca przewiduje za odstępstwa od tego ideału określone sankcje i kary. Ustawa o wykonywaniu zawodu farmaceuty znajduje się obecnie w fazie przygotowania, kwestie prawne związane z tym obszarem regulują więc inne ustawy i zarządzenia<sup>9</sup>. Chciałabym skoncentrować się wyłącznie na wybranym obszarze zagadnień, związanych z cechami osobistymi farmaceuty, które upoważniają go do wykonywania zawodu. Szczegółowe określenie zakresu tych cech ma umożliwić – w intencji ustawodawcy – skuteczną ochronę dobra wspólnego, jakim jest zdrowie populacji. Od jakości kadr sprawujących opiekę zdrowotną nad społeczeństwem,

---

<sup>9</sup> Projekt ustawy analizuje Marek Stych w pracy pt. *Prawno-administracyjne uwarunkowania wykonywania zawodu farmaceuty*, Wrocław 2021.

przedstawicielei wszystkich zawodów medycznych, zależy bowiem bezpieczeństwo zdrowotne każdego obywatela państwa.

Celem wprowadzenia szczegółowych regulacji dotyczących zasad wykonywania zawodu farmaceuty jest ochrona zdrowia publicznego. Działalność prowadzona przez farmaceutów, polegająca na wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych oraz sprawowaniu nadzoru nad ich obrotem, przechowywaniem i wykorzystaniem, sporządzaniem i wytwarzaniem produktów leczniczych, sprawdzaniem jakości i tożsamości leków recepturowych, aptecznych i gotowych, a także udzielaniem w tym zakresie informacji i porad, musi być wykonywana wyłącznie przez osoby o wymaganych kwalifikacjach i określonym profilu etyczno-moralnym. Brak takich kwalifikacji oraz naganna postawa moralna mogłyby narazić społeczeństwo na poważne i wymierne szkody.

Wykonywanie zawodu farmaceuty jest w Polsce możliwe wyłącznie przez osoby, które wykazują potwierdzony odpowiednimi badaniami lekarskimi dobry stan zdrowia<sup>10</sup>. Charakterystyka ta powinna dotyczyć zarówno cech fizycznych, jak i psychicznych. Osoby, których stan zdrowia uległ znaczącemu pogorszeniu w związku z ujawnieniem się nałogów (alkoholizm, narkomania) lub poważnych zaburzeń psychicznych mogą być pozbawione na pewien okres lub dożywotnio prawa wykonywania zawodu farmaceuty. Interes publiczny (bezpieczeństwo zdrowotne populacji, które może zostać zagrożone w związku z wykonywaniem zawodu przez osobę nie w pełni władz umysłowych) przeważa tu nad prawem jednostki (farmaceuty) do uzyskiwania zarobków zgodnie z wykształceniem. Farmaceuta podlega specjalistycznym badaniom lekarskim: wstępnym (przed dopuszczeniem do wykonywania zawodu), okresowym, kontrolnym i innym, które mogą zostać zlecone w pewnych okolicznościach (np. dla ustalenia istnienia nałogu, wykluczającego możliwość wykonywania pracy zawodowej). Farmaceuta może wykonywać zawód wyłącznie wtedy, gdy zostanie uznany za osobę zdolną do wykonywania zawodu.

By wykonywać zawód farmaceuty absolwent studiów farmaceutycznych musi posiadać pełną zdolność do czynności prawnych<sup>11</sup>. Musi dysponować pełnią praw publicznych, musi być niekarany. Niekaralność musi dotyczyć przede wszystkim przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, uznanych za umyślne.

Podstawą uzyskania prawa wykonywania zawodu jest ukończenie studiów farmaceutycznych<sup>12</sup>. Prawo to nie jest jednak uzyskiwane dożywotnio. Przyznaje je absolwentom studiów farmaceutycznych Okręgowa Rada Aptekarska, która przeprowadza postępowanie weryfikujące. Sprawdza, czy absolwent-wnioskodawca

---

<sup>10</sup> Ibidem, s. 87–91.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 91.

<sup>12</sup> Ibidem, s. 78–85.

spełnia wszystkie wymogi prawne, takie jak: uzyskanie odpowiednich kwalifikacji (tj. ukończenie studiów na kierunku Farmacja i uzyskanie tytułu magistra farmacji), uzyskanie orzeczenia lekarskiego o zdolności do wykonywania zawodu, oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu z pełni praw publicznych. Okręgowa Rada Aptekarska stwierdza zarazem, czy kandydat do uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty daje gwarancję spełniania wymagań związanych z wysokimi standardami etycznymi, cechuje się nienaganną postawą moralną i swoim dotychczasowym zachowaniem daje rękojmię wykonywania zawodu farmaceuty. W praktyce oznacza to, że ubiegający się o prawo wykonywania zawodu absolwent farmacji nie może w czasie studiów naruszać obowiązków studenta, np. będąc ukaranym przez uczelnianą Komisję Dyscyplinarną, czy mając udokumentowany zarzut plagiatu pracy magisterskiej. Nawet samodzielne napisanie drugiej pracy magisterskiej i jej pomyślna obrona nie będą oznaczały automatycznego przyznania przez Okręgową Radę Aptekarską prawa wykonywania zawodu. Fakt popełnienia plagiatu zdaje się bowiem świadczyć, że absolwent dopuszczał możliwość uzyskania tytułu magistra za pomocą przestępstwa, co niekorzystnie świadczy o jego postawie moralnej.

Farmaceuta, który uzyskał prawo wykonywania zawodu, powinien kierować się w swojej pracy następującymi zasadami<sup>13</sup>:

1. Powinien zachowywać uczciwość przy sprzedaży leków. Na prośbę pacjenta powinien udzielać pełnej informacji o leku (w tym o skutkach ubocznych).
2. Powinien wykazywać się pracowitością, przejawiającą się w codziennej pracy aptecznej (np. aktualizowaniu baz danych).
3. Powinien okazywać równowagę psychiczną – nie ujawniać negatywnych emocji w kontakcie z pacjentami (np. rozdrażnienia).
4. Powinien wykazywać sumienność przy sporządzaniu leków recepturowych i aptecznych.
5. Powinna go cechować cierpliwość – np. przy przekazywaniu informacji pacjentom, którzy nie mogą ich zrozumieć, czy przy sporządzaniu leków aptecznych.
6. Powinien wykazywać wysoką kulturę osobistą i uprzejmość w obsłudze pacjentów, szczególnie osób starszych.
7. Powinien posiadać umiejętność jasnego wyrażania swoich myśli – informacje przekazywane przez farmaceutę muszą być dla pacjenta zrozumiałe.
8. Powinien doradzając pacjentom wybór leku kierować się sumiennością, korzystając w pełni z posiadanej wiedzy. Sumienność powinien wykazywać także doradzając pacjentom wybór tzw. zamienników.

---

<sup>13</sup> Ibidem, s. 97.

9. Powinien być wrażliwy na potrzeby i odczucia pacjentów, szanować ich godność osobistą.
10. Powinien także przestrzegać wszystkich przepisów obowiązującego prawa.

Tak określone zasady wykonywania zawodu farmaceuty dają gwarancję bezpieczeństwa zdrowotnego populacji, na rzecz której świadczy on swoje usługi. Jeżeli któraś z tych zasad zostanie naruszona, farmaceuta podlegać może karze, adekwatnej do rodzaju naruszenia praw pacjenta i zasad etyki zawodowej, a przypadku poważniejszych naruszeń – także postępowaniu sądowemu.

## **Podsumowanie**

Udzielanie pacjentowi przez farmaceutę świadczeń medycznych w standardzie Evidence Based Medicine nie jest, co wynika z powyższych wywodów, kwestią jego dobrej woli, czy indywidualnej decyzji. Jest jedynym uprawnionym i pozytywnie ocenianym pod względem etycznym sposobem wykonywania przez farmaceutę jego pracy zawodowej. Normatywny charakter tej zasady łączy się z zakazem udzielania przez farmaceutę pacjentom informacji fałszywych, niezgodnych z aktualnym stanem wiedzy naukowej, za to dostosowanych do jednej z popularnych w danym kraju mód terapeutycznych, albo koncepcji paranaukowych. Jako osoba wykonująca zawód zaufania publicznego farmaceuta ma obowiązek udzielania pacjentom informacji opartych na faktach, co pozwoli im uzyskać optymalny możliwy do osiągnięcia efekt terapii. Farmaceucie nie wolno zarazem przekazywać pacjentom informacji o ich stanie zdrowia, których przekazywanie jest zastrzeżone jedynie dla lekarza, a ich przekazanie choremu przez inną, nieuprawnioną osobę może być bolesne w skutkach dla pacjenta. Farmaceuta nie może i nie powinien zastępować lekarza, ale ściśle współpracując z lekarzem wykonującym swoją pracę zawodową w tym samym standardzie Evidence Based Medicine, może działać razem z nim na rzecz dobra pacjenta, co jest podstawą etyki zawodowej w zawodach medycznych.



## Rozdział 4

# Kształtowanie się współczesnego zmedykalizowanego standardu profilaktyki w Europie jako metody zapobiegania epidemiom

### Wprowadzenie

Od najdawniejszych czasów choroba stanowiła dla pacjentów poważne doświadczenie nie tylko o charakterze biologiczno-somatycznym, lecz przede wszystkim egzystencjalnym. W przeciwieństwie do lekarzy, którzy podejmowali aktywne działania diagnostyczne i lecznicze, oparte na ich wyobrażeniach dotyczących patologii i ich wiedzy dotyczącej terapii, pacjenci w swoim kontakcie z chorobą koncentrowali się na jej przeżywaniu. Choroba dotyczyła ich bowiem osobiście, lub dotykała członków ich rodzin. Pacjenci próbowali leczyć choroby znanymi sobie sposobami, jednakże to właśnie działania zapobiegawcze miały dla nich najważniejsze znaczenie. Jeżeli choroba nie wystąpiła, można było prowadzić życie biegnące tzw. normalnym torem, pracować i zarabiać, zakładać rodzinę, rodzić i wychowywać dzieci, gromadzić dobra materialne mogące służyć do poprawy pozycji społecznej rodziny itp. Gdy jednak się pojawiała – oznaczała nie tylko cierpienie, lecz także załamanie normalnego biegu życia, problemy rodzinne, utratę potomstwa, zmniejszenie poziomu dochodów, a nawet całkowitą utratę dorobku materialnego. Podejmując działania zapobiegające chorobie pacjenci kierowali się zdaniem „specjalistów”, które z nich mogą być potencjalnie skuteczne. Do ich grona zaliczano nie tylko lekarzy (a wcześniej czarowników i szamanów), lecz także kapłanów i przedstawicieli władz lokalnych, a także władz państwowych. Jeżeli kierowany przez nich do współmieszkańców przekaz był spójny, pacjenci czuli się względnie bezpiecznie. Jeżeli nie – problemy związane z chorobą przeżywali silniej i mieli mniej nadziei na zapobieżenie jej wystąpieniu.

W niniejszym rozdziale chciałabym przedstawić państwu kształtowanie się koncepcji współczesnej zmedykalizowanej profilaktyki, która wytworzyła się w XVIII stuleciu z wcześniejszej profilaktyki moralnej<sup>1</sup>. Medykalizacja profilaktyki nastąpiła

---

<sup>1</sup> Por. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, *Profilaktyka moralna w świetle kalendarzy śląskich z lat 1615–1786. Teoria i praktyka*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsał (red.), *Ciało, choroby i świadomość społeczna – społeczne i metafizyczne aspekty profilaktyki i terapii*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 6, Wrocław 2020, s. 149–194.

w Europie w okresie Oświecenia. Opierała się na wyrażanym przez ówczesnych uczonych – filozofów, badaczy przyrody i lekarzy przekonaniu, zgodnie z którym przyczyny chorób mają charakter naturalny. Są zakorzenione w otaczającym człowieka ziemskim środowisku naturalnym i znajdują odbicie w ludzkim ciele. W związku z tym zadaniem specjalistów jest prawidłowe powiązanie objawów chorobowych z poprzedzającymi je przyczynami, a następnie poszukiwanie skutecznych środków zapobiegających wystąpieniu tych przyczyn albo umożliwienie ludziom ograniczenie ich skutków (skoro nie udało się zapobiec wystąpieniu choroby). W XVIII w. uznano, że występowanie chorób nie jest nieuchronne, że można próbować im skutecznie zapobiegać i należy starać się to robić. Uznano też, że zapobieganie chorobom jest znacznie bardziej efektywne, niż ich leczenie i starano się te poglądy upowszechniać wśród społeczeństwa.

Drogi rozpowszechniania zmedykalizowanej koncepcji profilaktyki ściśle wiązały się z wynalazkiem druku i stopniową likwidacją analfabetyzmu w krajach Europy Środkowej i Zachodniej. W XVIII w., gdy władze państwowe zaczęły wspierać popularyzowanie zmedykalizowanej profilaktyki wśród ludności, działania te były skuteczne tylko w tych państwach, w których odsetek analfabetów był mniejszy niż mieszkańców nie umiejących czytać i pisać. Linią graniczną była w tym zakresie zachodnia granica Rzeczypospolitej. Na ziemiach polskich odsetek analfabetów sięgał w XVIII w. ok. 85%, utrzymując się na tym poziomie aż do wybuchu I wojny światowej. Popularyzacja zmedykalizowanej profilaktyki miała więc na ziemiach polskich aż do 1914 r. ograniczony zasięg. Dopiero po odzyskaniu niepodległości przez Polskę w 1918 r. władze państwowe podjęły starania dotyczące zwalczania analfabetyzmu, ostatecznie zakończone w PRL. W latach 60. XX w. już mniej niż 10% ludności Polski stanowili analfabeci, i to głównie w starszym pokoleniu. Umożliwiło to i do dziś dnia umożliwia popularyzację standardu zmedykalizowanej profilaktyki w polskim społeczeństwie i funkcjonowanie systemu medycyny publicznej opartego na współczesnym standardzie klinicznym, którego podstawy są przez większość Polaków w ogólnych zarysach znane i akceptowane.

Jest jednak w Polsce również grupa pacjentów (wg badaczy społecznych ok. 20%), która systematycznie korzysta z usług medycyny alternatywnej, a aż 80% przyznaje się do praktykowania różnych form samolecznictwa. Przeżywanie choroby nie odbywa się w polskim społeczeństwie w sposób całkowicie zmedykalizowany. Pacjenci pojmują bowiem chorobę w kategoriach innych niż kliniczne, ponieważ nie rozumieją standardu współczesnej medycyny akademickiej albo go nie akceptują, w części albo w całości. Część pacjentów uzupełnia ponadto swoje rozumienie choroby kategoriami czerpanymi z innych obszarów, niż medycyna. Są to przede wszystkim ich wierzenia religijne. Dzieje się tak nie tylko w Polsce, ale we wszystkich krajach świata, nie tylko na obszarze chrześcijaństwa, lecz także

islam, buddyzmu czy hinduizmu<sup>2</sup>. Część pacjentów interpretuje chorobę, szczególnie ciężką lub przewlekłą, w kategoriach metafizycznych, jako karę Bożą za przewinienia, których dokonali oni sami lub większa społeczność, do której należą lub której poczynania z dezaprobatą obserwują.

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie procesu kształtowania się zmedykalizowanego standardu profilaktyki, który umożliwia pacjentom radzenie sobie z chorobą z sposób dostosowany do biologicznych uwarunkowań diagnozy. W pierwszej części przedstawię, na przykładzie źródeł powstałych na Śląsku w XVII i XVIII w., jak koncepcja tzw. profilaktyki moralnej przekształciła się w uwarunkowany moralnie i etycznie standard zmedykalizowanej profilaktyki. W drugiej części omówię współcześnie występujące wśród pacjentów wybrane problemy z radzeniem sobie przez nich z chorobą. Niektóre z nich wynikają z tego, że ich świadomość zdrowotna nie uległa medykacji i postrzegają choroby w historycznie ukształtowanych kategoriach. Część trzecią rozdziału poświęcę omówieniu zalecanych sposobów reagowania przez farmaceutę, zgodnie z zasadami etyki i deontologii, na problemy pacjentów z radzeniem sobie z chorobą.

### **Zmienność standardu profilaktyki chorób w zależności od sposobu definiowania zagrożeń, które są uznawane za ich przyczyny**

Każda koncepcja działań o charakterze zapobiegawczym, a więc także profilaktyka chorób, wiąże się w sposób naturalny z tym, w jaki sposób definiowane są zagrożenia, którym (gdy wystąpią) człowiek usiłuje się przeciwstawić lub których wystąpieniu usiłuje zapobiec<sup>3</sup>. W tej definicji podstawowe znaczenie ma określenie przyczyn zdarzeń, które postrzegane są jako groźne lub niekorzystne lub w ogóle dostrzeganie sytuacji, miejsc lub okoliczności, które wiążą się z powstawaniem chorób. W nowożytnej Europie, w związku z ówczesnym stanem wiedzy przyrodniczej i medycznej, za zagrożenie uważano m.in. takie czynniki, których obecnie za zagrażające ludzkiemu zdrowiu i życiu nie postrzegamy (np. kosmiczne fluidy, zaburzenie równowagi humorów, albo czary), nie zauważano natomiast tych, które

<sup>2</sup> Związane z tym kwestie przedstawia m.in. seria *Medycyna i religia*, pod red. B. Płonki-Syroki i M. Dąsala. Dotąd ukazały się trzy tomy.

<sup>3</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Zagrożenie chorobami zakaźnymi o charakterze masowym i jego uwarunkowania społeczno-ekonomiczne jako podstawa działań władz państw europejskich w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego*, [w:] Z. Galor, S. Kalinowski, U. Kozłowska (red.), *Marginalizacja a rozwój społeczny – między teraźniejszością i przeszłością*, Bielefeld 2017, s. 181–200. Por. też: T. Brzeziński, *Spoleczne problemy medycyny. Zdrowie publiczne*, [w:] idem (red.), *Historia medycyny*, Warszawa 2014, s. 428–449.



my dzisiaj uważamy za groźne (np. bakterie, wirusy, skażenie chemiczne środowiska naturalnego, radioaktywność, a z czynników społecznych – bieda, głód, brak higieny<sup>4</sup>). Wszystkie działania profilaktyczne podejmowane w XVII i XVIII w. kierowane były więc ku zagrożeniom, które ówczesnie uznawano za rzeczywiste. Niektóre z tych działań nie przyczyniały się do ograniczania wzrostu zachorowań, a nawet mogły powodować rozprzestrzenianie się epidemii<sup>5</sup>, natomiast inne nie mogły przynieść żadnych skutków, ponieważ zmierzały do ograniczenia zagrożeń powodowanych przez czynniki realnie nieistniejące<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Odmienności stylu i poziomu życia codziennego przedstawicieli warstw zamożnych i ubogich od średniowiecza do początku I wojny światowej jako jedna z głównych przesłanek zróżnicowania stanu zdrowia populacji w Europie*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Bogactwo i bieda: krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*. Orbis exterior – orbis interior, t. 6, Wrocław 2014, s. 55–75; T. Brzeziński, *Higiena indywidualna i społeczna, choroby zakaźne i walka z nimi*, [w:] eadem (red.), *Historia medycyny...*, s. 217–233.

<sup>5</sup> Nie zdając sobie sprawy np. z istnienia bakterii i wirusów, wywołujących choroby zakaźne, oraz możliwości roznoszenia chorób zakaźnych przez wszy, podejmowano zbiorowe praktyki kultowe (zbiorowe modlitwy, procesje i pielgrzymki) mające uprosić Boga o ustanie zagrożenia epidemicznego. Zgromadzenie w jednym miejscu dużej liczby osób, wśród których mogły być osoby zarażone, wywoływało jednak skutek przeciwny, doprowadzając do rozniesienia się epidemii na obszarze, z którego pochodzili uczestnicy tych zbiorowych praktyk. Ze względu na brak rozróżnienia przyczyn epidemii związanych z rozprzestrzenianiem się patogenów i dynamiką tego procesu (gdy zostanie zakażona większość populacji, duża jej część umrze, a pozostała, która przeżyje chorobę, wytworzy odporność na dany rodzaj patogenu) ustanie epidemii uznawano za skutek wzmożonych zbiorowych praktyk kultowych. Przy pojawieniu się kolejnej epidemii próbowano ją więc zwalczać w ten sam sposób. Dowód empiryczny oparty na zasadzie post hoc ergo propter hoc opierał się na zmniejszaniu się liczby zakażeń wraz z przedłużającym się czasem trwania epidemii. Masowe zachorowania kończyły się jednak nie w wyniku zbiorowych praktyk kultowych, lecz w związku z naturalnym przebiegiem krzywej epidemicznej, której jeszcze wówczas nie znano. Uwaga ta nie odnosi się do praktyk kultowych o charakterze indywidualnym (takich jak modlitwa), mogących w realny sposób przyczynić się do poprawy parametrów zdrowotnych u ludzi religijnych. Poczucie sensu życia związane z wyznawaną religią oraz poczucie wsparcia udzielanego przez Boga zwracającym się do Niego o pomoc wiernym nie tylko we wcześniejszych epokach, lecz także i dzisiaj jest uznawane za realny czynnik w walce z chorobą. Od lat 90. XX w. świadomość religijna pacjenta jest uznawana także przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za ważny czynnik kształtujący dobrostan psychiczny i fizyczny człowieka, wzmacniający jego wolę walki z zagrożeniem chorobowym i umacniający go w tej walce.

<sup>6</sup> Można tu wymienić np. ograniczanie wychodzenia z domu w określonych dniach roku kalendarzowego przez osoby urodzone pod pewnym znakiem Zodiaku, kiedy nasilenie kosmicznych wpływów ma być dla tychże osób szczególnie groźne, strzelanie z armat do morowego powietrza, lub rozpalanie w tym samym celu ognisk na ulicach miast. Za działania pozbawione jakiegokolwiek wpływu na rozprzestrzenianie epidemii lub tzw. chorób zwykłych można też uznać wszystkie formy czarów. Z tego powodu za nieskuteczne należy uznać wszystkie rodzaje tzw. magii ochronnej, mogącej obronić człowieka przed czarami jako czynnikiem wywołującym choroby. Każde z tych działań miało charakter intencjonalny, podejmowane były ze świadomo-

Ze względu na brak właściwego rozpoznania realnych przyczyn chorób, człowiek przez wieki zmagał się z ich następstwami, nie mógł bowiem skutecznie się przed nimi chronić<sup>7</sup>, nie podejmował także w odpowiedniej do zagrożenia skali działań, które mogły wywierać konkretne skutki na ograniczenie masowych zachorowań, np. skierowanych na radykalną poprawę stanu higieny<sup>8</sup>. Nie mógł także skutecznie leczyć większości chorób, w tym epidemicznych, nie dysponując odpowiednimi lekami<sup>9</sup>. Mógł jedynie łagodzić ich objawy, w czym na podstawie wielowiekowych obserwacji osiągnął dużą biegłość. Zwykle jednak sytuacja ta nie trwała długo, ponieważ rozwijające się w organizmie chorego schorzenie ulegało z czasem nasileniu, co doprowadzało pacjenta do śmierci, mimo wysiłków lekarzy i opiekującej się nim rodziny<sup>10</sup>.

Bezbronność ludzi wobec zagrożenia związanego z nagłym występowaniem masowych chorób epidemicznych oraz wobec skutków tzw. chorób zwykłych, z którymi na co dzień się spotykano powodowała, że ludzkie życie przebiegało w warunkach nieustannego zagrożenia. Wzrastało ono szczególnie w czasie epidemii<sup>11</sup>.

---

ścią tego, że mogą być skuteczne. Można opisać te nieistotne ze współczesnego punktu widzenia działania jako „profilaktyczne w sensie rzeczywistym” dla podejmujących je ludzi. Działania te były podejmowane przed pojawieniem się choroby, były wyraźnie ukierunkowane na cel, jakim było zapobieżenie jej wystąpieniu i opierały się na określonych procedurach, których dokładne wykonanie warunkowało ich skuteczność. Te same idee występują także we współczesnym modelu profilaktyki, są jednak wypełniane odmienną treścią, odpowiednią do innego niż dawniej sposobu definiowania zagrożeń, których występowaniu profilaktyka ma zapobiegać.

<sup>7</sup> Por. J. Gilewska-Dubis, *Diagnostyka, terapia i profilaktyka chorób zakaźnych w średniowiecznej medycynie europejskiej*, [w:] B. Płonka-Syroka, T. Srogosz (red.), *Zdrowie i choroba jako problem polityczny i społeczny. Medycyna w kontekście działań państwa*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 9, Wrocław 2005, s. 17–34.

<sup>8</sup> Dopiero po wprowadzeniu na wybranych obszarach świata ścisłego reżimu higienicznego, obejmującego obok higieny indywidualnej także nadzór sanitarno-higieniczny, udało się zahamować występowanie masowych epidemii wywoływanych przez bakterie. W krajach o wysokim poziomie higieny i sprawnie działającym nadzorze sanitarnym mniejszy niż w innych zasięg i śmiertelne skutki mają także choroby o etiologii wirusowej. Por.: G. Vigarello, *Czystość i brud. Higiena ciała od średniowiecza do XX wieku*, tłum. B. Szwarzman-Czarnota, Warszawa 1998; idem, *Historia zdrowia i choroby – praktyki sanitarne od średniowiecza do współczesności*, tłum. M. Szymańska, Warszawa 2011.

<sup>9</sup> Por. F. Lebrun, *Jak dawniej leczono. Lekarze, święci i czarodzieje w XVII i XVIII wieku*, tłum. Z. Podgórska-Klawe, Warszawa 1997.

<sup>10</sup> Można np. łagodzić objawy bólowe, występujące w przebiegu zaawansowanej kiły, lub starać się ułatwić oddychanie choremu na gruźlicę, wywożąc go w góry lub nad morze. Nie może to jednak w żaden sposób zahamować rozwoju tych chorób zakaźnych, które nie leczone przyczynowo prowadzą chorego do śmierci. Podobnie łagodzenie objawów chorób niezakaźnych, takich jak nowotwory, zaburzenia układu krążenia i in. nie może doprowadzić do wyleczenia tych schorzeń.

<sup>11</sup> Poczucie grozy związanej z wystąpieniem masowej epidemii nie ograniczało się do średniowiecza i do czasów nowożytnych. Obserwowano je także w Europie w XIX w., gdy pojawiła

Niektóre z nich miały zasięg i znaczenie globalne<sup>12</sup>, natomiast inne ograniczony do jednego kontynentu<sup>13</sup> lub jego wydzielonego obszaru<sup>14</sup>. Skutki epidemii nie ograniczały się tylko do depopulacji objętego epidemią terenu, ale wywoływały szereg zmian w świadomości społecznej. Ludzie zadawali sobie wówczas pytania o przyczyny masowej śmierci. Nie znajdując odpowiedzi w czynnikach naturalnych (nie umieli ich jeszcze wówczas rozpoznać), odwoływali się do interpretacji supranaturalistycznej: choroby traktowali jako Bożą karę<sup>15</sup>. Prowadziło to do rozwoju refleksji na ten temat, a także do popularyzowania jej wyników w szerszych kręgach społecznych.

Masowe epidemie występujące w Europie, zarówno w starożytności i średniowieczu, jak i w czasach nowożytnych zainicjowały próby podjęcia środków w celu

---

się tu po raz pierwszy epidemia cholery. Choroba miała gwałtowny przebieg i odznaczała się wysokim poziomem śmiertelności. Wzbudziła więc na wielu obszarach kontynentu europejskiego panikę wśród ludności. Por. O. Briese, *Angst in den Zeiten der Cholera. Über kulturelle Ursprünge des Bakteriums (Seuchen-Cordon I)*, Berlin 2003. Z przebiegu tej epidemii, oraz kilku następnych, wyprowadzono w europejskiej medycynie klinicznej radykalne wnioski. Dysponowano już bowiem odpowiednią metodologią, aby ocenić skuteczność (lub nieskuteczność) metod stosowanych w ich leczeniu i zapobieganiu ich wystąpieniu. Ocena ta wypadła negatywnie, co skłoniło europejskie środowiska akademickie do odrzucenia teorii patologicznych obowiązujących w medycynie od starożytności i skoncentrowaniu się na budowie podstaw nowej patologii, opartej na dobrze udokumentowanych doświadczeniach i obserwacjach, prawidłowo ujętych w ramy nowej metodologii klinicznej. Skutkiem tego było wypracowanie podstaw mikrobiologii, które zostały stworzone w latach 30. i 40. XIX w., sprecyzowane w latach 50.–70., a wprowadzone do standardu medycyny europejskiej w latach 80. XIX w. Por. B. Płonka-Syroka, *Zagrożenie chorobami o charakterze masowym...*, s. 324–326 i 331–337.

<sup>12</sup> Por. K.F. Kiple, *Wielkie epidemie w dziejach ludzkości*, tłum. Z. Sidorkiewicz, Poznań 2002; F.F. Cartwright, M. Bidis, *Niewidoczny wróg. Zarazy i ich historia*, tłum. M. Wyrwas-Wiśniewska, Warszawa 2005.

<sup>13</sup> Por. K. Polek, Ł.T. Sroka (red.), *Epidemie w dziejach Europy. Konsekwencje społeczne, gospodarcze i kulturowe*, Kraków 2016.

<sup>14</sup> Por. W. Berner, *Stan sanitarny, ochrona zdrowia i sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych w Krakowie w okresie autonomii galicyjskiej (lata 60/70. XIX w. – do 1914 r.)*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, t. 63, nr 1, s. 149–155; R. Tomczyk, *Zagrożenia epidemiologiczne na terenie austriackiej monarchii habsburskiej w XIX w. (do 1914 r.)*. *Aspekty prawne i administracyjne*, „Galicia. Studia i Materiały” 2015, nr 1, s. 99–113; B. Płonka-Syroka, *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Leczyć, uzdrawiać, pomagać*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 11, Wrocław 2007, s. 161–178.

<sup>15</sup> Szerzej na temat postrzegania choroby w ujęciu metafizycznym i o wpływie zmian w koncepcji podmiotowości człowieka na kształtowanie się standardu medycyny por.: B. Płonka-Syroka, *Różne koncepcje podmiotowości człowieka w teoriach i doktrynach medycznych*, „Medycyna Nowożytna” 1996, t. 3, nr 1–2, s. 23–50; eadem, *Historyczne koncepcje podmiotowości człowieka i ich wpływ na ukształtowanie się założeń programowych nowożytnej medycyny*, [w:] J. Jusiak, J. Miżńska (red.), *Podmiot w procesie*. Lubelskie Odczyty Filozoficzne, t. 7, Lublin 1999, s. 211–239.

zapobiegania ich wystąpieniu w przyszłości, a przede wszystkim przywrócenia do życia dotkniętych nimi obszarów. Nie zawsze okazywało się to możliwe z zachowaniem dotychczasowych struktur wiedzy<sup>16</sup> oraz władzy, bowiem epidemie doprowadzały do ich destrukcji<sup>17</sup>. Im większe były straty w ludziach, tym bardziej radykalne okazywały się zmiany, które trzeba było podjąć. Niemożliwe było już bowiem ożywienie wyludnionych przez epidemie obszarów na tych samych zasadach co wcześniej. Konieczne było wprowadzenie nowych rozwiązań prawno-ustrojowych i nowych metod gospodarowania<sup>18</sup>, a nawet zasiedlenie tych obszarów przez nowych ludzi<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Por. A.C. Crombie, *Von Augustinus bis Galilei. Die Emanzipation der Naturwissenschaft*, Köln – Berlin 1964.

<sup>17</sup> Na przykład plaga Justyniana jest uważana za jeden z najważniejszych czynników prowadzących w VI w. n.e. do destrukcji pozostałości Cesarstwa Zachodniorzymskiego w Europie. Skala depopulacji wywołana przez tę epidemię była tak wielka, że możliwe było stworzenie na tym obszarze wielu nowych państw, rządzonych przez elity nie wywodzące się ze starożytnego Rzymu, zamieszkiwanych w zdecydowanej większości przez ludność nie powiązaną etnicznie z obywatelami Cesarstwa Rzymskiego. Por. L.K. Little, *Plaque and the End of Antiquity: The Pandemic of 541–750*, Cambridge 2002; K. Harper, *The Fate of Rome: Climate, Disease and the End of Empire*, Princeton 2017.

<sup>18</sup> Wielu historyków upatruje genezę nowożytnych przemian społeczno-ustrojowych w Europie w głębokim załamaniu demograficznym, które wystąpiło na skutek epidemii dżumy w latach 1346–1349. W wyniku tej epidemii zmarło ok. 50% mieszkańców Europy. Epidemia dżumy przybrała postać pandemii, która trwała ok. 350 lat. Jej kolejne fale powracały w Europie do XVIII w. W 2 poł. XVII w. wypracowano w Europie zachodniej standard walki z epidemiami, który został wdrożony w XVIII w. Przyczyniło się to do radykalnych przemian w modelu zarządzania państwem. Pojawiła się kategoria zdrowia publicznego jako obszaru działań władz państwowych. Prerogatywą państwa stało się zarządzanie relacjami między zagrożeniem epidemicznym a porządkiem społecznym. Skutkiem tej zmiany było wzmocnienie władzy państwowej, sekularyzacja opieki medycznej i społecznej, objęcie całej populacji państwa zarządzeniami sanitarno-epidemiologicznymi zmierzającymi do odizolowania osób uznawanych za źródło zagrożenia epidemicznego i stworzenie trwałych podstaw finansowania świeckich instytucji związanych z opieką medyczną (wydziałów lekarskich państwowych uniwersytetów, szpitali powszechnych, instytucji nadzoru sanitarno-epidemicznego). Były one w pełni kontrolowane przez państwo i realizowały jego politykę zdrowotną, zgodną z określonym modelem zarządzania populacją. Szerzej na ten temat por.: K.G. Zinn, *Kanonen und Pest. Über die Ursprünge der Neuzeit im 14. und 15. Jahrhundert*, Opladen 1989; D. Herlichy, *The Black Death and the Transformation of the West*, Berlin 1998; F. Snowden, *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*, Yale 2019; B. Campbel, *The Great Transition: Climate, Disease and Society in the Late-Medieval World*, Cambridge 2016; D. Parker, *Health, Civilisation and the State. A history of public health from ancient to modern Times*, London – New York 2005.

<sup>19</sup> Z takim zjawiskiem mieliśmy do czynienia po utracie życia w wyniku epidemii chorób zakaźnych przez ok. 90% rdzennych mieszkańców obu Ameryk po odkryciu tych kontynentów przez Europejczyków. Zawleczone przez nich do Ameryki Płn. i Płd. choroby zakaźne, takie jak grypa, odra i ospa (i inne) w ciągu jednego pokolenia doprowadziły do wymarcia większości

W XVII i XVIII w. na Śląsku, na przykładzie którego przedstawiam proces medykalizacji profilaktyki, epidemie chorób zakaźnych występowały w skali masowej. Doprowadziły do zahamowania rozwoju demograficznego tej prowincji, osłabiły jej gospodarkę i ułatwiły podbój Śląska przez Prusy, które narzuciły tu własną władzę, religię i regulacje gospodarcze, próbowały także narzucić związane z religią panującą sposoby interpretacji świata, normy moralne i obyczaje, a także standard medycyny<sup>20</sup>. Propagowano te zmiany w różnych formach. Ich nośnikami były m.in. kalendarze, których publikowanie wymagało zgody pruskiej cenzury i akceptacji ich treści przez Berlińską Królewską Akademię Nauk. W ten sposób zamierzano wprowadzić zmiany w świadomości czytelników kalendarzy, zrywając uprzednio występujący w tych źródłach związek z polityką religijną i nauką katolickiej Austrii<sup>21</sup>.

---

rodzimej ludności tych kontynentów. Aby umożliwić ich eksploatację gospodarczą nie wystarczało przesiedlenie części ludności z państw, które dokonały kolonizacji (Hiszpania, Portugalia, a z czasem także Anglia). Zdecydowano się więc na sprowadzenie do Ameryki kilkunastu milionów niewolników z Afryki.

<sup>20</sup> Por. A. Syroka, *Popularisierung von Wissen über Heilkunde und Heilmittel in schlesischen Kalender des 17. und 18. Jahrhundert*, [w:] J. Kiefer (red.), *Heilkunde und Heilmittel. Zur Erwerb und Transfer von medizinische-pharmazeutischen Wissen in Europa*. Europäische Wissenschaftsbeziehungen, t. 5, Aachen 2013, s. 83–96; idem, *Schlesische Kalender als Forschungsquelle über die Medikalisierung des Gesundheitsbewusstseins in Schlesien in der Neuzeit*, [w:] K.-D. Herbst (red.), *Schreibkalender und ihre Autoren in Mittel-, Ost- und Ostmitteleuropa (1540–1850)*, Bremen 2018, s. 281–318. Por. też: A. Syroka, *Problematyka medyczna w śląskich kalendarzach z XVII i XVIII wieku*, „Medycyna Nowożytna” 1995, t. 2, z. 1, s. 49–69; idem, *Zalecenia prozdrowotne w osiemnastowiecznych kalendarzach śląskich*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena nowożytna (XV–XVIII w.)*, Bydgoszcz 2015, s. 227–238.

<sup>21</sup> W 1744 r. król pruski Fryderyk II wydał edykt, zgodnie z którym na terenie państwa pruskiego żaden druk nie może być publikowany bez uzyskania aprobaty jego treści przez Berlińską Królewską Akademię Nauk. Za uzyskanie orzeczenia Akademii umożliwiającego publikację autor lub wydawca musiał uiścić opłatę 2 groszy od arkusza książki i 6 groszy od arkusza druków okolicznościowych. Por. A. Syroka, *Zdrowie, choroba, profilaktyka i terapia w kalendarzach śląskich z XVII i XVIII wieku*, Wrocław 2020, s. 67. Od 1744 r. w każdym kalendarzu wydawanym na Śląsku i dla Śląska publikowano treść edyktu Fryderyka II zakazującego publikowania kalendarzy nie aprobowanych przez pruską cenzurę i rozprowadzania na terenie Śląska kalendarzy importowanych, wydawanych poza granicami Prus.

## Kontekst przedstawiania tematów związanych ze zdrowiem i chorobą na łamach kalendarzy śląskich z lat 1615–1786

W 1615 r., tj. w początkowym okresie przedstawianych w tym rozdziale analiz<sup>22</sup>, rozpoznawanie przyczyn zagrożenia związanego z chorobami miało w Europie charakter dualistyczny. Przyczyny te były przede wszystkim rozpoznawane w kategoriach Bożego sprawstwa, a więc wyroku Bożego, kary Bożej lub też Bożego dopustu, a dopiero na drugim planie przyjmowano znane ówczesznie interpretacje naturalistyczne, przy czym te pierwsze kategorie (supranaturalistyczne) uznawano za bardziej znaczące. Zarówno autorzy kalendarzy, jak i ich czytelnicy odnosili swoje poglądy dotyczące świata do jego wizji określonej przez Biblię. Wszystkie zdarzenia w świecie doczesnym interpretowane były w wyznaczonych przez nią ramach interpretacyjnych, w których ludzkie życie było zależne od Boga, a na indywidualne ludzkie losy i ogólną życiową pomyślność w mniejszym stopniu wpływała własna ludzka wola i praktyczne postępowanie, niż niemożliwe przez człowieka do przeniknięcia wyroki Opatrzności.

W 1786 r., tj. w roku, na którym kończy się przeprowadzana w niniejszym rozdziale analiza źródeł<sup>23</sup>, postrzegano już świat inaczej, zmieniło się bowiem definiowanie zakresu ludzkiego sprawstwa<sup>24</sup>. Człowiek został uznany za istotę odpowiedzialną za swoje czyny i za ogólną życiową pomyślność. Jeżeli ludzkie życie układało się niepomyślnie, to uważano, że dzieje się to przede wszystkim z powodu własnych przewinień, a nie ze względu na niezbadane wyroki Opatrzności lub niekorzystne zrządzenia losu. Nadal wprawdzie wierzono, że nad wszystkimi zdarzeniami świata czuwał Bóg, ale zakres ludzkiej wolności (i zarazem odpowiedzialności) w określeniu perspektyw życiowych uległ znacznemu poszerzeniu.

Występowanie chorób połączono w XVIII w. z prowadzeniem złego stylu życia, albo z niekorzystnymi działaniami innych ludzi. W każdym z tych dwóch wypadków człowiek miał znacznie większą szansę, by się obronić przed zachorowaniem, niż gdyby pojmowano pojawienie się choroby jako wynik kary Bożej, dopust Boży albo zrządzenie losu. Człowiek mógł próbować zmienić zły styl życia lub bronić

---

<sup>22</sup> Cezura początkowa przeprowadzanych w niniejszym rozdziale analiz nad ewolucją koncepcji profilaktyki została wyznaczona przez datę wydania w XVII w. pierwszego z zachowanych do czasów współczesnych kalendarzy śląskich.

<sup>23</sup> Cezura końcowa przyjęta w tym rozdziale jest związana ze zmianą na tronie pruskim. W 1786 r. zmarł król Prus Fryderyk II Wielki, zastąpiony na pruskim tronie przez Fryderyka Wilhelma II. Z jego panowaniem w Prusach wiąże się odwrót od ideałów Oświecenia w pruskiej myśli medycznej i zastąpienie ich przez tendencje anty-oświeceniowe. Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 231–246.

<sup>24</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym wieku*, Warszawa 1999, s. 142, 197 i in.

się przed działaniami innych ludzi, było to bowiem postępowanie odpowiednie do jego sił i możliwości. Nie sposób było jednak bronić się przed Bogiem, Jego wołą lub karą. Nawet wtedy, gdy ludzkie działania profilaktyczno-obronne kierowane w stronę zagrożeń wywoływanych przez innych ludzi ostatecznie nie okazywały się skuteczne, to przynajmniej istniała na to jakaś szansa. Zrozumienie Bożych intencji przekraczało natomiast zdolności poznawcze ludzi, wskazywała na to nie tylko codzienna praktyka życiowa, lecz także liczne fragmenty Biblii<sup>25</sup>.

W tej sytuacji, w obliczu stałego potencjalnego zagrożenia chorobą, ludzie tworzyli systemy działań ochronnych, które mogłyby ich jakoś ustrzec przed niebezpieczeństwem nagłej i niespodziewanej śmierci albo przed trwałym kalectwem i jego społecznymi konsekwencjami. Nie mogąc zrozumieć Bożych intencji, przeniknąć Bożych planów i zamierzeń, można było jednak próbować przyjąć życiową perspektywę skierowaną na Boga, na przestrzeganie Jego zaleceń, na podporządkowywanie się wskazywanym przez kapłanów zasadom moralnym wypływającym z Biblii i nauczania Apostołów, Ojców Kościoła oraz chrześcijańskich świętych. Tego rodzaju postępowanie miało zmniejszać w sposób potencjalny możliwość Boskiej kary za postępowanie, które w myśl reguł chrześcijańskiej religii i moralności uznawane było za grzeszne.

Oficjalne instytucje religijne od chwili ukonstytuowania się chrześcijańskiej wspólnoty i wyłonienia z niej władz Kościoła opracowały system norm, które miały regulować niemal wszystkie aspekty ludzkich zachowań, od odżywiania po życie seksualne. Złamanie tych norm przez ludzi było traktowane w kategoriach grzechu, który mógł sprowadzić Bożą karę. W okresie reformacji luterkańskiej ta sama perspektywa została przyjęta przez oficjalne władze także tej konfesji. W obu wyznaniach zachowywanie Bożych przykazań i upowszechnianych przez oficjalne instytucje religijne norm moralnych, a także sprawowanie określonych form kultu, było uznawane za sprzyjające nie tylko zbawieniu człowieka po śmierci, lecz także

---

<sup>25</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 359–368. Stosunek Biblii do choroby przedstawianej w kontekście metafizycznym możemy odnaleźć m. in. w takich fragmentach, jak *Księga Hioba*, [w:] *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*. W przekładzie z języków oryginalnych. Opracował zespół biblistów polskich z inicjatywy benedyktynów Tynieckich. Wydanie trzecie poprawione, Poznań – Warszawa 1980, s. 539–567; *Księga Mądrość Syracha*, ibidem, s. 778–884, a także w Ewangeliach: św. Mateusza (*Uzdrowienie trędowatego*, *Setnik z Kafarnaum*, *W domu Piotra*, *Dwaj opętani*, *Uzdrowienie paralityka i in.*), św. Marka (*Uzdrowienie opętanego*, *Uzdrowienie paralityka*, *Uzdrowienie trędowatego*, *Uzdrowienie w szabat*, *Kobieta cierpiąca na krwotok*, *Uzdrowienie głuchoniemego*, *Uzdrowienie epileptyka*, *Niewidomy pod Jerychem*), św. Łukasza (*Uzdrowienie opętanego*, *W domu Piotra*, *Uzdrowienie trędowatego*, *Uzdrowienie paralityka*, *Uzdrowienie w szabat*, *Dwóch niewidomych*, *Uzdrowienie opętanego i in.*) i św. Jana (*Uzdrowienie chromego nad sadzawką*, *Uzdrowienie niewidomego od urodzenia i in.*).

zachowaniu przez niego ogólnego dobrostanu życiowego. Można było bowiem założyć, iż Bóg przestrzegających Jego przykazań i dostosowujących swoje życie do obowiązujących norm moralnych ludzi obdarzy zdrowiem i długim życiem, będzie sprzyjał realizacji ich celów życiowych, da im zdrowe potomstwo i zezwoli na pomnożenie majątku, zezwalającego na utrzymanie rodziny w zdrowiu i bezpieczeństwie, natomiast ludzie grzeszni, nie przestrzegający Bożych przykazań, łamiący normy moralne, spodziewać się mogą za to nieuchronnej kary. Karą tą często była choroba<sup>26</sup>.

W omówionym powyżej kontekście mentalnym doszło do sformułowania koncepcji tzw. profilaktyki moralnej<sup>27</sup>. Był to złożony i spójny system, łączący różne elementy mogące być pojmowane przez wiernych obu wyznań chrześcijańskich (katolików i protestantów) jako sprzyjające zachowaniu zdrowia. System ten był realizowany w praktyce razem z innymi działaniami, których uzasadnienie czerpano z ówczesnego standardu wiedzy medycznej. Wydawcy kalendarzy, podobnie jak innych poradników popularyzujących zasady dobrego życia, przekonywali swoich czytelników nie tylko do korzystania z usług lekarzy, lecz także do podporządkowywania się rozporządzeniom władz lokalnych i państwowych, a przede wszystkim do zachowywania wynikających z wyznawanej religii norm moralnych. Prowadzenie moralnego i umiarkowanego życia miało być najlepszą gwarancją zachowania zdrowia. Publikowane w kalendarzach śląskich rozporządzenia władz centralnych uzupełniały lokalne prawo sanitarne, któremu podlegali wszyscy mieszkańcy miast. Ponieważ obowiązywało ono na Śląsku od XIII w., mieszkańcy zdążyli się już do niego przyzwyczaić, nie było więc konieczności szerszego jego omawiania. Na co dzień spotykali się z działalnością fizyków miejskich, organizujących system zabezpieczeń przeciwepidemicznych, któremu wszyscy mieszkańcy miasta podlegali<sup>28</sup>. Znane im były także regulacje prawne dotyczące działalności aptek, z których korzystali, zapewniające, że sprzedawane w nich leki były sporządzane z legalnie pozyskiwanych surowców i wykonywane według recept wystawianych przez lekarzy<sup>29</sup>. Należy podkreślić, że kalendarze popularyzowały treści dotyczące zdrowia, choroby i profilaktyki bez wchodzenia w kompetencje lekarzy i aptekarzy.

---

<sup>26</sup> Por. A. Syroka, *Pojęcie choroby w kalendarzach śląskich z XVII–XVIII w. i jego ewolucja związana z procesem medykalizacji świadomości zdrowotnej*, [w:] *Zdrowie, choroba, profilaktyka i terapia w kalendarzach śląskich...*, s. 134–179.

<sup>27</sup> Określenie to nie występuje w analizowanych śląskich nowożytnych kalendarzach, lecz zostało nadane przez autorów artykułu wymienionego w przypisie 1 do niniejszego rozdziału, umożliwiając zbiorcze ujęcie w jeden system pewnego zespołu poglądów, praktyk i postaw.

<sup>28</sup> Por. J. Gilewska-Dubis, *Życie codzienne mieszczan wrocławskich w dobie średniowiecza*, Wrocław 2000.

<sup>29</sup> Por. A. Syroka, B. Płonka-Syroka, *Ustawodawstwo apteczne Piastów Brzeskich w XVII w.*, „Śląski Kwartalnik Historyczny Sobótka” 1985, t. 40, nr 2, s. 275–280.



Nie propagowały autodiagnostyki i samolecznictwa, ale jedynie samopomoc w chorobie i metody możliwe do samodzielnego zastosowania w domu „do czasu przybycia lekarza”, co uznawano za normę i propagowano. Jeżeli z jakichś względów szybkie przybycie lekarza (lub zawieszenie chorego do jego gabinetu) nie było możliwe (np. dla mieszkańców obszarów wiejskich), kalendarze tłumaczyły czytelnikom, co mogą sami zrobić, aby zachować pacjenta przy życiu lub przynieść mu ulgę w cierpieniu do czasu, gdy ostatecznie zajmie się nim lekarz lub przynajmniej chirurg. Zalecały także osobom chorym i ich rodzinom ścisłą współpracę z lekarzami i kształtowały zaufanie do ich wiedzy. Przedstawione powyżej czynniki tworzyły kontekst dla publikowanych w kalendarzach śląskich zaleceń dotyczących profilaktyki<sup>30</sup>, zakorzenionej w chrześcijańskich regułach moralności<sup>31</sup>.

### Profilaktyka moralna

Profilaktyka moralna w XVII w. miała charakter indywidualny, a co najwyżej rodzinny. Kalendarze adresowały swoje zalecenia z tego zakresu do czytelników jako jednostek, z których każda realizować je miała na swój sposób, niezależnie od intencji i działań instytucji państwowych. W drugiej połowie XVIII w. sytuacja ta uległa zmianie. W katolickiej Austrii i luterańskich Prusach zaczęto niemal równocześnie tworzyć podwaliny państwowych systemów medycyny publicznej<sup>32</sup>. By systemy te funkcjonowały skutecznie, należało pozyskać na nie stałe środki z podatków i przekonać płatników, że jest to rozwiązanie bezpieczne dla nich, a przeznaczone na ten cel środki nie muszą być większe, niż wcześniej przeznaczane na jałmużnę w ramach działalności charytatywnej<sup>33</sup>.

Kalendarze publikowane na Śląsku w czasach pruskich zaangażowały się w popularyzację tej koncepcji. Wywarło to wpływ na zmianę standardu profilaktyki mo-

---

<sup>30</sup> Por. A. Syroka, *Ewolucja poglądów dotyczących możliwości zapobiegania chorobom w kalendarzach śląskich z XVII–XVIII w. związana z procesem medykalizacji świadomości zdrowotnej*, [w:] *Zdrowie, choroba, profilaktyka i terapia w kalendarzach śląskich...*, s. 180–252.

<sup>31</sup> Por. N.M. Wildiers, *Obraz świata a teologia*, tłum. J. Doktor, Warszawa 1985, s. 5–89.

<sup>32</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Wpływ czynników wewnątrz naukowych i zewnątrz naukowych na ukształtowanie się systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie Zachodniej (na przykładzie wybranych państw)*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze...*, s. 126–431; eadem, *Wpływ czynników społeczno-politycznych na kształtowanie się systemu medycyny publicznej w Prusach i zjednoczonych Niemczech do 1914 roku*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud: higiena w XIX wieku – wokół przelomu bakteriologicznego*, Bydgoszcz 2016, s. 279–315.

<sup>33</sup> Por. T. Tokarek, *Historia działalności charytatywnej w Europie – od czasów starożytnych do końca XIX wieku*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Leczyć, uzdrawiać, pomagać...*, s. 381–424.

ralnej. Dawniej występujące jej formy zostały uzupełnione o nowe, które łączyły argumenty religijno-moralne z praktycznymi. Formami tymi nie były już bowiem wyłącznie praktyki religijne, indywidualne i zbiorowe, lecz także motywowana religijnie i moralnie praktyczna działalność na rzecz bliźnich znajdujących się w potrzebie i ze względu na starość, chorobę lub ubóstwo nie będących w stanie sobie pomóc.

Drugim obliczem profilaktyki moralnej z tego okresu stała się koncepcja policji lekarskiej<sup>34</sup>, w której stosując przymus prawny powoływano się na argumentację moralną. Chroniono przed zachorowaniem osoby zdrowe, izolując od nich osoby, których zachowanie uznawano za niemoralne ( prostytutki, włóczędzów, osoby uchylające się od pracy). Ich styl życia, zgodnie z ustaleniami lekarzy z 2 poł. XVIII w.<sup>35</sup>, prowokował częstsze niż w innych grupach społecznych występowanie chorób epidemicznych, które przenosiły się później na innych. Wprawdzie w samym systemie policji lekarskiej nie odwoływano się bezpośrednio do argumentów wyprowadzanych z religii, niemniej jednak jego struktura była zakorzeniona w chrześcijańskich regułach moralnych, akceptowanych zarówno przez katolików, jak i luteran.

## **Ewolucja zakresu profilaktyki moralnej w kalendarzach śląskich**

W obrębie profilaktyki moralnej upowszechnianej na łamach kalendarzy śląskich w XVII i XVIII w. możemy wyodrębnić szereg obszarów tematycznych. Niektóre z nich utrzymały się przez te dwa stulecia we w miarę niezmiennym kształcie, natomiast inne po okresie rozkwitu zaczęły zanikać. W 2 poł. XVIII w. w obrębie omawianej tu problematyki pojawiły się obszary nowe, łączące kwestie religijne, moralne i medyczne w nowy sposób. Wszystkie omawiane obszary łączy jednakże wspólna perspektywa: pojmowania ludzkiego życia jako egzystencji w obecności Boga, ze świadomością Bożej mocy i sprawstwa względem wszystkich bytów i relacji między nimi, zarówno w Niebie, jak i na Ziemi.

---

<sup>34</sup> Por. C. Bartel, *Medizinische Polizey*, Frankfurt 1989. Por. też: B. Płonka-Syroka, *System policji lekarskiej Johanna Petera Franka jako przykład realizacji oświeceniowej idei prawa do zdrowia*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud: higiena nowożytna (XV–XVIII w.)*, Bydgoszcz 2015, s. 307–328.

<sup>35</sup> E. Formey, *Versuch einer medizinischen Topographie von Berlin*, Berlin 1796. Por. też: J. Brügellmann, *Der Blick des Arztes auf die Krankheit im Alltag 1779–1850. Medizinische Topographie als Quelle für die Sozialgeschichte des Gesundheitswesens*, Berlin 1982.

## Pobożność, rozsądek i umiarkowanie jako podstawa profilaktyki moralnej

Od początku XVII w.<sup>36</sup> publikowane były na łamach kalendarzy zalecenia mające umożliwić czytelnikom uchronienie się przed chorobą jako karą Bożą<sup>37</sup>. Miały one względnie jednolity charakter zarówno dla katolików, jak i dla stanowiących większość mieszkańców Śląska protestantów. Autorzy kalendarzy podkreślali, że mamy większą szansę na dobre zdrowie i długie, owocne życie, gdy będziemy postępować w sposób zgodny z nakazami moralnymi czerpanymi z Biblii. Dobre zdrowie wiąże się bowiem z Bożą łaską, jest jej widocznym przejawem<sup>38</sup>. Może być uznawane zarówno jako nagroda za prowadzenie przez człowieka moralnego życia, podporządkowanego normom religijnym oraz prawu, jak i wyraz Bożej łaski<sup>39</sup>.

Kalendarze z lat 1615–1786 poświęcały problematyce moralnego życia dużo miejsca<sup>40</sup>. Przedstawiano czytelnikom liczne przykłady właściwego pod względem moralnym stylu i pozytywnych skutków jego zachowywania<sup>41</sup>. Publikowano także przykłady zachowań niemoralnych, których ze względu na ich niekorzystne skutki człowiek pragnący zachować zdrowie i długie życie powinien zdecydowanie unikać<sup>42</sup>. Dokonano jednoznacznego połączenia moralności z efektywnością (owocno-

---

<sup>36</sup> W niniejszym rozdziale będę korzystać z wybranych kalendarzy śląskich z lat 1615–1788. Jeszcze dwa lata po śmierci Fryderyka II, która stanowi cezurę końcową niniejszej pracy (1786) w kalendarzach publikowano bowiem informacje odnoszące się do okresu jego panowania, istotne dla przeprowadzanych tu analiz. Kompletny wykaz wykorzystanych kalendarzy, z podaniem pełnych wersji ich tytułów, znajduje się w monografii A. Syroki pt. *Zdrowie, choroba, profilaktyka i terapia w kalendarzach śląskich z XVII i XVIII wieku*, Wrocław 2020.

<sup>37</sup> P. Gothard 1615, *Groß Prognostikon... Altera pars symptomatica. Von Krankheiten*.

<sup>38</sup> P. Gothard 1615, *Dem Christlichen und geneigten Leser Fried / Gesundheit und Gottes Segen zum glückseligen Neuen Jahr!*

<sup>39</sup> Interpretacja ta znajdowała się we wszystkich kalendarzach z lat 1615–1786 analizowanych w niniejszej pracy, w tym: P. Gotharda 1615 i 1617, E. Kraetschmera 1627; V. Hannckego (Froelich) 1634; G. Gebharda z 1640 i 1642, a także dalszych wymienionych w przypisie 40.

<sup>40</sup> Np. Ch. Neubarth 1666, *Astrologisches Bedenken*, stwierdza, że szczęście, radość i pokój są dane ludziom przez Boga, tak jak wszystko inne w ziemskim życiu. Jeżeli chcą więc zachować zdrowie i żyć bezpiecznie, powinni wypełniać obowiązki wobec Boga i żyć moralnie. To samo stanowisko zajmowali autorzy wszystkich analizowanych w tym artykule kalendarzy, głównie w rozdziałach pt. *Astrologisches Bedenken*, *Astrologisches Muthmassung* lub *Astrologisches Judicium*. Gdy po 1744 r. rozdziały o takich tytułach nie są już w kalendarzach publikowane, pogląd ten przedstawiany bywa w ich różnych miejscach.

<sup>41</sup> G. Gebhard 1640, *Astrologische Muthmssung*. Gothard łączy pokój, efektywność ludzkiej pracy i zdrowie, jako podstawowe warunki umożliwiające człowiekowi przeżycie. Gdy ludzie nie przykładają się do pracy i nie dbają o swoje zdrowie, ich życie nie będzie efektywne.

<sup>42</sup> Przykłady zachowania niemoralnego występują m.in. w kalendarzach P. Gotharda z 1615 i 1617 r., V. Hannckego (D. Froelicha) z 1634 r., G. Gebharda z 1640 i 1642 r., E. Wagnera

ścią – Fruchtbarkeit)<sup>43</sup> życia i braku kontroli moralnej nad życiem z jego nieefektywnością lub chorobą. Postępowanie niemoralne miało w sposób nieuchronny doprowadzić człowieka do różnego rodzaju nieszczęść, którymi Bóg go ukarze.

---

z 1662 r., Ch. Neubartha z 1658 i 1666 r., a także w następnych wydawanych w czasach austriackiego panowania na Śląsku. Bywają publikowane w rozdziałach pr. *Von Krieg und Unglück*, w których autorzy wyraźnie podkreślają ludzką winę za nieszczęścia, jakie na nich spadają. Wojny wywoływane są przez nadmierne ambicje władców i różnego rodzaju buntowników spośród ich poddanych. Zawsze towarzyszą im zachowania okrutne i niemoralne, a często poprzedzają nadmierne emocjonalne, kierowane żądzą władzy lub bogactwa, czy bezmyślne. Są to zachowania jednoznacznie negatywne moralnie.

- <sup>43</sup> Pojęcie owocności (Fruchtbarkeit) pojawia się w kalendarzu G. Gebharda na 1640 r. i od tamtego czasu występuje w nich coraz częściej. W XVIII stuleciu pojawia się już w każdym z nich. Od kalendarza Ch. Neubartha na 1666 r. pojęcie to pojawia się przede wszystkim (choć nie tylko) w rozdziałach pt. *Von Frucht – oder Unfruchtbarkeit der Erde-Gewächse (O owocności/plodności – lub bezowocności/bezplodności Ziemi)*, w których jest przedstawiane dla uzasadnienia efektywności ludzkich działań, gdy podejmowane są zgodnie z planem, z odpowiednim zaangażowaniem i przy użyciu właściwych środków. Rolnik może spodziewać się dobrych plonów, gdy wykona zasiewy w odpowiednim czasie, na odpowiednio przygotowanym polu, użyje do zasiewów właściwie dobranych nasion i zbierze plony w odpowiednim terminie. Jego działania mogą jednak okazać się nieefektywne ze względu na warunki naturalne, czego powinien się spodziewać, ponieważ zaburzenia pogodowe i klimatyczne występowały wcześniej i będą także występować w przyszłości. Nie powinno to jednak go zniechęcać do rzetelnego wykonywania prac rolnych, ponieważ tylko w ten sposób może osiągnąć dobre zbiory. Odwrotnością tej sytuacji, w której ludzkie działania będą bezowocne lub nie doprowadzą do optymalnych rezultatów, jest zdawanie się na przypadek (wykonywanie prac rolnych w dowolnym czasie, brak starania o właściwe ziarno, przeprowadzenie zbiorów za wcześnie lub za późno) lub przecenianie istniejących zagrożeń. Nieurodzaj, który jest wynikiem takiej postawy, nie może być uznany za wynik zrzędzenia losu, albo plagę Bożą, ale za skutek nieroztropnego postępowania człowieka. W tym sensie jest to także postępowanie niemoralne. Człowiek, który nie podejmuje odpowiednich starań aby się wyżywić, może być ukarany głodem, biedą i chorobami, które sam na siebie sprowadzi. Wiedząc o tym, że jego praca może od czasu do czasu, w związku z zaburzeniami pogodowymi lub klimatycznymi, nie przynieść oczekiwanych rezultatów, nie powinien jednak zniechęcać się do jej wykonywania, ani jej zaprzestać. Przeważnie bowiem przemyślane działanie prowadzi człowieka do oczekiwanych przez niego skutków. Powinien też z góry przygotować się także na niepowodzenie, np. gromadząc zapasy. Rozdziały *O owocności Ziemi* w XVIII w. stale zwiększają w kalendarzach swą objętość. Sąsiadują bezpośrednio z rozdziałami pt. *Von Seuchen und Krankheiten (O zarazach i chorobach)*, kształtując postawę czytelników wobec chorób w tym samym kierunku. Stosując się do kalendarzowych zaleceń profilaktycznych czytelnik ma szansę uniknąć choroby, powinien więc podejmować starania, aby jej uniknąć, nawet gdy nie zawsze okażą się skuteczne. Jeżeli jednak nie podejmie takich działań, to zachoruje na pewno, przede wszystkim ze względu na lekceważenie zagrożeń i nie stosowanie środków o potwierdzonej skuteczności, takich jak kwarantanna, unikanie przebywania w trakcie epidemii w zatłoczonych miejscach, zaniechanie podróży do miejsc objętych epidemią, czy korzystanie z rzeczy osób chorych albo zmarłych na zarazę.

Kara ta może mieć zarówno charakter bezpośredni<sup>44</sup>, jak pośredni<sup>45</sup>, przedstawiana była jednak jako nieunikniona.

Zachowywanie moralne musiało uwzględniać determinanty płynące z ciała. Zgodnie z uznawaną w XVII i w XVIII w. za realistyczną koncepcją patologii humoralnej, ludzie byli obdarzeni różnymi temperamentami i odmienną konstytucją cielesną<sup>46</sup>. Kalendarze uwzględniają tę perspektywę<sup>47</sup>. Dlatego niektórym z nich, ze względów obiektywnych, łatwiej było zachowywać reguły moralności nakazywane przez chrześcijaństwo, natomiast innym trudniej. Ci ostatni, obdarzeni przez naturę temperamentem sangwinicznym lub cholerycznym, mieli organizmy łatwo ulegające emocjom (np. gniew) i poddające się namiętnościom (stąd wynikała np. trudna do opanowania skłonność do uciech cielesnych). Ich konstytucja cielesna sprzyjała występowaniu chorób wywoływanych przez nadmiar krwi (tzw. konstytucja sangwiniczna, tj. krwista) lub żółci (tzw. konstytucja choleryczna, tj. żółciowa). Wiedząc jednakże o tym, że posiadanie takich konstytucji cielesnych może doprowadzić do nieopanowanych wybuchów gniewu lub namiętności, wywołać skłonność do hulanki i nierządu, do hazardu lub innych spontanicznych gwałtownych reakcji i zachowań, ludzie o takich cechach konstytucjonalnych powinni w drodze samowychowania moralnego osiągnąć kontrolę nad swoim stanem ciała i ducha. Tylko samokontrola, wpisana w kanon opartej na umiarkowaniu chrześcijańskiej moralności, mogła ochronić ich przed apopleksją, udarem, chorobami układu pokarmowego itp., Umożliwiała także wykorzystanie wysokiego poziomu sił witalnych na realizację dobrze zaplanowanych celów życiowych, z pożytkiem dla siebie i rodziny<sup>48</sup>.

---

<sup>44</sup> Gdy nawiązywanie kontaktów seksualnych z prostytutkami może owocować kiłą, a częste i obfite spożywanie alkoholu może doprowadzić do pijaństwa i chorób cielesnych będących jego skutkiem.

<sup>45</sup> Gdy człowiek hołduje hedonistycznemu stylowi życia, nadużywa pokarmów i alkoholu, spędza czas na zabawie, nie troszczy się o przyszłość, nie pracuje i nie zarabia, jego smutną, ubogą i pogrążoną w chorobach wynikających z biedy starość można uznać za karę Bożą, na którą sam zasłużył swoim niemoralnym postępowaniem.

<sup>46</sup> Por. V. Nutton, *Ancient Medicine*, London – New York 2004; A. Eleftheriadis, *Die Struktur der hippokratischen Theorie der Medizin: logischer Aufbau und dynamische Entwicklung der Humoralpathologie*, Frankfurt am Main 1991; G. Albrecht, *Thomas Sydenham (1624–1689). Die Einflüsse der Hippokratismus auf seine Medizin*, Wuppertal 1970; Por. też: B. Płonka-Syroka, *Neohipokratyzm Thomasa Sydenhama jako próba modyfikacji klasycznego standardu patologii humoralnej*. „Analecta” 2016, t. 25, nr 2, s. 39–60.

<sup>47</sup> Od kalendarza P. Gotharda na 1615 r. (*Altera Pars Symptomática. Von Krankheitem*) występuje ona do końca analizowanego w niniejszej pracy okresu, tj. do 1786 r.

<sup>48</sup> Porady dotyczące właściwego pod względem profilaktycznym postępowania ludzi o określonym typie konstytucji fizycznej i dominującym typie temperamentu znajdujemy we wszystkich kalendarzach śląskich z lat 1615–1786. Panowanie nad emocjami i namiętnościami wynikającymi

Na przeciwnym biegunie znajdowali się ludzie, których temperament opisać można jako zimny (chłodny), flegmatyczny i melancholiczny. Ciało tych ludzi były zdominowane przez humory chłodne, śluz i czarną żółć. Nie odznaczali się więc wysokim poziomem witalności, a efektywność ich działań była z tego powodu niewielka, przynajmniej potencjalnie. Profilaktyka moralna, która była do nich adresowana, nie oznaczała więc namawiania ich do okiełznania emocji i namiętności, ale do ich wzbudzenia. Brak aktywności lub jej niedostateczny poziom traktowany był bowiem w kalendarzach jako równie naganny moralnie, co jej nadmiar. Profilaktyka moralna oznaczała więc namawianie czytelników obdarzonych taką konstytucją do przełamywania własnych barier, do walki z lenistwem i ospałością, które mogły zniechęcać ich do podejmowania uzasadnionych moralnie i społecznie działań, mających na celu ich dobro własne i powierzonej ich opiece rodziny. Dla zachowania zdrowia konieczne było w tym wypadku wzmożenie życiowej aktywności, podejmowanie działań słuszych moralnie, choć dla człowieka trudnych, ze względu na wrodzony brak życiowego napędu wynikający z typu fizycznej konstytucji. Kalendarze przedstawiały czytelnikom w negatywny sposób styl życia „z dnia na dzień”, bez celu i bez planu, przebiegającego leniwie, bez głębszych przemyśleń, ale i bez radości z osiągnięcia zaplanowanych wcześniej sukcesów. Profilaktyka moralna piętnowała także bierność i rozpacz, którym przeciwstawiała aktywność i nadzieję<sup>49</sup>. W kalendarzach z XVIII w. pouczenia moralne przedstawiane bywały częściej w formie anegdoty<sup>50</sup>, przedstawiając na przykładach z życia ludzi należących do różnych sfer, do czego prowadzi lenistwo, obżarstwo, opilstwo, gnuśność, brak

---

z gorącego temperamentu miało zapewnić stałe stosowanie odpowiedniej diety, nie wzmagającej dodatkowo wysokiego poziomu pobudzenia organizmu oraz regularne wykonywanie co jakiś czas zalecanych przez autorów kalendarzy zabiegów profilaktycznych, takich jak upusty krwi. Były one uznawane za skuteczne remedium obniżające poziom pobudzenia organizmu u osób obdarzonych temperamentem gorącym, sangwinicznym lub cholerycznym. Zmniejszając nadmierne pobudzenie ciała, człowiek zyskiwał większą możliwość zapanowania nad sferą ducha, tj. emocjami i namiętnościami. Łatwiej mu było w związku z tym zachować obowiązujące reguły moralne. Por. np.: P. Gothard 1615, *Groß Prognosticon... Altera Pars Symptomatica. Von Kranckheiten der Menschen* (Gothard przytacza dzieło Hipokratesa *De natura humana* i Galena *De morbis vulgaribus*). Prezentowane tu ujęcie utrzymało się w kalendarzach do 1786 r.

<sup>49</sup> W kalendarzach z XVII stulecia wzorce zachowań właściwych moralnie oraz tych, które zasługiwały na moralną naganę, przedstawiano w sposób zbliżony do narracji ówczesnych kazań. Autorzy korzystali w naukach moralnych przede wszystkim z przykładów biblijnych, choć zdarzały się także te czerpane z codziennego życia.

<sup>50</sup> W anegdotach tych pojawiały się nawet charakterystyczne typy postaci, na przykładzie których losów czytelnik miał sam wyciągać wnioski. Do postaci, których naganne moralnie postępowanie prowadziło do negatywnych dla nich skutków należeli np. leniwy pracownik, nie starający się o dochody i zapewnienie zapasów na złe dni, bogaty kawaler – utracjusz, nie przygotowujący się do przyszłych obowiązków, zamożny, ale niezbyt rożgarnięty właściciel lub przedsiębior-

rozsądku, chciwość, lekceważenie obowiązków i inne przywary, przedstawiane w Biblii pod postacią siedmiu grzechów głównych. Perspektywa religijno-moralna łączy się w tych anegdotach ze społeczną i medyczną. Z każdego z tych punktów widzenia określone wzorce zachowania podlegają bowiem naganie i stygmatyzacji. W jednej z tych perspektyw prowadzą do grzechu, natomiast w drugiej – do biedy i choroby. Ważne jest przy tym, że związany z nimi skutek jest przedstawiany jako nieuchronny, niezależnie czy będzie pojmowany jako kara Boża, czy wynik ludzkiej gnuśności, lenistwa, hedonizmu czy beźmyślności.

Powyższy wzorzec profilaktyki moralnej utrzymał się w kalendarzach śląskich publikowanych w ciągu dwóch stuleci, niezależnie od zmiany przynależności politycznej tego obszaru i zmiany państwowej religii panującej. Był bowiem zakorzeniony w świadomości posiadającej własne majątki szlachty, prowadzących własne warsztaty mieszczan i zamożniejszego chłopstwa obu wyznań. Był dla czytelników pochodzących z tych warstw społecznych zrozumiały i akceptowany. Wymierny sukces życiowy opierał się w tych grupach społecznych na pracy, a nie na odziedziczonych przywilejach i bogactwie, których zachowanie i z których korzystanie nie wymagało większego osobistego wysiłku. W osiągnięciu owoców tego wysiłku poszukiwano pomocy Bożej, starając się sprostać Bożym wymaganiom wobec człowieka.

### **Złota reguła: życie umiarkowane**

Uniwersalną zasadą, łączącą wskazania XVII- i XVIII-wiecznej medycyny akademickiej i kalendarzowej profilaktyki moralnej, była reguła umiarkowania. Każda aktywność, podejmowana w nadmiarze, przedstawiana była jako prowadząca do złych skutków zdrowotnych, podobnie jak brak pożytecznej aktywności. Należało więc ową aktywność wypośrodkować, nadając jej charakter umiarkowany. Autorzy kalendarzy z 1 połowy XVII w. próbowali łączyć w swoich zaleceniach profilaktycznych perspektywę metafizyczno-supranaturalistyczną (opartą na Biblii i chrześcijańskiej filozofii) z naturalistyczną (opartą na aktualnym standardzie medycyny). Podstawą perspektywy naturalistycznej był wówczas (i tak zostało do końca XVIII w.) standard patologii humoralnej, który przedstawiano czytelnikom kalendarzy jako oparty na realnych i dobrze uzasadnionych podstawach naukowych.

Przedstawiona powyżej zasada występowała we wszystkich kalendarzach śląskich od początku XVII do końca XVIII w. Znalazła także odbicie w pierwszych

---

ca, łatwo oszukiwany przez służących i kontrahentów, nadmiernie ambitny władca, wciągający swoje państwo w wojnę, egoistyczny bogacz, ponoszący winę za woje skąpstwo i nie zważanie na drugich itp.

pruskich koncepcjach profilaktyki medycznej opartych na wiedzy i samokontroli<sup>51</sup>, które zostały sformułowane przez lekarzy związanych z Uniwersytetem Wiedeńskim, a później z Berlińskim, a następnie upowszechniły się w całej Rzeszy Niemieckiej, stając się wzorcem „wychowania do zdrowia”, realizowanego od szkoły, przez wyższe uczelnie, wydawnictwa naukowe, prasę popularną i popularne poradniki medyczne kierowane do szerokiego grona odbiorców<sup>52</sup>. Standard ten utrzymał się w Niemczech także w 2 połowie XIX w., dając podstawę dla rozwoju społecznego ruchu higienicznego, towarzystw popularyzujących racjonalną dietę, towarzystw gimnastycznych itp. Ich działalność uzupełniały edukacyjne działania państwa pruskiego, a później zjednoczonych Niemiec, w których popularyzowano ideę współhistnienia ideałów moralnych i racjonalnych poglądów medycznych, które obywatele powinni poznawać przez samoedukację i wdrażać w życie poprzez samowychowanie.

## **Bóg jako Sprawca chorób epidemicznych i chorób zwykłych. Ewolucja koncepcji**

Przywołując w kalendarzach problematykę chorób, ich przyczyny ukazywano czytelnikom w nawiązaniu do czynników naturalnych, tak jak je wówczas postrzegali specjaliści. W ówczesnym standardzie medycyny przyczyny te obejmowały także szkodliwe wpływy gwiazd i planet, a nie tylko czynników wywodzących

---

<sup>51</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Koncepcja profilaktyki medycznej Christopha Wilhelma Hufelanda w kontekście historyczno-porównawczym*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze...*, s. 342–423; eadem, *Johann Peter Frank i Christoph Wilhelm Hufeland jako pionierzy profilaktyki medycznej*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2018, t. 63, nr 4, s. 47–70. Por. też: G. Voruba, *Prevention durch Selbstkontrolle*, [w:] M. Wambach (red.), *Der Mensch als Risiko*, Frankfurt am Main 1983, s. 29–51.

<sup>52</sup> Profilaktyczne prace Ch. W. Hufelanda, wydawane w dużych nakładach w języku niemieckim, przyczyniły się do ukształtowania świadomości zdrowotnej ich czytelników nie tylko w Prusach i innych państwach Rzeszy Niemieckiej. Publikowane były również w języku polskim, oddziałując jednak – ze względu na wysoki, bo sięgający w 1914 r. w zaborze rosyjskim i austriackim 85% współczynnik analfabetyzmu – na świadomość zdrowotną uboższych warstw społecznych w znikomym stopniu. Nie upowszechniła się w nich wówczas idea samokontroli i profilaktyki opartej na podstawach klinicznych, ponieważ nie była powszechnie dostępna. Do najważniejszych prac Ch.W. Hufelanda, w których przedstawiany przez tego autora standard profilaktyki opartej na wiedzy medycznej, umiarkowaniu i samokontroli traktować można jako rozwinięcie kształtowanego w XVII i XVIII w. m.in. na łamach śląskich kalendarzy, należała *Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern...*, Jena 1797. Praca ta była wielokrotnie wznawiana. Podsumowanie poglądów autora na kwestie profilaktyczne zawierało wydanie z 1842 r., opublikowane już po śmierci autora: Ch.W. Hufeland, *Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern*. Sechste rechtmässige Auflage, Berlin 1842.



się z ziemskiego środowiska naturalnego. Do interpretacji wykraczających poza ten schemat odwoływano się jednak podejmując w kalendarzach kwestię chorób masowych, które powodowały w XVII stuleciu (podobnie jak w poprzednich) masowe straty w ludzkiej populacji. W na pozór niezmiennym środowisku naturalnym pojawiał się jakiś czynnik, który owe masowe choroby wywoływał. Poszukiwano jego przyczyn na Ziemi od czasów starożytnych (kalendarze wielokrotnie przywołują w tym kontekście dzieło Hipokratesa *O klimatach, wodach i miejscach*), jednak czyniono to bezskutecznie. Przyczyny epidemii okazywały się nieuchwytnie gdy próbowano je wiązać z czynnikami o charakterze naturalnym. Prowadziło to do formułowania interpretacji o charakterze supranaturalistycznym. Epidemia jawiła się w tym ujęciu jako plaga Boża, kara za grzeszne ludzkie postępowanie, a więc jako bezpośredni wyraz Bożej woli wobec ludzi. Tego typu podejście rodziło u jednych postawy pokutne, natomiast u innych – eskapistyczne. Ludzie jeszcze bardziej pogrążali się w grzesznych uciechach ciała, co ukazał wcześniej np. *De-kameron* Boccaccia.

Dążący do wychowania czytelników w duchu wiary i moralności, a także posłuszeństwa władzom państwowym i kościelnym autorzy kalendarzy uznali ten ostatni rodzaj postaw i zachowań za niepożądany i niebezpieczny dla zachowania spójności społecznej, w obliczu masowego zagrożenia związanego z epidemiami i równie masowych strat. Epidemie powodowały bowiem nie tylko masowe wymieranie ludności, lecz także prowokowały tumulty głodowe i prześladowania innowierców, często o dużej liczbie ofiar. Kalendarzowa profilaktyka moralna musiała się więc jakoś zmierzyć z tym problemem. W czasach austriackiego panowania na Śląsku publikowano m.in. edykty papieża potępiające prześladowania innowierców. Przestrzegano także przed udziałem w tumultach. Można było bowiem w ich trakcie doznać urazów, a nawet zginąć, zarówno z ręki innych uczestników, jak i z rąk żołnierzy. Od początku XVII stulecia, w którym liczba epidemii znacznie wzrosła w stosunku do czasów poprzedzających, w kalendarzach publikowano specjalne rozdziały pt. *O zarazach i chorobach (Von Seuchen und Krankheiten)*, w których starano się przekazać czytelnikom wiadomości zgodne z ówczesnymi kanonami wiedzy naukowej. Dopełniała je interpretacja metafizyczna, w której za pierwszą przyczynę epidemii przedstawiano karę Bożą<sup>53</sup>. Rozdziały pod tym tytułem występują w XVII w. we wszystkich kalendarzach publikowanych na Śląsku, a w XVIII w. (do 1742 r.) tylko w niektórych<sup>54</sup>. Po 1744 r., gdy nowa pruska władza

---

<sup>53</sup> Obraz epidemii w kalendarzach śląskich z lat 1615–1786, uwzględniający elementy fizyczne i metafizyczne, przedstawiam w odrębnym opracowaniu. Nie będę więc go w tym miejscu omawiać.

<sup>54</sup> W XVIII w. rozdziały te były publikowane w kalendarzach redagowanych przez następców J. Neubartha – tzw. „seria Neubarthowska”.

dozwoliła publikowanie tylko jednej, aprobowanej przez siebie serii kalendarzy kontynuatorów Neubarthów, rozdziały te początkowo znacznie zmniejszają swą objętość, a w latach 50. w ogóle przestają być publikowane. Nastąpiło to wraz z utratą rangi astrologii jako koncepcji naukowej, mogącej przedstawiać racjonalne argumenty na rzecz podejmowania pewnych działań praktycznych. Skoro uznano, że nie można poważnie traktować koncepcji, iż Bóg zapisał przebieg przyszłych zdarzeń w gwiazdach, z których układu wykwalifikowany astrolog mógłby odczytać możliwe do wystąpienia w danym roku zagrożenia (z dokładnością do jednego dnia), nie było sensu publikowania astrologicznych prognozyków na dany rok, w których by podawano, gdzie i kiedy może wystąpić zapowiadana przez układ gwiazd i planet epidemia. Dowodem na zmianę stanowiska może być zmiana poglądów na tę kwestię przedstawianych w kalendarzach Ch. Neubartha z 1682 r. i kontynuatorów J. Neubartha z 1751 r. W tym pierwszym autor traktował epidemie jako wyraz kary Bożej (plagi). Stwierdzał jednak, że Bóg może odstąpić od wymierzenia kary, dlatego zapowiadana epidemia może się ostatecznie nie zdarzyć<sup>55</sup>. W tym drugim autor interpretował przyczyny epidemii naturalistycznie, a dostrzeżenie w nich Bożej plagi uważał za nieuzasadnione<sup>56</sup>.

Podobnie miała się sprawa z przedstawianiem w kalendarzach wpływu Boga na pojawianie się chorób zwykłych. W XVII w. uznawano koncepcję Bożego sprawstwa wobec wszystkich zdarzeń, a więc i wobec choroby, która „spada” na człowieka. W XVIII w. koncepcja ta ulegała na łamach kalendarzy zmianie. Nie przedstawiano w nich już, że to Bóg jest bezpośrednio odpowiedzialny za powstawanie chorób u ludzi, lecz ukazywano ich przyczyny w sposób naturalny, jako skutek naruszenia równowagi humorów, za które w dużej mierze ludzie odpowiadali sami, nie przestrzegając odpowiedniej diety, ulegając namiętnościom, spożywając duże ilości alkoholu itp. Aspekt metafizyczny chorób zwykłych widziano w tym, że ludzkie życie po grzechu pierwotnym skazane jest na cierpienie i choroby, a ostatecznie na śmierć. Jednak – jak już wyżej wspomniano – człowiek, który podporządkuje swoje życie naukom biblijnym i żyć będzie wg wskazań moralnych ma szansę na zdrowe i długie życie. Zawarte w Biblii pouczenia zostały bowiem przekazane przez Boga dla dobra człowieka i ich wdrożenie w praktyce ma charakter prozdrowotny. Człowiek łamiący Boże przykazania i żyjący w sposób nieuporządkowany i niemoralny może sam sprowadzić na siebie chorobę, i w ten sposób może być ona pojmowana jako kara Boża. Człowiek łamie reguły, których

---

<sup>55</sup> Ch. Neubarth w kalendarzu na 1682 r. przedstawiał ówczesne wyobrażenie sposobu, w jaki Bóg może zsyłać na ziemię epidemie. Neubarth nazywa je „Bożymi strzałami” oraz sądzi, że roznosi je unosząca się nad człowiekiem mgiełka. Por. Ch. Neubarth 1682, *Von Seuchen und Krankheiten*.

<sup>56</sup> Neubarth 1751, *Vom Krieg und Frieden*.

powinien przestrzegać, w ten sposób sprowadza na siebie negatywne skutki. Jego życie stanie się z tego powodu krótsze i bardziej obfitujące w choroby<sup>57</sup>.

Wyżej sformułowany pogląd utrzymał się w kalendarzach do końca analizowanego w kalendarzach okresu. Podstawą tego był sygnalizowany już wyżej legalizm, tj. wdrażanie czytelników do przyjęcia postawy zaufania wobec autorytetów, zarówno świeckich (władze państwowe), jak i duchownych (oficjalne nauczanie Kościoła, własna lektura Biblii). Legalizm ten miał być podstawą życia opartego na samokontroli, dzięki której można było oczekiwać łaski zdrowia, otrzymanej od Boga.

### **Profilaktyka moralna związana z zagrożeniem ze strony kosmicznych fluidów**

Kolejnym zagrożeniem, które w kalendarzach uznawano za istotne i próbowano mu przeciwstawić jakieś formy profilaktyki, były oddziaływania fluidów docierających na Ziemię z gwiazd i planet. W kalendarzach z XVII w. poważnie się ich obawiano, dlatego wielokrotnie podejmowano ten temat w różnych ujęciach<sup>58</sup>. W XVII w. astrologiczne przepowiednie niemal do końca tego stulecia interpretowano w większości kalendarzy w sposób deterministyczny. Przedstawiano w nich pogląd, że ciała niebieskie wydzielają z siebie szkodliwe dla ludzi fluidy, których siła oddziaływania zależy od wzajemnego położenia wobec siebie gwiazd i planet. Fluidy kosmiczne uważano za groźne, mogące w realny sposób wpłynąć na zaburzenie naturalnej równowagi humoralnej w ludzkich organizmach. W strukturze profilaktyki moralnej, związanej z tym rodzajem zagrożenia, możemy wyróżnić następujące elementy: 1) właściwe rozpoznanie – na podstawie opinii specjalistów, uczonych-astrologów – rodzaju zagrożeń związanych z układami gwiazd i planet i emanowanymi przez nie fluidami; 2) uwzględnienie tej wiedzy w układaniu rozkładu zajęć na poszczególne dni i miesiące roku; 3) dostosowanie stylu życia do wiedzy dotyczącej wpływu gwiazd i planet na indywidualną emocjonalność, występowanie problemów zdrowotnych i sposób reagowania na niekorzystne wpływy klimatyczne, a czasami na wywoływane przez wspomniane fluidy działania innych ludzi.

<sup>57</sup> Poglądy tego typu pojawiały się we wszystkich kalendarzach wydanych po 1615 r. Uległy jednak doprecyzowaniu w wydawanych przez Neubartha i jego kontynuatorów kalendarzach gospodarczych, zatytułowanych *Neuer, Verbesserter und Alter Haus=und Wirthschaffts=und Schreib=Calender*.

<sup>58</sup> Gothard 1615, *Groß Prognosticon... Prior Pars Meteorologica. Von den algemeinen Bedeutung derer Regenten des künftigen 1615 Jahres*; Gothard 1617, *Alter Pars Symptomata. Von Kranckheiten deß 1617 Jahres*. Pogląd ten utrzymał się w kalendarzach aż do 1742 r., mimo że w XVIII w. w coraz większym stopniu traktowano go już jako konwencję.

Jak można było próbować ustrzec się przed tak groźnymi wpływami? Otóż można było skorzystać z chrześcijańskiej astrologii<sup>59</sup> i udzielanych przez jej adeptów porad. Konkretnie zalecenia miały charakter zbiorowy lub indywidualny. Te pierwsze przedstawiano jako użyteczne niemal dla wszystkich, te drugie do wybranej grupy czytelników kalendarzy: ludzi urodzonych pod jednym znakiem Zodiaku, będących w określonym wieku (np. dzieci, czy starców), ludzi określonej płci (np. kobiet), ludzi znajdujących się w określonej sytuacji życiowej (np. matek karmiących niemowlęta, kupców planujących podróże). Racjonalnie postępujący człowiek powinien zapoznać się z astrologicznym horoskopem, dzięki czemu uzyska wgląd w Boże plany wobec siebie albo dowie się o zagrożeniach, przed których wystąpieniem Bóg go w horoskopie przestrzega. Profilaktyka moralna miała tu dwa aspekty. Pierwszym było zadanie sobie trudu, aby dowiedzieć się o treści horoskopu, natomiast drugim wprowadzenie poznanych ostrzeżeń przed chorobami i wypadkami w życie.

Kalendarzowa narracja przedstawiała ludzkie zaangażowanie na obu tych poziomach jako podlegające ocenie moralnej. Człowiek, który nie zadał sobie trudu, aby poznać groźące mu niebezpieczeństwa, ani w żaden sposób nie próbował się przed nimi chronić (pomimo tego, że chrześcijańska astrologia dzięki dobroci Bożej dawała mu taką możliwość), sam sprowadzał na siebie nieszczęścia, których wystąpienie horoskop mu przepowiadał. W deterministycznej interpretacji astrologii wpływów kosmicznych fluidów nie udało się bowiem uniknąć. Zaburzając równowagę humorów mogły one doprowadzić np. do wybuchów szaleństwa, w trakcie których człowiek traci kontrolę nad swoim zachowaniem, mogąc dokonać napaści na innych albo popełnić samobójstwo. Kosmiczne fluidy mogły też wywoływać ataki apopleksji, krwotoki i wiele innych schorzeń.

Jak przedstawiano w kalendarzach metody profilaktyki przed szkodliwymi fluidami, łączone z argumentacją moralną? Pierwszym argumentem, którym się w tej kwestii posługiwano, jest nakaz moralny ochrony swojego zdrowia i życia. Każdy czytelnik mógł za pomocą profesjonalnego horoskopu rozpoznać zagrożenie płynące z oddziaływań kosmicznych fluidów, dowiedzieć się, czy i kiedy wystąpią i w jaki sposób zagrożą jego zdrowiu i życiu. Człowiek nie poszukujący wiedzy na temat niesionych przez fluidy zagrożeń postępował nie tylko nierozsądnie, lecz także niemoralnie. Wskazywano tylko na jeden sposób ograniczenia wpływu kosmicznych fluidów na ludzkie ciało: było nim pozostawanie w pomieszczeniach zamkniętych. Poznając dni, w których astrologiczny prognostyk uznaje kosmiczne fluidy za szczególnie groźne dla zdrowia, człowiek nie powinien w tym czasie wychodzić z domu, aż do ustania zagrożenia, za dzień lub za kilka dni. Drugim

---

<sup>59</sup> Autorem tego pojęcia jest E. Wagner, w kalendarzu na 1662 r. Sama koncepcja łączenia chrześcijaństwa z astrologią występuje jednak w kalendarzach od początku ich wydawania jako druków.

sposobem ochrony przed wpływem kosmicznych fluidów było niepodejmowanie poważniejszej aktywności, tak prywatnej, jak i zawodowej, w tych dniach, które astrologiczny prognostyk wskazuje jako szczególnie niebezpieczne pod tym względem. W określonym dniu roku kalendarzowego kosmiczne fluidy mogły bowiem prowadzić u jednych ludzi do poważnego zaburzenia równowagi humorów, u drugich do obłądu, u innych do szeregu dysfunkcji fizycznych i psychicznych. Działania podejmowane w takim stanie ciała i ducha nie mogły być efektywne, należało więc odczekać kilka dni z ich podjęciem, aż zagrożenie minie.

Zagrożenie ze strony kosmicznych fluidów było omawiane we wszystkich rocznikach kalendarzy śląskich z XVII stulecia i uznawane za poważne i bezdyskusyjne<sup>60</sup>. W latach 60. XVII w. pojawiły się wątpliwości co do możliwości precyzyjnego ustalenia przez profesjonalnych astrologów terminu tego zagrożenia dla każdego czytelnika. Błędy miały powstawać np. na skutek nieprawidłowego podania przez rodziców dziecka daty jego urodzenia, w związku z tym stawiane mu później na podstawie tej daty horoskopy okazywały się niedokładne. Nie kwestionowano jednakże faktycznego wpływu tych fluidów<sup>61</sup>. Jeszcze przez ponad pół wieku problem fluidów pojawia się na łamach śląskich kalendarzy w kontekście konieczności działań obronnych, które powinny być wobec nich podejmowane i nagany moralnej dla tych, którzy owych działań nie podejmują.

W latach 20. i 30. XVIII w. poczucie zagrożenia ze strony kosmicznych fluidów zdecydowanie słabnie. Uzasadnia to wzrost wiedzy naukowej z zakresu astronomii. Kalendarze Neubarthów obficie raczą czytelników doniesieniami o postępie badań astronomicznych, relacjonują poglądy autorytetów i dyskusje pomiędzy nimi. Ponieważ przedstawiciele świata nauki dezawuuują już tym czasie realność zagrożenia zdrowia i życia ze strony kosmicznych fluidów, stopniowo ostrzeżenia przed tego rodzaju zagrożeniem przestają się pojawiać na łamach kalendarzy. Ich wydawcy tłumaczą się nawet z tego, że jeszcze o nich wspominają, powołując się na wcześniejsze tradycje i przyjętą w tego typu wydawnictwach konwencję. Wraz z ustaniem poczucia zagrożenia ze strony kosmicznych fluidów, ustaje także w kalendarzach nacisk moralny na podejmowanie związanych z ich oddziaływaniem działań zapobiegawczych.

Ostateczny kres tej doktrynie przynoszą lata 50. XVIII w. W kalendarzu wydanym przez kontynuatorów Neubartha na 1751 r. czytamy: „Jest rzeczą niezaprzeczoną, że powietrze w pewnym czasie zdrowsze jest niż w innym, natomiast w pewnym okresie występuje więcej chorób, niż w pozostałych. Dalej, że pew-

---

<sup>60</sup> Por. np.: E. Kraetschmer 1627, *Vom Gebrauch / und Nutz der anderen beygefügeten sachen*; V. Hanncke (D. Froelich) 1637, *Astrologisches Judicium. Hat aber all solches Unglück die Influentz des Himmels verursacht?*

<sup>61</sup> E. Wagner 1662, tekst przed działem *Cosmograph*.

ne okresy sprzyjają pewnym rodzajom chorób, a inne innym. Zależność zdrowia i choroby względem powietrza jest niezaprzeczalna i nie można w to wierzyć, że położenie planet jest główną przyczyną tych zjawisk”<sup>62</sup>.

Koncepcja oddziaływania kosmicznych fluidów na ludzki organizm, mogących wywoływać choroby, okazała się jednak trwale upowszechniona w świadomości społecznej niemieckojęzycznych krajów Europy. Jej swoistym dziedzictwem była doktryna medyczna stworzona w latach 60. XVIII w. przez austriackiego lekarza, absolwenta Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu we Wiedniu, Franza Antona Mesmera<sup>63</sup>. Po początkowym zainteresowaniu Wiedeńczyków, w tym lekarzy związanych z wiedeńskim Fakultetem Medycznym, doktryna Mesmera została w Austrii zakazana jako pozbawiona podstaw naukowych. Spotkała się jednak z dużym zainteresowaniem w medycynie akademickiej w Prusach<sup>64</sup>. Popularność koncepcji kosmicznych fluidów przemieściła się jednak ostatecznie do obszaru tzw. medycyny alternatywnej<sup>65</sup>. Jej przyczyny można powiązać m.in. z wcześniejszą szeroką recepcją m.in. kalendarzy, które ją upowszechniały.

### Koncepcja tzw. „dobrych” i „złych dni”

Najważniejszą zasadą profilaktyczną wypływającą z astrologii było przekonanie, że za pomocą prawidłowego odczytania zapisanych przez Boga w gwiazdach i planetach przyszłych losów świata (po ich prawidłowym odczytaniu przez astrologa-specjalistę) człowiek może dostosować swoją praktykę życiową do konkretnych dat dziennych i okresów w roku, w których owa praktyka okaże się bezpieczna

---

<sup>62</sup> J. Neubarth [kontynuatorzy], *Von Seuchen und Krankheiten*. Wcześniej przedstawiano w kalendarzach, że planety, a także Słońce i Księżyc, układając się w określonych pozycjach względem siebie, wydzielają większe ilości kosmicznego fluidu. Uważano, że ma on zdolność przenikania ludzkiego ciała i wywoływania tzw. turbulencji, tj. zaburzeń równowagi humorów. W ten sposób mogła być tłumaczona przyczyna wszystkich chorób, o bardzo różniących się od siebie objawach, ponieważ, jak sądzono, były wywoływane przez jedną wspólną przyczynę. Ok. 1750 r. w zachodnioeuropejskiej medycynie klinicznej pogląd o realnym wpływie kosmicznych fluidów i możliwości wywoływania przez nie turbulencji w humorach uznano za nieaktualny. Skoncentrowano się na poszukiwaniu różnych czynników mogących wywoływać różne choroby, chociaż nadal wierzono, że choroby mogą „przechodzić jedne w drugie”. Pogląd ten zarzucono dopiero w XIX w., po sprecyzowaniu koncepcji patogenu i ukonstytuowaniu się standardu mikrobiologii.

<sup>63</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Mesmeryzm. Od astrologii do bioenergoterapii*, Wrocław 2007.

<sup>64</sup> Eadem, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 312–315, 330–333 i in.

<sup>65</sup> Eadem, *Mesmeryzm. Jak i dlaczego doktryna medyczna ewoluowała w stronę paranauki (1766–1848)*, [w:] K. Leńska-Bąk (red.), *Głupota wszechobecna jest: o uniwersalności pewnej ludzkiej przywary*. *Stromata Anthropologica*, t. 12, Opole 2017, s. 193–208.

i doprowadzi człowieka do oczekiwanych przez niego rezultatów<sup>66</sup>. Zgodnie z tą koncepcją podejmowanie wszystkich życiowych czynności powinno się odbywać w sposób zaplanowany a nie spontaniczny, a terminy tych czynności powinny być dostosowane do wskazań czerpanych z astrologicznego prognostyku. Określał on w sposób bezwzględny tak zwane „dobre dni” lub „dni korzystne”, w których dane przedsięwzięcie okaże się efektywne, oraz „złe dni” albo „dni niekorzystne”, w których to przedsięwzięcie nie może się udać<sup>67</sup>. P. Gothard w kalendarzu na 1615 r. wyraźnie stwierdzał, że dzięki znajomości „dobrych dni” człowiek może określić przy pomocy astrologów-specjalistów (podając im tylko datę urodzenia i typ konstytucji cielesnej), na jakie niebezpieczeństwa zdrowotne będzie narażony podejmując różnego rodzaju aktywności. Jeżeli podjęcie je w „dobrym dniu”, może liczyć na powodzenie i bezpieczeństwo swych działań<sup>68</sup>.

Horoskop astrologiczny umożliwiał także właściwe zaplanowanie terminów wykonania takich zabiegów profilaktycznych, jak upusty krwi, przyjęcie środków przeczyszczających, postrzyżyny albo kąpiel. Skorzystanie z takich zabiegów w dniu określonym jako „dobry” mogło doprowadzić do oczekiwanych przez człowieka rezultatów, w tym do skorygowania naruszonych relacji między krążącymi w organizmie człowieka czterema humorami<sup>69</sup>. Ich wykonanie w niewłaściwym terminie, to jest w tzw. „złym dniu”, nie tylko nie spowoduje pozytywnych skutków, ale przyczyni się do wystąpienia objawów chorobowych. Wydawca kalendarza na 1640 r. P. Gebhard twierdził, że istnienie tzw. „dobrych dni” należy uznać za dar

---

<sup>66</sup> O pożytkach płynących z astrologii pisali m.in. Gebhard (1640) i Wagner (1662).

<sup>67</sup> Tego typu ujęcie spotykamy w kalendarzach P. Gotharda z 1615 i 1617 r. i V. Hannkego (D. Froelicha) z 1634 r. Występowało także później, szczególnie w kalendarzach wydawanych w małych prowincjonalnych oficynach wydawniczych (np. w Kłodzku czy Jeleniej Górze), w których publikowanie tego typu wydawnictw zakończył wydany w 1744 r. edykt króla pruskiego Fryderyka II.

<sup>68</sup> P. Gothard 1615, *Altera pars symptomata. Von Krankheiten*.

<sup>69</sup> Zalecenia profilaktyczne o charakterze zbiorowym, interpretowane przez autorów kalendarzy w kontekście astrologicznym, mogły opierać się na uzasadnionych obserwacjach z życia codziennego. Na przykład polecane przez autorów kalendarzy przyjmowanie środków przeczyszczających po długiej zimie, w trakcie której spożywano wiele pokarmów suchych, konserwowanych solą i tłustych, a mało świeżych owoców i warzyw, mogło mieć pozytywne skutki zdrowotne, o ile środki te przyjmowane były z umiarem. Dla autorów kalendarzy przesłanki te były jednak aż końca XVII w. mniej istotne, niż wskazania wiążące określony typ praktyki profilaktycznej z konkretną datą, w której układ ciał niebieskich miał wywierać szczególne wpływy na ludzkie ciało. W kalendarzu V. Hannkego (D. Froelicha) na 1634 r. pojawiają się reguły określające zasady wykonywania zabiegów profilaktyczno-leczniczych zgodnie z astrologicznym prognostykiem (*Etliche Regeln so im Aderlassen, Schröpfen, Purgiren, Baden und Zwangen acht zunehmen sind*). Reguły te przedrukowywano w kalendarzach przez następne sto lat. Wprowadzono do nich jedynie w 1678 r. uzupełnienia (Ch. Neubarth 1678).

Boży. Bóg daje bowiem wówczas człowiekowi okazję do podejmowania różnych rodzajów aktywności w bezpieczny i korzystny dla niego sposób. Powinien z tych okazji korzystać, rozpoczynając swoje działania „pod szczęśliwą gwiazdą” („bey glückliche Stellis”)<sup>70</sup>. Koncepcja „dobrych” i „złych” dni opierała się na przekonaniu, zgodnie z którym Bóg, określając podstawy ludzkiej biografii i osadzając jej wzorzec wśród gwiazd i planet, dawał ludziom możliwość przełamania otaczającej tę biografię tajemnicy. By było to działanie skuteczne, nie należało jednak sporządzać horoskopu samemu, ale skorzystać z wykonanego przez astrologa-specjalistę.

Wraz z erozją wiarygodności astrologii deterministycznej, która zaczęła się w latach 60. XVII w.<sup>71</sup> i trwała do początków XVIII (gdy zastąpiła ją astrologia probabilistyczna)<sup>72</sup>, zmienia się podejście wydawców kalendarzy do przestrzegania wyznaczonych przez prognostyki astrologiczne szczegółowych dat dziennych, w których powinny być wykonywane określone czynności, jak również do rozumienia tych dat jako wskazówek Bożych, umożliwiających człowiekowi (przy pomocy astrologów-specjalistów) chronienie się przed niebezpieczeństwami. Kalendarze zaczynają podawać tzw. daty rezerwowe, w których można wykonać zabiegi profilaktyczne, które z różnych życiowych względów nie mogą zostać przeprowadzone w terminie podstawowym, tzw. „dobrym dniem” podanym w prognostyku<sup>73</sup>. Później pojawia się koncept, iż z niektórych z zalecanych w prognostyku na dany „dobry dzień” zabiegów w ogóle można zrezygnować. Kalendarze twierdzą już wówczas, że zabiegi te powinno się wykonywać tylko w razie rzeczywistej potrzeby, a nie w „dobrym dniu” wyznaczonym przez prognostyk. Czytelników nie wini się więc już więcej za brak należytej i moralnie zalecanej troski o swoje zdrowie, gdy nie zastosują się do sztywnych terminów zabiegów profilaktycznych podanych

---

<sup>70</sup> P. Gebhard 1640, *Astrologische Muthmassung. Von Tagewehlungen*.

<sup>71</sup> Za moment przełomowy w tej kwestii możemy uznać wydanie kalendarza E. Wagnera na 1662 r.

<sup>72</sup> W probabilistycznej interpretacji astrologii wcześniejszy fatalizm w pojmowaniu zagrożeń przewidywanych przez astrologiczne prognostyki ulega złagodzeniu. Uznaje się wówczas, że wskazywane przez astrologów zagrożenia mogą wystąpić, ale nie muszą. Dzieje się tak dlatego, że Bóg może odstąpić od swoich zamierzeń ukarania pojedynczego człowieka lub całej grupy za grzechy, gdy ludzie ci zmienią swoje postępowanie. Przepowiednie mogą się także nie sprawdzić, gdy zaznajomiony z nimi człowiek zawczasu podejmie odpowiednie działania ochronne, które okażą się skuteczne. Niespełnienie indywidualnej przepowiedni mogło być także skutkiem skorzystania z porady nieprofesjonalnego astrologa, złego odczytania przez czytelnika astrologicznego prognostyku opublikowanego w kalendarzu, czy niewiedzy człowieka o właściwej dacie urodzenia, która została nieprawidłowo zapisana przez rodziców. Dwa pierwsze z przedstawionych powyżej argumentów uznawano jednak za ważniejsze.

<sup>73</sup> Koncepcja dni zastępczych pojawia się w 1640 r., we wspomnianym wyżej kalendarzu P. Gebharda, dopiero jednak w XVIII w. jest szerzej rozwijana w kalendarzach w zmodyfikowanej wersji instrukcji pt. *Etliche regeln...*



w prognostyku. Stają się „winni” z innej przyczyny: jeżeli stosują się do tych terminów w sposób bezrefleksyjny i nierozsądny, narażając swoje zdrowie i życie.

W XVIII w. zmianie ulega komentarz do reguł profilaktycznych publikowanych w kalendarzach. Wskazuje się obecnie na konieczność indywidualizacji profilaktyki, dostosowania rodzaju i terminu wykonania zabiegów do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjenta. Dotyczy to przede wszystkim zabiegów obciążonych ryzykiem, takich jak upusty krwi, których stosowania zabrania się z czasem u pacjentów słabszych (szczególnie u starców i dzieci), bez konieczności lub uzasadnionej potrzeby. Dopuszcza się także stosowanie zabiegów profilaktycznych w innych terminach, niż wskazane w horoskopie „dobre dni”, gdy pacjent uzna to za stosowne. Nie przedstawia się już także zaniechania zalecanych na „dobry dzień” praktyk jako zachowania zagrażającego zdrowiu. W kalendarzu na 1714 r. podjęto próbę usystematyzowania i zebrania w jednym miejscu wszystkich publikowanych dotąd w sposób rozproszony reguł profilaktycznych i leczniczych<sup>74</sup>. Można przypuszczać, że nie była to jednak próba udana, ponieważ reguły te nie były przedrukowywane ani w następnych rocznikach, ani w innych seriach kalendarzy. Być może zadecydowało o tym ich silne zakorzenienie astrologiczne, które wielu wydawało się już wówczas anachronizmem.

Złagodzenie reguł dotyczących wykonywania praktyk higienicznych i profilaktycznych, takich jak kąpiele, postrzyżyny, przyjęcie środków przeczyszczających i wymiotnych, a przede wszystkim upusty krwi, które powinny być wykonywane w ściśle określonym przez Boga terminie, tj. w odczytanim przez astrologa w horoskopie „dobrym dniu”, rychło doprowadziło do całkowitej destrukcji tej koncepcji. Wiązało się to z zanikiem publikowania już w okresie austriackiego panowania na Śląsku zaleceń profilaktycznych pisanych w duchu astrologii deterministycznej, które po przejściu Śląska przez Prusy (1742) ostatecznie uznano za przesad<sup>75</sup>.

---

<sup>74</sup> Neubarth [kontynuatorzy] 1714, *Prognosticum...nebens untermischten nützlichen Haus-Arztney-Mitteln*.

<sup>75</sup> Zachowane roczniki kalendarzy dla Śląska na lata 1748, 1750, 1751, 1752, 1756 opublikowano w Berlinie, a na lata 1753, 1755, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1763, 1768, 1769, 1776, 1777 bez podania miejsca publikacji, prawdopodobnie także nie we Wrocławiu, gdzie do 1742 r. ukazywała się większość śląskich kalendarzy, lecz w Brzegu. Ponieważ władze pruskie zakazały w 1744 r. wszystkim wydawcom publikującym kalendarze w czasach austriackiego panowania na Śląsku kontynuowania wydawania wcześniej publikowanych serii, możemy stwierdzić, że po zajęciu Śląska przez Prusy nastąpiło przerwanie ciągłości tych publikacji. Obserwowana zmiana standardu interpretacyjnego w ich treściach dotyczących zdrowia, choroby i profilaktyki (w tym profilaktyki moralnej) nie może być więc rozpatrywana bez uwzględnienia tego faktu. Zmienił się bowiem ośrodek decyzyjny, określający ukierunkowanie tych interpretacji: z Wiednia na Berlin. Kalendarze pozwalają nam poznać punkt widzenia nadawcy treści publikowanych przez kalendarze. By poznać punkt widzenia odbiorców tych treści należy jednak skorzystać z innych rodzajów źródeł.

W miejsce ostrzeżeń przed możliwością doznania wypadków, uszkodzeń ciała, czy wystąpienia chorób podczas różnych rodzajów aktywności podejmowanych w „złym dniu”, których przyczyny były w jakiś sposób warunkowane przez wpływy gwiazd i planet, pojawiają się w kalendarzach z czasów pruskich liczne publikacje, osadzające ludzkie życie i jego możliwe zagrożenia w otaczającym środowisku ziemskim. Potencjalne niebezpieczeństwo płynące ze środowiska zostało w ten sposób oswojone. Było ono bowiem podatne na obserwacje, poddawało się praktycznej weryfikacji, a co ważniejsze można było próbować na nie wpływać, aby je ograniczyć, co w przypadku wpływów gwiazd i planet nie było uznawane za możliwe.

Publikowane w kalendarzach z okresu pruskiego panowania na Śląsku ostrzeżenia przed różnymi zagrożeniami powtarzają tezę, zgodnie z którą różne niekorzystne zdarzenia w świecie przyrody (powodzie, susze itp.) mają przyczyny naturalne, którym należy uważnie się przyglądać i próbować je ograniczać. Także choroby przedstawiane są jako powstałe pod wpływem czynników naturalnych, których należy poszukiwać i zmierzać do ich ograniczenia.

## Znaki Boże

Kolejnym obszarem, który należy uwzględnić omawiając system profilaktyki moralnej, są tak zwane znaki Boże (*signa Dei*). W kalendarzach wydawanych w trakcie austriackiego panowania na Śląsku powszechnie występowała teza, że za pomocą znaków Bóg mógł w bezpośredni sposób zwracać się do ludzi, przestrzegając ich przed różnego rodzaju nieszczęściami. Człowiek mógł owych nieszczęść uniknąć, jeżeli przyjął wobec znaków Bożych określone nastawienie: potraktował je poważnie, przyjął płynące z nich napomnienie moralne i zmienił swoje postępowanie. Jeżeli tak się stało, zapowiadane przez dany znak nieszczęście (np. epidemia) mogło nie wystąpić, ponieważ Bóg zlitował się nad ludźmi, którzy w istotny sposób zmodyfikowali swoje niemoralne postępowanie i żalowali za wcześniej popełnione grzechy. Wielokrotnie jednak zdarzenia, przed którymi ostrzegały znaki Boże, realnie się wydarzały. Tłumaczono to w ten sposób, że ludzie, do których Bóg kierował za ich pomocą ostrzeżenia, nie chcieli ich dostrzec i zmieniać grzesznego postępowania, którym zasłużyli na Bożą karę. Koncepcja opiekuńczej działalności Boga, który przez znaki ostrzega wiernych przed nieszczęściami, opierała się na realnych obserwacjach środowiska naturalnego, z których wiele i dziś uznalibyśmy za niepokojące<sup>76</sup>. Ich przykładem mogą być np. zmiany koloru nieba, które zapowiadały

---

<sup>76</sup> Historycy epidemii zgodnie podkreślają, że ich wystąpienie w masowej skali poprzedziły zmiany klimatyczne, których skutki poddawały się obserwacjom, utrwalonym na kartach dawnych kronik i innych rodzajów źródeł. Ok. 150 r. n.e. wystąpiły np. poważne zaburzenia w wylewach

niekorzystną zmianę klimatu<sup>77</sup>. Za znaki Boże uznawano również wszystkie odstępstwa od normalnego przebiegu zdarzeń naturalnych lub wszelki nadmiar lub brak<sup>78</sup>.

W XVII w. kalendarze przedstawiają koncepcję znaków Bożych jako niepodważalną. Istotą profilaktyki moralnej powinno być zwracanie uwagi na te znaki i wyciąganie wniosków z Bożych ostrzeżeń. Profilaktyczne znaczenie znaków Bożych miało polegać na tym, że Bóg – znający ludzkie grzeszne czyny i myśli – mógł za pomocą znaków dawać ludziom do zrozumienia, że ich postępowanie

---

Nilu, które straciły charakter stabilny i powtarzalny. W następstwie tego znacznie spadły plony, co doprowadziło do braków żywności nie tylko wśród mieszkańców rzymskiej prowincji Afryka, lecz także w Europie, która importowała egipskie zboże. Skutkiem tego był głód. Ok. 160 r. wystąpiła w Cesarstwie Rzymskim tzw. plaga Antoninów, w wyniku której zmarło ok. 8 mln ludzi (K. Harper, *op.cit.*). W latach 536–660 w rejonie śródziemnomorskim nastąpiło radykalne ochłodzenie klimatu, stając się przyczyną zmniejszenia plonów i głodu. W 541 r. w delcie Nilu pojawiła się epidemia dżumy, która wkrótce rozlała się na całe Cesarstwo Rzymskie. Od 541 do 755 r. epidemia ta miała 18 fal i przyczyniła się do depopulacji Europy Zachodniej, której zaludnienie spadło o 50%. Także ludność Bizancjum zmalała w tym okresie z 30 do 15 mln (F. Snowden, *op.cit.*). W XIII w. w Europie ponownie nastąpiło ochłodzenie klimatu, którego skutkiem był znaczny spadek plonów. W latach 1315–1317 w Europie wystąpił tzw. „wielki głód”, wywołując liczne ofiary śmiertelne. Na osłabioną głodem populację spadła epidemia dżumy (1346–1349), która ponownie zmniejszyła stan zaludnienia kontynentu o połowę (B. Campbell, *op.cit.*). Lokalne epidemie dżumy powtarzały się w Europie w kolejnych falach do XVIII w. Za każdym razem wystąpienie masowej epidemii poprzedzały łatwo rozpoznawalne prodromy, związane ze zmianami klimatu. Prodromy te były interpretowane przez ówczesnych ludzi w kategoriach „znaków Bożych”, które zwykle trafnie przepowiadały występowanie różnego rodzaju nieszczęść.

<sup>77</sup> Dziś wiemy, że zmiany koloru nieba były wywoływane przez odległe wybuchy wulkanów, które wprowadzały do atmosfery duże ilości szkodliwych gazów. Opisywane w źródłach czerwone niebo i niezwykle barwne zachody Słońca w latach 1815–1816 były skutkiem wybuchu wulkanu Tambora, którego skutkiem były bardzo poważne zmiany klimatyczne związane z ochłodzeniem klimatu. Podobne obserwacje wystąpiły w Europie po wybuchu wulkanu Krakatau na wyspie Mindanao w 1883 r., a w latach 80. XVIII w. po wybuchu jednego z wulkanów na Islandii. Skutkiem wybuchu wulkanów (tym razem na Islandii) były obserwowane w Europie Północnej, Zachodniej i Środkowej trujące mgły, w wyniku których umierało bydło, a rośliny na polach marniały. Przyczyną tego był dwutlenek siarki, który w połączeniu z wilgocią przekształcał się w kwas siarkowy. Ludzie obserwowali też wiele innych, mających naturalne podłoże prodromów, których wystąpienie realnie poprzedzało pojawienie się spadku plonów, wymierania bydła, głodu i epidemii.

<sup>78</sup> Za „znak Boży” uznawano nagle zniszczenie plonów przez burzę lub suszę, pojawienie się na niebie komety, wystąpienie wielkiej liczby żab, lecz także kwitnienie kwiatów w grudniu, lub pożar jakiejś znaczącej budowli (np. klasztoru lub katedry). Znaki te miały charakter publiczny, były bowiem dostrzegane przez wielu ludzi. Przyjmowano także istnienie znaków o charakterze prywatnym, postrzeganych jedynie przez jednostki albo niewielkie grupy, i dla nich tylko zrozumiałe. Bożym ostrzeżeniem mogło być w zasadzie każde wydarzenie, które zostało przez człowieka w taki sposób zinterpretowane.

zasługuje na karę. Jeżeli w danej społeczności wielu ludzi grzeszy „myślą, mową i uczynkiem”, to zasłużona przez nich kara dotknie jednak zarazem ludzi niewinnych. Dlatego Bóg ostrzega całą społeczność za pomocą znaków. Dobrzy i pobożni ludzie, którzy je dostrzegą, mogą skierować napomnienia moralne ku grzesznikom, którzy w ich wyniku mogą się poprawić, a wówczas Bóg odstąpi od wymierzenia kary. Jej wymierzenie może także powstrzymać kierowana do Boga modlitwa ludzi dobrych i sprawiedliwych, którzy wstawią się za grzesznikami<sup>79</sup>. Do znaków Bożych zaliczano m.in. komety, zaćmienia Słońca i Księżycy, pojawianie się plam na Słońcu i Księżycu, a także szereg faktów lub zdarzeń, które uznawano za dziwne, niewytłumaczalne itp.<sup>80</sup>

Od kalendarza Wagnera wydanego w 1662 r. obserwujemy rosnący krytycyzm wydawców kalendarzy śląskich wobec tej koncepcji, jednak jako idea nie jest ona jeszcze podważana<sup>81</sup>. Wagner ostrzega jednak czytelników, by nie dawali wiary wszystkim opowieściom na temat znaków Bożych, o których usłyszą i zaleca, by weryfikowali je na podstawie doniesień wiarygodnych świadków. W kalendarzach wydawanych do końca austriackiego panowania na Śląsku informacje o znakach Bożych, traktowanych jako wyraz ostrzeżeń przed nieszczęściami mogącymi spaść na ludzi jako kara za ich moralne przewinienia, zdarzają się w sposób systematyczny<sup>82</sup>.

Po przejściu Śląska przez Prusy w latach 40. XVIII w. interpretacja ta znika z treści kalendarzy. Kalendarze wdrażają czytelników do przyjęcia perspektywy, zgodnie z którą w naturze zdarzają się różnego rodzaju odstępstwa od normy, nie wymagają one jednakże do swojego zaistnienia bezpośredniej Boskiej ingerencji. Czytelnikom przedstawiane są w związku z tym różne osobliwości natury (*curiosa naturae*), które jednak mają budzić jedynie ich zaciekawienie, a nie – jak dawniej – metafizyczny lęk<sup>83</sup>.

---

<sup>79</sup> P. Gothard 1615, *Astrologisches Judicium*; V. Hanncke (Froelich) 1634, *Astrologisches Judicium*; G. Gebhard 1640, *Calendarium*. Pogląd ten jest podtrzymywany w kalendarzach do lat 40. XVIII w.

<sup>80</sup> Przykładowo Ch. Neubarth 1668, *Historischer Discurs*, przywołuje opinie na ten temat wyrażane przez wcześniejszych wydawców kalendarzy, np. Hannckego (Froelicha) z 1634. Wg Neubartha znaki Boże przepowiadają zdarzenia groźne dla ludzi, takie jak epidemie, wzrost przestępczości, zaburzenia w sprawowaniu rządów, a nawet upadek władców. Nie należy w związku z tym owych znaków lekceważyć.

<sup>81</sup> E. Wagner 1662, *Dem Christlichen und geneigten*.

<sup>82</sup> Por. np.: Ch. Neubarth 1666, *Astrologisches Bedenken. Was sagen die neuen Physici und Astro-nomi von der Cometen Materia und Ursprung*; Ch. Neubarth 1678, *Astrologisches Judicium*; Ch. Neubarth 1681, *Astrologisches Judicium*. Do 1742 r. interpretacje te występują także w kolejnych kalendarzach.

<sup>83</sup> Do lat 40. XVIII w. w kalendarzach wydawanych na Śląsku w kategoriach znaków Bożych interpretowane są m.in. zaćmienia Słońca i Księżycy, pojawienie się plam na Słońcu i Księżycu, albo przeloty komet. Po 1744 r. są one przedstawiane jako rzadkie, a przez to ciekawe, zjawiska

## Modlitwa o zdrowie i inne praktyki religijne w kontekście chrześcijańskiej astrologii

Przedstawione powyżej przykłady motywowanych moralnie, z odniesieniami do standardu religii chrześcijańskiej, działań profilaktycznych można uzupełnić o inny rodzaj praktyk, tym razem realizowanych bezpośrednio w ramach religijnego uniwersum. Mamy tu na myśli przede wszystkim modlitwę o zachowanie zdrowia oraz inne rodzaje praktyk kultowych, takie jak pielgrzymki do miejsc uzdrowienia, czy uroczyste odprawianie świąt patronów od choroby. Możliwość skorzystania z modlitwy o zachowanie zdrowia albo o uzdrowienie wynikała z chrześcijańskiej wizji świata, w której człowiek zmagał się w swoim ziemskim życiu z różnego rodzaju niedogodnościami będącymi skutkami grzechu pierworodnego. Ponoślił również konsekwencje swoich własnych grzechów<sup>84</sup>. Dlatego modlitwa o uzdrowienie ciała była skojarzona z modlitwą o uzdrowienie duszy. Wierzano bowiem, zgodnie z przekazem Biblii, że te dwa porządki wzajemnie się uzupełniają oraz wpływają na siebie.

Wśród praktyk, które mogły dać okazję do wznoszenia modlitw o zachowanie zdrowia albo o uzdrowienie, kalendarze wymieniają obchodzenie wszystkich świąt roku kościelnego. Ich daty były publikowane w kalendarzach z XVII i XVIII w.<sup>85</sup> Ze względu na to, że wśród mieszkańców Śląska występowali zarówno katolicy, jak i protestanci (tych była większość) w kalendarzach zaznaczane były święta obchodzone przez członków obu wyznań.

W kalendarzach z XVII i XVIII w. znajdują się także zalecenia obchodzenia świąt związanych z kultem świętych, w tym szczególnie tych, do których modlitwy są uznawane za skuteczne w sprawach związanych ze zdrowiem<sup>86</sup>. Należeli do tej

---

astronomiczne, które „każdy może zobaczyć”, bez lęku i bez interpretowania ich w kategoriach metafizycznych. Por. też: K. Łeńska-Bąk, *Świat kuriozów: od zadziwienia do fascynacji*. *Stromata Anthropologica*, t. 11, Opole 2016. Por. też: K. Pomian, *Zbieracze osobliwości*, tłum. A. Pieńkos, Gdańsk 2012.

<sup>84</sup> Por. F. Rosiński, *Śmierć według wierzeń staroizraelskich*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*. *Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 2, Wrocław 1999, s. 11–24; idem, *Stosunek Starego Testamentu do choroby*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*. *Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 4, Wrocław 2001, s. 29–42. Por. też przypis 24 do niniejszego rozdziału.

<sup>85</sup> W kalendarzach z XVII i XVIII w. daty świąt kościelnych były zaznaczane w stałych miejscach. Stanowiły integralną część *Calendarium*.

<sup>86</sup> Por. J. Gilewska-Dubis, *Warunki zdrowotne, choroby i medycyna w średniowiecznym Wrocławiu*, „*Medycyna Nowożytna*” 2002, t. 9, z. 1–2, s. 111–145. W średniowieczu czczono aż 48 świętych, których uznano za patronów chorych na choroby oczu, 40 – opiekunów chorych na epilepsję, 28 – opiekujących się porodami, 40 – chroniących przed opętaniem, 126 – za patronów chorych na różnego rodzaju gorączki, 22 – opiekunów chorych na choroby stawów,

grupy m.in. św. Antoni<sup>87</sup>, św. Wit<sup>88</sup>, św. Łazarz<sup>89</sup>, św. Roch<sup>90</sup>, św. Stanisław<sup>91</sup>, św. Jan Nepomucen<sup>92</sup>, św. Salomea<sup>93</sup>, św. Kinga<sup>94</sup> czy św. Jadwiga<sup>95</sup>. Katolicy modlili się jednak o wstawiennictwo, w tym o zachowanie lub odzyskanie zdrowia, przede wszystkim do Matki Bożej. Po przejściu władzy nad Śląskiem przez Prusy nie zaniechano publikowania w kalendarzach dat katolickich świąt kościelnych, które mogły być okazją do modlitw o zachowanie i odzyskanie zdrowia. Część mieszkańców tej prowincji nadal stanowili katolicy.

Praktyką religijną, charakterystyczną tylko dla katolików, były pielgrzymki. Pojeżdżano je w różnych intencjach, m.in. w intencji przebaczenia grzechów, a tym samym uniknięcia ich następstw w postaci kary Bożej, którą mogła być choroba, kalectwo, czy niepłodność, a w skali zbiorowej epidemia. Dat pielgrzymek kalendarze nie podawały, ale dni święte można było znaleźć w *Calendarium*, w którym były zaznaczane dni poświęcone kultowi poszczególnych świętych<sup>96</sup>. W czasach panowania austriackiego na Śląsku praktyka pielgrzymek pokutnych i prośbanych była wspierana przez władze państwowe i miejscową, śląską arystokrację. Wzniesiono w tym czasie liczne kościoły pielgrzymkowe, do których udawało się wielu

---

17 – patronów chorych na bóle szyi, 97 – patronów chroniących przed chorobami dzieci, 48 – chroniących przed bólem głowy, 68 – chroniących przed dżumą, 21 – chroniących przed bólem zębów. Por. W. Szumowski, *Historia medycyny*, Warszawa 1994, s. 211–213. Praktyka modlitwy o uzdrowienie za wstawiennictwem świętych rozwinęła się w Europie w średniowieczu. Była jednak nadal żywa wśród katolików na Śląsku w XVII i XVIII w.

<sup>87</sup> Uważany za patrona chorych na różę i z powodu różnego pochodzenia ran.

<sup>88</sup> Uważany za patrona chorych na płasawicę.

<sup>89</sup> Uważany za patrona chorych na trąd.

<sup>90</sup> Uważany za skutecznego adresata modlitw o ochronę przed zarazą oraz o uzdrowienie chorych w trakcie epidemii.

<sup>91</sup> Uważany za patrona chorych na choroby skórne i umysłowe, a także cierpiących na zaburzenia mowy.

<sup>92</sup> Uważany za adresata modlitw o ochronę przed powodzią i utonięciem, a także przed chorobami powstającymi z nadmiaru wilgoci lub z przyczyny wilgotnych humorów.

<sup>93</sup> Uważana za patronkę kobiet w ciąży, była adresatką modlitw o dobry poród.

<sup>94</sup> Uważana za patronkę chorych na zaburzenia słuchu.

<sup>95</sup> Uważana za patronkę chorych na choroby skóry, cierpiących z powodu ran, starości itp.

<sup>96</sup> Na Śląsku funkcjonowało wiele specjalnych kościołów pielgrzymkowych, do których wierni udawali się m.in. z prośbą o ochronę przed chorobami. Były to m.in. wielkie sanktuaria pielgrzymkowe w Legnickim Polu, Krzeszowicach, Wambierzycach, Bardzie Śląskim, Strzegomiu, Trzebnicy, czy Nysie, a także małe kościoły, słynące jednak wieloma uzdrowieniami, jak np. kościół Matki Boskiej Śnieżnej na górze Igliczna koło Międzygórze. W samym Wrocławiu pielgrzymowano (do czasów reformacji) do wszystkich większych kościołów o średniowiecznym rodowodzie: św. Jana (katedra), św. Krzyża, św. Wojciecha, św. Elżbiety, św. Marii Magdaleny i św. Marii Panny, a także do opactwa na Ołbinie. Po upowszechnieniu się wśród wrocławskich mieszczan wyznania luterańskiego status kościołów pielgrzymkowych utrzymały już tylko te, które pozostały w rękach katolików.

wiernych. Po przejęciu Śląska przez Prusy praktyka ta utraciła poparcie władz. Nie została jednak zakazana. Katolicy nadal więc wykonywali tę praktykę, pragnąc wyprosić u Boga łaskę zdrowia. Do praktyk religijnych mogących mieć znaczenie profilaktyczne dla katolików należały także odpusty, uwalniające wiernych od skutków grzechów. Odbywały się one na ogół w dniach specjalnie wyznaczonych dla kultu poszczególnych świętych, podawanych w kalendarzach w *Calendarium*. W czasach austriackich praktykę tę popularyzowano, a w pruskich jej nie zakazano. Nadal więc była wykonywana przez wiernych.

Następna praktyka religijna, którą można wpisać do kanonu praktyk profilaktyki moralnej – jałmużna, występowała u wyznawców obu wyznań chrześcijańskich, katolików i protestantów. Było kilka rodzajów jałmużny: postna, świąteczna, stała i nadzwyczajna. Mogli ją świadczyć zarówno przedstawiciele społecznej elity, szlacheckiego i mieszczańskiego pochodzenia, jak i ludzie mniej zamożni, których darowizny były uważane za szczególnie cenne w oczach Bożych<sup>97</sup>. Niezależnie od poziomu osiągniętych dochodów każdy czytelnik kalendarzy mógł, wykonując tę praktykę religijną, starać się zjednać sobie łaskę Bożą i prosić o ochronę od chorób. Popularyzowanie w kalendarzach jałmużny, jako motywowanej religijnie działalności na rzecz bliźnich, było szczególnie częste w czasach austriackich. Po przejęciu Śląska przez Prusy, od lat 80. XVIII w. popularyzowano nowe, podbudowane moralnie, formy wsparcia. Istotą jałmużny było udzielenie konkretnych świadczeń (rzeczowych lub pieniężnych) osobom potrzebującym. Zarazem jednak dzięki tej praktyce osoby wysoko stojące w hierarchii społecznej, żyjące w luksusie, mogły starać się uzyskać łaskę dzieląc się częścią posiadanych zasobów. Wykazywały w ten sposób siłę motywacji religijnej w ich życiu (choć często działania charytatywne wykonywano, szczególnie w XVIII w., raczej ze względów zwyczajowych lub prestiżowych, niż motywowanych głęboką religijnością osobistą). Jałmużnę można uważać za formę profilaktyki moralnej niosącą korzyści dla obu stron, tak darczyńców, jak i odbiorców. Ci pierwsi wykazywali prospołeczną aktywność moralną, starając się zasłużyć na Bożą łaskę za wykonany dobry uczynek (katolicy), albo kierując się imperatywem moralnym, impulsem łaski otrzymanej od Boga (protestanci). Odbiorcy natomiast, uzyskując dzięki jałmużnie środki do życia, zyskiwali okazję do pogłębienia wiary i zmiany trybu życia na bardziej uporządkowany, a zatem prozdrowotny. W wielu wypadkach warunkiem otrzymania jałmużny było bowiem prowadzenie pobożnego życia i modlitwa za ofiarodawców.

Modlitwa była przedstawiana w czasach austriackiego panowania na Śląsku jako najskuteczniejszy środek profilaktyczny przeciwko chorobom. Twierdzili tak

---

<sup>97</sup> Wzorcem była tu ewangeliczna opowieść o ubogiej wdowie, która przekazała na cele dobroczynne tylko jeden przysłowiowy grosz. Była to dla niej jednak wysoka kwota, co zapewniło jej szczególną łaskę u Boga.

kolejni wydawcy kalendarzy z tego okresu: P. Gothard w 1615 i 1617 r.<sup>98</sup>, D. Froelich w 1634 r.<sup>99</sup>, P. Gebhard w 1640<sup>100</sup> i 1642 r.<sup>101</sup> i E. Wagner w 1662<sup>102</sup>. Do 1662 r. w kalendarzach śląskich dominuje ujęcie, że ludzkie postępowanie jest sterowane głównie przez wpływy z zewnątrz. Z jednej strony przez wpływy Bożej woli, bez której nic w świecie się nie dzieje, zaś z drugiej przez różne wpływy naturalne (w tym gwiazd i planet oraz humorów). Jedyne, rzeczywiście skuteczną, dostępną człowiekowi metodą profilaktyki jest w związku z tym profilaktyka moralna, przestrzeganie przykazań, postępowanie zgodne z zasadami chrześcijańskiej moralności i modlitwa. W kalendarzu na 1640 r. P. Gebhard zamieszcza tekst modlitwy, którą poleca odmawiać czytelnikom: „Od powietrza, głodu, ognia i wojny chroń nas Panie”<sup>103</sup>. Wobec nieskuteczności wszystkich znanych ówczesnym mieszkańcom Śląska działań ochronnych przed epidemiami, które w latach wojny trzydziestoletniej pustoszyły tę prowincję, odwołanie się do Bożej łaski mogło być uznawane za jedyne źródło nadziei i pociechy.

Od kalendarza Wagnera (1662) następuje stopniowa zmiana tego ujęcia. Można to uzasadnić ogromem strat demograficznych, poniesionych przez mieszkańców Śląska w wyniku wojny trzydziestoletniej i towarzyszących jej epidemii, a także chorób będących skutkiem powojennej biedy. Dla wielu katolików i protestantów poczucie utraty Bożej opieki i nieskuteczności modlitw o uchronienie od zarazy i innych chorób, w czasach wojennych i powojennych występujących częściej niż dawniej, mogło stać się podstawą zwątpienia religijnego, a nawet utraty wiary. Wagner usiłuje się przeciwstawić tej postawie, twierdząc, że człowiek może i powinien próbować samodzielnie się przeciwstawiać niekorzystnym wpływom zewnętrznym, używając do tego swoich naturalnych dyspozycji: charakteru i aktywności duszy. Jest odpowiedzialny za swoje czyny, także te, których wykonania zaniecha. To właśnie zaniechanie, a nie tylko konkretne czyny, może prowadzić do szkodliwych skutków, takich jak choroby i śmierć. Człowiek powinien podejmować

---

<sup>98</sup> P. Gothard 1615, *Altera Pars Symptomatica. Von Krankheiten*. Gothard uważa modlitwę za najskuteczniejszy środek profilaktyczny. Bóg bowiem sprawuje realną władzę nad wszystkimi czynnikami naturalnymi wywołującymi choroby, toteż może powstrzymać ich oddziaływanie, co pozwoli człowiekowi zachować zdrowie. Ten sam pogląd przedstawił też w kalendarzu na 1617 r. (P. Gothard 1617, *Altera Pars Symptomatica, Von Krankheiten*).

<sup>99</sup> V. Hanncke (D. Froelich) 1634, *Astrologisches Judicium*, nlb. Autor przytacza tekst takiej modlitwy, z którego czytelnicy mogą skorzystać: „Boże, nie karz nas swoim gniewem i nie chłószc nas swoją karą”.

<sup>100</sup> P. Gebhard 1640, *Von etlichen Aspecten*.

<sup>101</sup> G. Gebhard, 1642, *Astrologische Muthmassung. Von Krankheiten*. Gebhard zalecał czytelnikom lekturę Księgi Psalmów i wznoszenie do Boga następującej modlitwy: „Chroń nas Panie od złego, pomóż swojemu ludowi, obdarz nas pokojem i błogosławieństwem swoim”.

<sup>102</sup> E. Wagner 1662, tekst po dziale *Cosmograph*.

<sup>103</sup> P. Gebhard 1640, *Von Astrologische Muthmassung*.



działania chroniące przed chorobami, zanim choroby te się pojawią, a nie dopiero wtedy gdy już wystąpią. Wagner porównuje epidemię do zatonięcia statku lub zdobycia miasta przez nieprzyjaciół. Gdyby ludzie podjęli zawnazas odpowiednie działania, to nieszczęścia te by nie nastąpiły<sup>104</sup>. W koncepcji chrześcijańskiej astrologii Wagnera jest również miejsce na nowe uzasadnienie choroby jako Bożej kary. W tym ujęciu Bóg karze ludzi chorobą nie tylko za grzechy i nadużycia moralne, lecz także za brak rozsądku, lenistwo i głupotę, które spowodowały, że nie podjęli działań zapobiegawczych, które powinni byli podjąć. Za późno jest szukać leku, gdy już wystąpią konwulsje. Należy obserwować pierwsze oznaki choroby (prodromy) i zaczynać działać wtedy, gdy w ludzkim ciele są jeszcze silne oznaki życia, a nie dopiero wówczas, gdy ujawniają się już oznaki rychłej śmierci. Wg Wagnera poważniejszą przyczyną chorób jest bieda, niż wpływy gwiazd i planet<sup>105</sup>. Często powstaje ona na skutek niewłaściwej postawy moralnej (lenistwa, pijaństwa) samego człowieka, a nie w wyniku niekorzystnych okoliczności zewnętrznych, na które ów człowiek nie ma wpływu. Chroniąc się przed biedą, zanim ona wystąpi, człowiek powinien postępować przezornie, pracować i gromadzić zapasy. A przede wszystkim powinien żyć moralnie nie narażając się na karę Bożą. Modlitwę o dobre zdrowie powinien jednak łączyć z własnymi działaniami w tym kierunku<sup>106</sup>.

Zarysowana tu perspektywa znajdowała odbicie na łamach kalendarzy śląskich w kolejnych dekadach XVII i w pierwszych czterech dziesięcioleciach XVIII w. W kalendarzach pojawiają się coraz liczniejsze artykuły przybliżające czytelnikom nowe ujęcie relacji Boga i przyrody<sup>107</sup>, umożliwiając coraz silniejsze zakorzenienie

<sup>104</sup> Można to zinterpretować w ten sposób, że statek nie powinien wypływać w czasie burzy, że marynarze powinni zadbać o jego szczelność. Przygotowujący się do obrony miasta obrońcy powinny sprawdzić stan murów, zapasów broni, żywności i wody itp. Przygotowując się wcześniej do możliwych zagrożeń, ludzie mogą skuteczniej się im przeciwstawić.

<sup>105</sup> E. Wagner 1662, tekst po dziale *Cosmograph*.

<sup>106</sup> W tym kontekście Wagner przytacza przykłady historyczne, w których zdarzenia naturalne łączą się ze skutkami działań ludzi, prowadząc ostatecznie do wystąpienia chorób. Przytacza epidemie z lat 1013, 1256, 1412, 1518, 1627 i 1630, które poprzedziły wojny wywołane przez ludzi i gwałtowne zaburzenia pogody, będące przyczyną spadku plonów. Gdyby ludzie nie dawali upustu swym ambicjom i złym afektom, prowadzącym ich do wojny, a przezornie gromadzili zapasy żywności na złe czasy, nie pojawiłby się masowy głód. Osłabieni ludzie łatwiej ulegali morowemu powietrzu. Kara Boża została zesłana na ludzi w postaci epidemii za ich złe, nieprzezorne i egoistyczne postępowanie.

<sup>107</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Imputacje kulturowe w kształtowaniu się obrazu natury w myśli europejskiej od XVI do końca XIX wieku. Zarys zagadnienia*, [w:] J. Sokolski (red.), *Człowiek wobec natury – humanizm wobec nauk przyrodniczych*. Humanizm. Idee, nurty i paradygmaty humanistyczne w kulturze polskiej – Syntezy, t. 9, Warszawa 2010, s. 207–236. Por. też: A. Kaźmierczak, *Poznawcze konsekwencje obrazu Boga i Jego wszechmocy w myśli Galileusza i Johannesesa Keplera*, „Medycyna Nowożytna” 2018, t. 24, nr 3, s. 76–83; eadem, *Wpływ przekonań teologicznych na kształtowanie się obrazu świata u wybranych uczonych nowożytnych*, „Roczniki

świadomości zdrowotnej w ziemskim naturalnym środowisku. Ludzie zaczynają obserwować (i są to obserwacje dobrze uzasadnione), że choroby mogą przenosić się nie tylko przez powietrze, które postrzegano „bezosobowo”, lecz także przez kontakt – z człowieka na człowieka. Utrwała się wiedza o zakaźnym charakterze kiły<sup>108</sup>, którą trafnie powiązano z aktywnością seksualną z osobą prowadzącą bujne życie erotyczne<sup>109</sup>. Do świadomości potocznej docierają, popularyzowane także w kalendarzach, informacje o możliwości zakażenia się przez kontakt z ciałem chorych na ospę lub dżumę, oraz z należącymi do nich rzeczami itp. Upowszechnia się wiedza o tym, że w trakcie epidemii większość kontaktujących się ze sobą ludzi choruje w podobny sposób, wykazuje podobne objawy chorobowe i umiera w tym samym czasie, mimo że chorują ludzie urodzeni w różnych latach i pod różnymi znakami Zodiaku. Prowadzi to do destrukcji koncepcji chrześcijańskiej astrologii<sup>110</sup> oraz do wzrostu świadomości dotyczącej konieczności samodzielnego podejmowania konkretnych działań ochronnych, a nie zdawania się wyłącznie na modlitwę. Kalendarze popularyzują tezę, że aby zachować zdrowie człowiek nie powinien zdawać się wyłącznie na Boga i Jego miłosierdzie, ale powinien sam zatroszczyć się o siebie i swoją rodzinę. Ten nowy typ zaleceń profilaktycznych publikowany jest szczególnie w nowo założonych seriach kalendarzy domowych i gospodarczych, wydawanych przez kontynuatorów Valentina Hannckego i Neubarthów<sup>111</sup>

---

Antropologii Historii” 2018, t. 8, nr 11, s. 93–118; P. Badyńska, *Bóg i przyroda w XVIII-wiecznym piśmiennictwie przyrodniczym jako konstrukt kulturowy. Wybrane przykłady*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Obrazy świata jako konstrukty kultury. Analiza historyczno-porównawcza*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 12, Wrocław 2012, s. 15–34.

<sup>108</sup> Por.: Ch. Neubarth 1681, *Von Seuchen und Krankheiten*. W roczniku tym Neubarth zawarł swoje rozważania nad genezą i sposobem przenoszenia się dżumy – tu pojawia się porównanie z chorobą francuską, tzw. „franca”.

<sup>109</sup> Jeżeli rozpatrywać chorobę jako karę Bożą, to w tym wypadku miała charakter bezpośredni, za złamanie szóstego przykazania „nie cudzołóż”. Wystąpieniu tej choroby nie można było zapobiec modlitwą, ale nie podejmowaniem uznawanych za naganne moralnie praktyk, które prowadziły do zakażenia. Realizowały się one w relacji między ludźmi, wchodzącymi w relację seksualną, a nie między Bogiem a człowiekiem.

<sup>110</sup> Zgodnie z nią w określonych terminach chorować powinni tylko niektórzy ludzie, dla których astrologiczne horoskopy okazują się niekorzystne w danym roku lub miesiącu. Pozostali powinni być wolni od zagrożeń i nie chorować. Jeżeli tak się nie działo, bo w czasie epidemii chorowali wszyscy niezależnie od daty urodzenia, sama podstawa teoretyczna astrologii okazywała się niewiarygodna. Prognozowane przez horoskopy zagrożenia zdrowia potwierdzały się u niektórych czytelników, u innych nie, a wielu czytelników, dla których horoskopy prognozowały bezpieczny i zdrowy okres, niespodziewanie chorowało i umierało. Doprowadziło to do znaczącego wzrostu krytycyzmu wobec astrologii, a następnie do jej zdezawuowania jako koncepcji naukowej.

<sup>111</sup> Nazwisko V. Hannckego pojawia się na okładce, natomiast w zakończeniu wstępu występuje powołanie się na J. Neubartha, którego wydawca nowego kalendarza uznaje się za jego kontynuatora.

– na 1692<sup>112</sup> i na 1693 r.<sup>113</sup> Wydawnictwa te miały wyraźny charakter praktyczny, a nie jak wiele wcześniejszych kalendarzy erudycyjno-anegdotyczny. Nie zanikają w nich elementy profilaktyki moralnej, jest ona jednak przedstawiana w duchu aktywistycznym. Modlitwie do Boga o zdrowie i bezpieczeństwo musi już towarzyszyć ludzkie przemyślane i konsekwentnie realizowane działanie.

Pojawia się też w kalendarzach nowa tematyka, związana w rolnictwem i wyżywieniem. W *Dodatku (Bericht)* do serii kalendarzy wydawanych przez kontynuatorów Neubartha pt. *Neu und Alter Schreib-Calender* przez cztery pierwsze dekady XVIII w. tematy te są obszernie omawiane. Wydawcy propagują wśród czytelników tezę, że najpoważniejszą przyczyną chorób, zarówno zwykłych, jak i epidemicznych, jest głód i bieda. Dopóki większa część mieszkańców Śląska będzie żyła w nędzy, dopóty choroby i epidemie będą spadały na całą populację tej prowincji, a wielu ludzi nadal będzie je interpretowało w kategoriach plagi Bożej. Kalendarze od końca XVII i w całym XVIII stuleciu przekonują czytelników, że nie musi tak być<sup>114</sup>, odwołując się do argumentacji praktycznej, osadzonej w strukturze odniesień religijno-moralnych. Nie wystarczy modlić się do Boga o zdrowie, lecz trzeba coś w tym kierunku zrobić. Apele są adresowane do bogatych, którzy mają się czym podzielić.

### **Praktyczne działania na rzecz bliźnich podstawą nowej koncepcji profilaktyki moralnej (1781–1786)**

W latach 80. XVIII w. wśród podejmowanych na łamach kalendarzy tematów związanych z zapobieganiem chorobom pojawiają nowe aspekty profilaktyki moralnej, takiej jak jest ona obecnie pojmowana. Przykładem jest tu kalendarz na 1781 r.<sup>115</sup>, w którym autor przytacza argumenty na rzecz wspierania ubogich, cierpiących z po-

<sup>112</sup> Neubarth [kontynuatorzy] 1692, *Deutliche Regeln im Aderlassen, Schröpfen, Purgiren*.

<sup>113</sup> Neubarth [kontynuatorzy] 1693, *Deutliche Regeln im Aderlassen, Schröpfen, Purgiren*.

<sup>114</sup> Por. A. Syroka, B. Płonka-Syroka, *Problematyka odżywiania i głodu i jej konteksty w kalendarzach śląskich z XVII i XVIII stulecia (1615–1786)*, [w:] eadem, idem (red.), *Praktyki żywieniowe w kontekście społeczno-kulturowym. Ciągłość i zmiana. Historia diety i kultury odżywiania*, t. 2, Wrocław 2020, s. 63–99; B. Płonka-Syroka, A. Syroka, *Zalecenia dotyczące diety dzieci w kalendarzach śląskich z XVII w. w kontekście modelu ich leczenia, profilaktyki chorób i pielęgnacji*, [w:] eadem, idem (red.), *Zalecenia i regulacje dotyczące odżywiania w historii Europy (XIII–XXI w.) i w wybranych kulturach pozaeuropejskich*. Historia diety i kultury odżywiania, t. 3, Wrocław 2020, s. 71–98; B. Płonka-Syroka, A. Syroka, *Zalecenia dotyczące diety dzieci w osiemnastowiecznych kalendarzach śląskich w kontekście metod ich leczenia, profilaktyki i pielęgnacji*, ibidem, s. 99–127. Por. też: W. Abel, *Massenarmut und Hungerkrisen in vorindustriellen Deutschland*, Göttingen 1972.

<sup>115</sup> J. Neubarth [kontynuatorzy] 1781, *Von der Armen Verpflegung*.

wodu głodu. „Żaden rozsądny i sprawiedliwy człowiek nie może poddać w wątpliwość tego, że opieka nad biednymi kierowana jest rozumem i religią<sup>116</sup>, oraz że jest przez nie utwierdzana. Żaden członek jakiejś społeczności nie może się wyłączyć z udzielania pomocy potrzebującym współmieszkańcom”<sup>117</sup>. Pomoc ta nie może jednak polegać na udzielaniu datków żebrakom, zarówno tym stale zamieszkującym miasta Śląska, jak i tym wędrownym. Ludzie ci unikają stałej pracy i prowadzą próżniacze życie. Popołniają też wiele przestępstw. Dlatego konieczna jest zmiana tej sytuacji, pisze autor<sup>118</sup>. W każdej miejscowości powinny zostać stworzone organizacje, które sprawnie zapewniłyby biednym pomoc, do których powinni wstąpić mieszkańcy o większych dochodach, którzy mogą się nimi podzielić, a zarazem skorzystać ze swoich doświadczeń, które umożliwiły im zgromadzenie majątku.

Kalendarz na 1781 r. przekazuje czytelnikom informację, że władze państwa pruskiego wydały zarządzenia, nakładające na policję miejską obowiązek walki z żebractwem. Żebrzące w miastach osoby bezdomne powinny być umieszczane w zorganizowanych przez policję ośrodkach, zapewniających im schronienie i wyżywienie. Powinno się im stwarzać możliwości wykonywania pracy, aby mogli sami zarobić na swoje utrzymanie. Miejskowe organizacje charytatywne powinny pomagać finansowo tylko tym, którzy mieszkają stale w danym mieście i nie są zdolni do wykonywania pracy, a nie wszystkim, którzy się po nią zgłoszą. Dopóki społecznych organizacji charytatywnych nie ma w danym mieście, to koszty utrzymania biednych nie mogących znaleźć pracy winny być pokryte przez władze miejskie, z oficjalnie zbieranej od zamożniejszych mieszkańców jałmużny. Biedak, który chciałaby skorzystać z tego rodzaju wsparcia, musi przedstawić zaświadczenie ubóstwa wydane przez policję. Uniemożliwi to pobieranie świadczeń przez osoby zdrowe, ale uchylające się od pracy w miejscu swojego stałego zamieszkania, oraz żebraków wędrownych.

Aby uniknąć masowego głodu, ale także nadużyć związanych z wykorzystywaniem publicznych pieniędzy przez osoby uchylające się od pracy, żebracy powinni być przymusowo kierowani do nadzorowanych przez policję ośrodków opiekuńczych i tam być zatrudniani do wykonywania prac, które mogą wykonywać. Policijny nadzór nad ubogimi pozwoli odróżnić tych, którzy nie mogą zabezpieczyć swoich podstawowych potrzeb życiowych z powodu różnych złych okoliczności<sup>119</sup>,

---

<sup>116</sup> Zwróćmy uwagę na kolejność tych pojęć. Opieka nad biednymi nie jest przedstawiana w kalendarzu jedynie jako powinność moralna, podbudowana chrześcijańską ideą miłosierdzia. Pierwszym uzasadnieniem dla tej opieki jest rozum, z którego wynika, że jest to idea racjonalna i daje się to uzasadnić za pomocą konkretnych argumentów.

<sup>117</sup> J. Neubarth [kontynuatorzy] 1781, *Von der Armen Verpflegung*.

<sup>118</sup> Ibidem.

<sup>119</sup> Np. z powodu sieroctwa, kalectwa, utraty majątku, choroby lub starości.

od tych, którzy pracować nie chcą i utrzymują się z żebractwa. Każdy człowiek powinien sam starać się zarobić na swoje utrzymanie, a jeżeli ma z tym problemy powinny mu w tym pomóc organizacje społeczne i właściciele zakładów i przedsiębiorstw, dając pracę ludziom bez środków do życia, wg ich przydatności<sup>120</sup>.

Regulacje prawne podejmowane przez króla Prus Fryderyka II zmierzały do ujednoczenia prawa obowiązującego dotąd na Śląsku z prawem pruskim. Regulowały także podstawy finansowe miejskiej działalności charytatywnej. Należało na miejscu zabezpieczyć środki na tę działalność, aby finansowanie pomocy społecznej nadmiernie nie obciążało budżetu państwa. Na utrzymanie biednych powinniłożyć zamożni obywatele, którzy zamiast okazjonalnej jałmużny powinni przekazywać wsparcie finansowe w sposób uregulowany i systematyczny. Dla uzyskania środków umożliwiających skuteczną walkę z biedą i głodem należy organizować wśród bogatych mieszkańców miast i ich okolic zbiórki kościelne, kwesty w niedziele i święta, oraz w innych „szczęśliwych okolicznościach”, takich jak śluby i chrzty. Można także organizować zbiórki comiesięcznych dobrowolnych datków wśród osób bogatych. Tak zebrana oficjalna jałmużna powinna być przeznaczana na tworzenie i utrzymanie ośrodków dla ubogich, a w razie potrzeby na ich powiększanie. Nie wszystkie uzyskane środki powinni być od razu wydawane. Powinien zostać z nich utworzony stały kapitał, który będzie odłożony. Tylko dwie trzecie zebranych podczas zbiórek i z jałmużny dla ubogich środków może być przeznaczane na utrzymanie biednych mieszkających w założonych dla nich ośrodkach. Osoby zarządzające lokalną organizacją charytatywną powinny zabiegać, aby jej kapitał był stale uzupełniany (przez spadki, darowizny, zapisy i pożyczki, a także np. przez część opłat wnoszonych za kształcenie dziecka w szkole, za wypisanie na pergaminie ważnych świadectw i dokumentów, a także część opłat za leczenie pobieranych przez lekarzy). Tak zebrane środki umożliwią zapewnienie stałego finansowania pomocy dla ubogich, a nie jedynie okazjonalnie udzielanej im jałmużny. Autor kalendarza na 1781 r. uznał te wszystkie środki za konieczne, ponieważ w wielu krajach „bieda bardzo się pogłębiła, a utrzymywanie biednych ze zwykłej jałmużny staje się niemożliwe”<sup>121</sup>.

Przedstawione powyżej instrukcje i postulaty zostały wkrótce w znacznej części wprowadzone w życie<sup>122</sup>. Umożliwiło to przeprowadzenie skoordynowanych działań państwa pruskiego i lokalnych finansowych śląskich elit, skupionych w to-

---

<sup>120</sup> Autor podaje tu przykład wędrownych muzyków, którzy po przybyciu do miasta powinni zgłosić się do cechu muzyków, zgłaszając chęć wykonywania pracy. Powinna im tu zostać udzielona pomoc. Nie powinno się za to wspierać wędrownych muzyków, stowarzyszających się z żebrakami i próbujących uzyskiwać środki do życia na tych samych zasadach, co żebracy.

<sup>121</sup> J. Neubarth [kontynuatorzy] 1781, *Von der Armen Verpflegung*.

<sup>122</sup> J. Neubarth [kontynuatorzy] 1787, *Historische Nachrichten*.

warzystwach dobroczynnych, skierowanych na likwidację skutków katastrofalnej powodzi, która dotknęła Prusy (w tym Śląsk) w 1785 r. Powódź ta nie była (jak w XVII w.) interpretowana jako plaga, ale jako zjawisko naturalne, które wymaga do przeciwdziałania jego skutkom podejmowania konkretnych działań państwowych i społecznych. Działania te były motywowane moralnie, o czym świadczą źródła z epoki.

Państwo pruskie przeznaczyło w skali całego kraju poważne środki na likwidację skutków powodzi z 1785 r. Działania te skierowane były pośrednio w stronę zapobieżenia wystąpieniu na zniszczonym obszarze masowej epidemii (co wcześniej obserwowano). Adresatami pomocy byli zarówno bogaci (arystokracja, zamożna szlachta i mieszczaństwo), jak i biedni (mieszczanie i chłopci), wszyscy bowiem ponieśli straty stanu swojego posiadania, i w dłuższej perspektywie byli zdolni przywrócić do normy swoje finanse, ale biedni (których była większość) nie byli w stanie samodzielnie podnieść się ze zniszczeń. Opracowano w związku z tym program pomocy dostosowany do skali strat i potrzeb. Chłopom zaoferowano środki na odbudowę zniszczonych domów oraz pieniądze na zakup zboża, z którego część powinni przeznaczyć na zasiewy, a z pozostałej części wyżywić siebie i zwierzęta hodowlane. Państwo wypłaciło także odszkodowania dla tych rolników, którzy ponieśli straty w plonach z powodu poprzedzających powódź burz, nawet gdy ich pola nie zostały ostatecznie zalane. Ze środków państwowych zostały również zakupione w Hiszpanii owoce, a w całym kraju sfinansowano budowę dużej liczby magazynów wełny<sup>123</sup>. W ten sposób gromadzono surowiec możliwy do wykorzystania w nowo budowanych lub modernizowanych przędzalniach wełny i tkalniach materiału wełnianego. Produktem finalnym miała być odzież i obuwie. Państwo przeznaczyło więc środki na pomoc dla małych zakładów krawieckich i kaletniczych w większych miastach<sup>124</sup>. Kolejnym elementem strategii rozwoju kraju po powodzi było zakładanie fabryk pończoch bawełnianych, tkalni lnu, fabryk taśm i worków konopnych, zakładanie plantacji morwy, zakup kokonów jedwabników, utworzenie przędzalni jedwabiu i budowa domów dla pracowników przędzalni<sup>125</sup>. Państwo sfinansowało także zakup drewna dla ubogich mieszkańców miast, by mogli zbudować sobie nowe domy, a także wypalanych z gliny dachówek, lepiej chroniących przed pożarem. Państwo pruskie poniosło także wydatki na budowę nowych magazynów zbożowych w miastach, na budowę nowych dróg i mostów, oraz na wsparcie dla fabrykantów tworzących miejsca pracy dla tkaczy. Ze środków

---

<sup>123</sup> Hodujący owce chłopci mogli sprzedawać wełnę do tych magazynów, uzyskując w ten sposób środki pozwalające za zaspokojenie swoich potrzeb.

<sup>124</sup> W tych zakładach mogli otrzymać pracę biedni, co dawało im środki utrzymania.

<sup>125</sup> Na Śląsku powstawać zaczęły od tego czasu bardzo liczne plantacje drzew morwowych. Sadzono je także masowo wzdłuż dróg.

państwowych budowano również nowe szkoły i szpitale. Ogółem wydatki państwa pruskiego na ten cel wyniosły w skali całego kraju 2 901 156 talarów, w tym znaczna część została rozdysponowana wśród mieszkańców Śląska<sup>126</sup>.

Analiza przedstawionego wyżej programu odbudowy kraju po powodzi pozwala stwierdzić zmianę w strukturze środków, które mogą być zaliczane do obszaru profilaktyki uwzględniającej elementy moralne. Nie obserwujemy w kalendarzach z lat 1786–1788 wzmożonych zachęt do nasilania praktyk religijnych i pokutnych, co byłoby uzasadnione, gdyby powódź z 1785 r. była definiowana w kategoriach plagi Bożej. Powódź tę zdefiniowano jako zjawisko naturalne, takie też środki podjęto w celu zneutralizowania jej skutków, w tym zapobieżenia potencjalnemu wybuchowi epidemii. Zaplanowane i podjęte w praktyce środki uzasadniano jednakże za pomocą kategorii moralnych. Pomoc osobom poszkodowanym przez powódź uznano za uwarunkowaną imperatywem moralnym pomocy bliźnim w potrzebie, będącym jednym z podstawowych imperatywów uzasadniających we wcześniejszych wiekach dobroczynność chrześcijańską. Obecnie zdefiniowano ją jednak w nowy sposób. Zdecydowano się na pomoc zorganizowaną przez państwo, koordynowaną centralnie. W ten sposób dobrze zorganizowane i dysponujące względnie dużymi środkami budżetowymi absolutystyczne państwo pruskie realizowało wyprowadzany z religii chrześcijańskiej program profilaktyki moralnej, w jej wersji z końca XVIII w.<sup>127</sup> Analiza struktury wydatków wykazała, że wsparcie państwowe realizowano nie głównie poprzez rozdawnictwo różnego rodzaju zapomóg i zasiłków (co można by uznać za instytucjonalną formą jałmużny), lecz przez tworzenie nowych miejsc pracy i umożliwienie poszkodowanym przez powódź znalezienia zatrudnienia i uzyskanie przez własną pracę środków utrzymania. Wypłacane powodzianom zasiłki miały pozwolić tylko na przetrwanie najbliższego okresu, o dalszej perspektywie życiowej miało zdecydować osobiste zaangażowanie człowieka. Zapobiegano występowaniu masowego głodu bezpośrednio po powodzi, który mógłby ułatwić wystąpienie epidemii, ale o poziomie życia mieszkańców Śląska w dalszej przyszłości miała już decydować ich własna praca. Państwo pruskie angażowało zarazem zamożnych mieszkańców Śląska do włączenia się do tych działań i ustanowienia stałych dotacji przeznaczonych na lokalne cele społeczne, uznając tę działalność zarówno za propaństwową, jak i podejmowaną z właściwych pobudek moralnych, wpływających z religii.

Kalendarz na 1788 r. przynosi potwierdzenie, że polityka socjalna prowadzona przez państwo pruskie i jego króla Fryderyka II spotkała się z aprobatą śląskiej arystokracji i szlachty, którą wyraził w jej imieniu hrabia von Hochberg<sup>128</sup>. Mówca

---

<sup>126</sup> J. Neubarth [kontynuatorzy] 1786, *Historische Nachrichten*.

<sup>127</sup> J. Neubarth [kontynuatorzy] 1787, *Historische Nachrichten*.

<sup>128</sup> J. Neubarth [kontynuatorzy] 1788, *Historische Nachrichten*.

uznał, że Prusy są pierwszym państwem w Europie, które prowadzi tego rodzaju politykę, mającą na uwadze szczęście poddanych i wzmocnienie siły państwa. Powinna ona stać się wzorcem do naśladowania także dla innych krajów europejskich, wytyczając kierunki działań dla ogólnego pożytku ludzkości. Akceptacja przez najlepsze domy śląskiej arystokracji i szlachty zaproponowanego przez państwo modelu wsparcia socjalnego, będącego najlepszym znanym ówczesnie środkiem zapobiegania występowaniu epidemii, miała znaczenie dla pozytywnego przyjęcia tego programu również przez mieszkańców o niższej pozycji społecznej i dochodach, jednak mogących podzielić się z ubogimi. Dawała im bowiem okazję nie tylko do realnego niesienia pomocy potrzebującym, lecz także udokumentowania swojego społecznego statusu – przynależności do grona ofiarodawców, a nie osób wymagających udzielenia pomocy socjalnej.

Przedstawiane w kalendarzach śląskich z lat 80. XVIII w. działania profilaktyczne inspirowane moralnie zbiegały się z obowiązującą wówczas nie tylko w Prusach i Austrii, lecz także w innych krajach Rzeszy Niemieckiej doktryną kameralizmu<sup>129</sup>, inspirującą tworzenie projektów mających na celu ochronę zasobów ludnościowych państwa i zwiększanie zamożności populacji. Miało to wzmocnić zarówno siłę państwa, jak i zdolności życiowe poszczególnych warstw społecznych i ich członków, którzy mieli żyć długo i zdrowo, prowadząc efektywne i ukierunkowane moralnie życie. W praktyce realizacja opisywanego tu programu nie wyglądała jednak tak optymistycznie, jak to przedstawiały kalendarze. Nie wszystkie przedstawione w kalendarzach zamierzenia zostały zrealizowane w skali odpowiedniej do potrzeb. Rozpoczął się jednak ruch w tym kierunku, który został sprecyzowany w drugiej połowie XIX w.

### **Utrwalenie się standardu zmedykalizowanej profilaktyki w Europie jako podstawy sprawnego funkcjonowania systemów medycyny publicznej**

W następnych dziesięcioleciach, aż do wprowadzenia przez kanclerza Ottona von Bismarcka w zjednoczonych przez Prusy Niemczech powszechnego systemu ubezpieczeń społecznych (1883)<sup>130</sup>, przedstawiony powyżej model funkcjonował w państwie pruskim, przyczyniając się do wzrostu liczby jego ludności i znaczącej poprawy warunków bytowych. Przełożyło się to z czasem na wzrost politycznego i ekonomicznego znaczenia Prus na arenie europejskiej. U podstaw tego sukcesu

---

<sup>129</sup> Por. G. Rosen, *Cameralism and the Concept of Medical Police*, „Bulletin of the History of Medicine” 1953, t. 28, s. 21–42.

<sup>130</sup> Por. O. Pflanze, *Bismarck and the Development of Germany*, Princeton 1990; B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze...*, s. 126, 319, 354, 421.



leżał nie tylko obiektywny wzrost wiedzy medycznej<sup>131</sup>, lecz także idea samokontroli, wywodząca się ze średniowiecznej religijności<sup>132</sup> i nowożytnej profilaktyki moralnej. Koncepcja zdrowego życia, które stawało się możliwe do uzyskania dzięki właściwej edukacji, umiarkowanemu stylowi życia i podporządkowaniu go regułom moralnym, zdołała w sposób trwały upowszechnić się w mieszczańskich społecznościach Europy Zachodniej i Środkowej, a z czasem została uznana za adekwatną odpowiedź na problemy zdrowotne całej europejskiej populacji.

Ważnym elementem ludzkich starań o dobre zdrowie nadal pozostała w XVIII stuleciu modlitwa i indywidualne praktyki religijne. Nie mogły one jednak zastąpić indywidualnego zaangażowania w pracę, mogły jedynie je uzupełnić, a samej pracy nadać moralny sens. W kalendarzu na 1763 r. autor pisał: „Niech Bóg pobłogosławi każdego rolnika, jego trud i pracę, i zabezpieczy mu bogate żniwa”<sup>133</sup>, co było wyrazem takiej właśnie postawy.

W XVIII w. rodzi się koncepcja medycyny prewencyjnej<sup>134</sup>, w której przestrzeganie przez ogół społeczeństwa pewnych nakazów i zakazów wydawanych przez specjalistów jest sprawą pożądaną i oczywistą. Ogólna struktura tej koncepcji, mimo że miała charakter świecki, wywodzi się ze standardu nauki zakorzenionej w religii i opartej na pewnych imperatywach moralnych, których należało przestrzegać. Wśród nich osobista moralność pacjenta postrzegana była jako jedna z podstawowych przesłanek zachowania przez niego dobrego zdrowia, a nieprzestrzeganie reguł moralnych było uznawane za jedną z przesłanek sprzyjających obraniu stylu życia, potencjalnie prowadzącego do choroby. Istotna była także osobista moralność osób sprawujących opiekę nad pacjentem, przyczyniających się do jego dobra, świadczących z własnych środków finansowe wsparcie na pokrycie kosztów działania instytucji pomocowych i przytułkowo-leczniczych. Imperatywem moralnym była tu postawa pomocy i wsparcia, zaangażowania i akceptacji dla różnych form pomocowej aktywności, a nie obojętności i odrzucenia, czy braku zaangażowania na rzecz bliźnich i pozostawienia ich własnemu losowi.

Wyprowadzana z religijności osobistej odpowiedzialność i indywidualna samokontrola stały się także jednymi z podstaw higieny społecznej, umożliwiając

---

<sup>131</sup> Por: V. Hess, *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850*, Husum 1993; T.H. Broman, *The Transformation of Academic Medicine in Germany, 1780–1821*, Princeton 1989; U. Wiesing, *Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik*, Stuttgart – Bad Canstatt 1995.

<sup>132</sup> Por. J. Gilewska-Dubis, *Model opieki nad osobami wymagającymi pomocy i chorymi w średniowiecznych miastach europejskich*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 9, Wrocław 2004, s. 73–85.

<sup>133</sup> J. Neubarth [kontynuatorzy] 1763, *Vom Zu – und Misswachs der Erd-Gewächse*.

<sup>134</sup> Por. P. Scholmerich, U. Thiele, J. Troschke (red.), *Preventive Medizin*, Stuttgart – New York 1988.

realizowanie państwowej polityki zdrowotnej finansowanej z podatków i dystrybuowanej centralnie, opartej na idei zachowania zasobów ludzkich i wspierania ich dobrostanu i rozwoju. Polityka ta miała być wspierana przez działania tych członków społeczeństwa, którym poziom zasobów materialnych na to pozwalał. Zostało to uznane za ideę normatywną, której realizacja będzie rozwijała się w praktyce społecznej w XIX i XX w.

### **Podstawowe problemy pacjentów z radzeniem sobie z chorobą**

Zanim przejdę do przedstawienia podstawowych problemów z radzeniem sobie z chorobą, występujących u tych pacjentów, u których świadomość dotycząca zdrowia i choroby nie w pełni uległa medyalizacji, pragnę przypomnieć, jakie jest stanowisko oficjalnych instytucji chrześcijańskich w Europie wobec tej grupy zagadnień.

Kościół katolicki wiosną 2020 r., w obliczu wybuchu pandemii koronawirusa, podkreślił w oficjalnej wypowiedzi Papieża Franciszka, że epidemia ta (tak jak inne) ma charakter naturalny. Jej przyczyny mają charakter biologiczny, natomiast uwarunkowania – także społeczny. Największe zagrożenia zdrowia i życia ludzi, związane z tą epidemią, występują bowiem w tych krajach, w których większość mieszkańców osiąga bardzo niskie dochody, w których występują znaczne nierówności społeczne, brak jest powszechnego dostępu do świadczeń medycznych, a władze państwowe nie podejmują skutecznych środków na rzecz ochrony populacji. Stanowisko współczesnego papieża w kwestii epidemii jest takie samo, jak to, które ukształtowało się już w 2 poł. XVIII w., gdy Kościół katolicki wspierał władze kolejnych państw europejskich w reformach uniwersytetów, na których wprowadzano nowoczesny standard medycyny klinicznej i w ich działaniach zmierzających do zorganizowania systemów medycyny publicznej. Działania te opierały się na zmedyalizowanym ujęciu choroby, którą i lekarze, i hierarchowie kościelni uznali za zjawisko naturalne, a więc dające się określić przyczynowo, a następnie skutecznie ograniczyć związane z nim zagrożenie. Stanowisko Papieża Franciszka wobec epidemii zawiera także akcenty moralne, takie jak potępienie egoizmu bogatych, którzy nie świadczą czynnego wsparcia na rzecz zdrowia i życia ubogich, oraz krytyka nadmiernej eksploatacji środowiska naturalnego, prowadzącej m.in. do powstawania olbrzymich przemysłowych metropolii, w których większość mieszkańców żyje w nędzy i nie ma środków na skuteczną ochronę swojego zdrowia.

To samo stanowisko zajęły wobec epidemii koronawirusa europejskie kościoły protestanckie. I w tym wypadku jest to kontynuacja standardu, wypracowanego wśród ich wyższej hierarchii jeszcze w 2 poł. XVIII w., rozwijanego w XIX

i XX w. Wierni wszystkich wyznań chrześcijańskich spotykają się więc w Europie ze wspólnym stanowiskiem oficjalnych instytucji religijnych na temat chorób epidemicznych. Jest ono tożsame ze stanowiskiem wobec tzw. chorób zwykłych. Choroby są definiowane w kategoriach naturalnych, jako schorzenia wywołane przez czynniki biologiczne w określonym kontekście środowiskowym i społecznym. Na ich występowanie poważny wpływ wywiera styl życia i warunki socjalne, w których żyje człowiek. Religia może w tym ujęciu udzielić wiernym znaczącego wsparcia w łagodzeniu lęku związanego z przeżywaniem choroby, z przyjmowaniem do wiadomości zasad zmedykalizowanej profilaktyki i podporządkowywaniem swojego życia tym zasadom. Przekaz informacyjny dotyczący choroby, płynący od lekarzy, władz państwowych i samorządowych i oficjalnych instytucji kościelnych wszystkich wyznań chrześcijańskich jest spójny i oparty na tych samych zasadach.

Nie oznacza to jednak, że nie zdarzają się w przekazie publicznym opinie nawiązujące do omówionego w tym rozdziale etapu w kształtowaniu się podstaw profilaktyki, w którym miała ona charakter niezmedykalizowany, w którym chorobę zawsze wiązano z ludzką winą i uznawano za jej następstwo. Zdarzają się także poglądy i postawy samych pacjentów, które są wyrazem ich problemów w radzeniu sobie z chorobą. Wymienię tu najważniejsze typy tych poglądów i postaw.

1. Personifikacja zagrożenia związanego z chorobą i postrzeganie jej w kategoriach kary Bożej. Pacjenci należący do tej grupy uznają, że choroby (w tym szczególnie epidemiczne) powstają na skutek win moralnych pewnych jednostek lub grup społecznych, których postępowanie uznają za szczególnie naganne. Choroba jest w związku z tym źródłem silnego psychicznego napięcia, które może doprowadzić do stygmatyzowania, wyrażania niechęci lub nawet aktów czynnej agresji wobec grup, które są uznawane za winne pojawieniu się choroby.
2. Poczucie odrzucenia przez Boga i osamotnienie w przeżywaniu choroby. Pacjenci z tej grupy sam fakt wystąpienia choroby w ich biografii postrzegają jako wynik kary Bożej za ich własne postępowanie. Uważają się w związku z tym za odrzuconych przez Boga. Nie znajdują w związku z tym w wyznawanej religii pociechy w przeżywaniu choroby, ale dodatkowe psychiczne obciążenie o podłożu związanym z religią.
3. Reakcje eskapistyczno-hedonistyczne. Pacjenci z tej grupy reagują na chorobę, w tym epidemiczną, w taki sposób, jakby zarówno ich życie, jak i trwałość całego świata zostały podważone. Skoro możliwe było wystąpienie tak ogromnych strat, jakie zdarzyły się np. w związku z tsunami z początku XXI w. (zginęło wówczas w Azji do ok. 300 tys. ludzi), albo masową epidemią, to oznacza, że dotychczasowe przekonania religijne są błędne, nieistotne, a postępowanie

zgodne z regułami moralności nie ma żadnego znaczenia. W masowych katastrofach i epidemiach giną bowiem zarówno ludzie grzeszni, jak i moralni. Nie ma więc uzasadnienia, aby przejmować się nakazami moralnymi. Trzeba żyć tu i teraz, a wszystkie regulacje sanitarno-epidemiczne traktować jako ograniczenie praw osobistych, zgodnie z mottem „żyć kolorowo, a najwyżej młodo umrzeć”. Zanim to nastąpi, należy zgromadzić jak najwięcej przeżyć i nie przejmować się losem innych ludzi.

4. Reakcje eskapistyczno-bierne. Pacjenci należący do tej grupy w reakcji na poważną chorobę lub epidemię ograniczają swoją aktywność na wszelkich możliwych polach. Uznają ją za nieistotną, wobec spodziewanej perspektywy własnej śmierci, w kontekście masowej śmierci innych. Wszystkie dotychczasowe ich zainteresowania ulegają stłumieniu. Pacjenci koncentrują się na własnych objawach lękowych, mają też myśli samobójcze. Czasem je nawet realizują, gdy oczekiwanie na nieuchronną śmierć jest zbyt lękorodne i bolesne.

Każdą z tych czterech postaw można w jakiś sposób odnieść do profilaktyki i jej uwarunkowań moralnych i etycznych. Pacjenci z pierwszych dwóch grup wykazują świadomość charakterystyczną dla etapu profilaktyki sprzed fazy jej medykalizacji, gdy elementy metafizyczne przeważały nad ujmowaniem choroby w kategoriach biologiczno-środowiskowych. Pacjenci z dwóch ostatnich reprezentują świadomość zdrowotną już zmedykalizowaną, ale nie wyciągają z tego właściwych konsekwencji. Nie odczuwając lęków metafizycznych, nie czerpią zarazem z wiary religijnej możliwego do uzyskania przez osoby wierzące realnego wsparcia. Nie traktują jej jako źródła nakazów moralnych i zaleceń etycznych. Ich postawę życiową można określić jako charakterystyczną dla tzw. etyki autonomicznej. W jednym wypadku celem życia jest maksymalizacja dostępnych przeżyć, natomiast w drugim minimalizacja możliwych zagrożeń, bez oglądania się na innych, bez uwzględniania ich potrzeb i interesów itp.

### **Zalecane sposoby reagowania przez farmaceutów na nieprawidłowe sposoby radzenia sobie z chorobą wśród pacjentów**

Farmaceuta – jako przedstawiciel grupy zawodów zaufania publicznego, obejmującego wśród zawodów medycznych także lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarki, ratowników medycznych, analityków medycznych i rehabilitantów – ma obowiązek postępowania wobec pacjentów zgodnie z zasadami etyki zawodowej i deontologii. Zauważając u pacjenta którąś z wyżej wymienionych postaw, powinien nawiązać z nim jakąś formę dialogu terapeutycznego. Jest to możliwe szczególnie w mniejszych aptekach, kiedy pacjent jest farmaceutce osobiście znany i rozpoznawalny.

Dyrektywa etyczna wobec farmaceutów wykonujących pracę w kontakcie z pacjentami wymaga bowiem, by zawsze byli gotowi do udzielenia osobom chorym jakiejś formy profesjonalnego wsparcia. Forma ta powinna być dostosowana do okoliczności, odbywać się w ramach opieki farmaceutycznej, do której pacjent ma prawo, z zachowaniem należytej dyskrecji i dbałości o dobro osobiste pacjenta.

Można wskazać imperatywy moralne, które farmaceuta powinien realizować w kontakcie z pacjentami nie radzącymi sobie z chorobą w jednej z wyżej wymienionych form. Farmaceuta może poznać problemy pacjenta zarówno w dialogu z nim samym, jak i od członków jego najbliższej rodziny. Jego interwencja w te problemy może być skuteczna, zawód farmaceuty cieszy się bowiem bardzo wysokim poziomem zaufania w polskim społeczeństwie. Powinna to być zawsze interwencja profesjonalna, zgodna z zasadami Evidence Based Medicine, w której standardzie farmaceuta jest kształcony.

1. Stwierdzając występowanie u pacjenta nasilonych przejawów postrzegania i odczuwania choroby w kategoriach metafizycznych, farmaceuta nie powinien ich bagatelizować. Zgodnie ze wskazaniami Światowej Organizacji Zdrowia z 1990 r. przedstawiciele zawodów medycznych powinni uwzględniać elementy światopoglądowe w świadomości pacjentów i traktować je jako potencjalnie sprzyjające zdrowiu. Lęk przed chorobą postrzeganą w kategoriach metafizycznych może powodować przerwanie działań medycznych mających istotne znaczenie profilaktyczne, niepodjęcie tych działań itp. Farmaceuta powinien więc starać się dostarczyć pacjentowi argumentów na rzecz zmedykalizowanej koncepcji profilaktyki, nie ingerując zarazem w system wierzeń religijnych pacjenta. Powołując się m.in. na stanowisko oficjalnych instytucji religijnych, które dla tej grupy chorych może być istotne, powinien prostować błędne mniemania pacjenta i ograniczać jego lęk lub wrogość.
2. Stwierdzając występowanie jednego z dwóch typów reakcji eskapistycznych także powinien podejmować interwencję, przedstawiając argumentację na rzecz zmedykalizowanej profilaktyki, uwzględniającej jej zakorzenienie moralne i społeczne. Ważne jest bowiem, by w sytuacjach kryzysowych – np. związanych z masowymi epidemiami – nie doszło do upowszechnienia się w społeczeństwie modelu etyki autonomicznej, w której jedyną instancją zdolną określać praktyczne postępowanie człowieka jest on sam. Pacjenci powinni otrzymywać spójny przekaz od władz państwowych, samorządowych, sanitarno-epidemicznych, lekarzy i farmaceutów, zgodnie z którym ich osobista postawa wobec choroby powinna uwzględniać nie tylko ich własne interesy, poglądy i dobro, lecz także – zgodnie z poglądami specjalistów – również interesy i dobra osobiste innych osób.

3. Sprawne funkcjonowanie systemu medycyny publicznej, szczególnie w sytuacji kryzysowej związanej z epidemią, jest zależne od tego, jak wielu obywateli danego państwa zrozumie kierowany do nich przekaz dotyczący przyczyn zagrożenia oraz środków mogących przyczynić się do jego zminimalizowania. Zrozumienie tego przekazu jest uwarunkowane tym, że jest on kierowany do odbiorców w tym samym standardzie przez wszystkie osoby i instytucje czynnie zaangażowane w walkę z epidemią, a także mogące potencjalnie wspierać tę walkę (w tym oficjalne instytucje kościelne).
4. Ważnym elementem systemu medycyny publicznej są farmaceuci. Ich zaangażowanie na rzecz popularyzowania wśród pacjentów systemu zmedykalizowanej profilaktyki jest zasadnicze. Mają bowiem najczęstszy i nieregulowany kontakt z pacjentami. Mogą dzięki temu przyczynić się do kształtowania świadomości zdrowotnej w prawidłowym, podporządkowanym kryteriom klinicznym, a zarazem uwzględniającym przesłanki społeczne kierunku i tamować rozwijanie się lękowych, eskapistycznych i paranaukowych reakcji pacjentów na zagrożenie chorobowe.



## Rozdział 5

# Medycyna alternatywna i jej ocena z punktu widzenia standardu Evidence Based Medicine

### Wprowadzenie

Pojęcie medycyna alternatywna jest często stosowane dość bezrefleksyjnie i zamiennie wobec innych pojęć dotyczących praktyk terapeutycznych nie wykonywanych przez lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy zgodnie z polskim ustawodawstwem jako jedyna grupa zawodowa mają uprawnienia do zajmowania się leczeniem ludzi. W praktyce społecznej możemy mieć także do czynienia z alternatywną weterynarią, rehabilitacją, położnictwem czy pielęgniarstwem, występującymi wtedy, gdy wykonujące usługi z tego zakresu osoby są pozbawione formalnych kwalifikacji, nie posiadają ważnego prawa wykonywania zawodu na terenie Polski i uzyskują dochody z praktyk, świadczonych niezgodnie ze standardem klinicznym. Nie są to jednak pojęcia stosowane precyzyjnie.

W tym rozdziale zajmę się analizą kilku obszarów, które bywają potocznie łączone z pojęciem medycyny alternatywnej. Postaram się doprecyzować to pojęcie, ukazując od kiedy możemy mówić w Europie o występowaniu takiego zjawiska. Nie jest ono równoznaczne z tradycyjnym zestawem praktyk tzw. medycyny ludowej, nie jest także równoznaczne z samolecznictwem. Medycynę alternatywną możemy wyraźnie zdefiniować tylko w opozycji do standardu medycyny klinicznej i to dopiero wtedy, gdy został on już w pełni ukształtowany pod względem metodologicznym i został zaakceptowany w Europie przez większość środowisk naukowych: uniwersyteckich i związanych z instytucjami naukowo-badawczymi, takimi jak akademie nauk czy profesjonalne towarzystwa naukowe. Wiązało się to z wyznaczeniem ostrych i nieprzekraczalnych granic między wiedzą, która mogła być w medycynie uznawana za naukową, a poglądami oraz systemami „wiedzy” o charakterze paranaukowym. W tym ujęciu medycyną alternatywną będziemy nazywać właśnie te poglądy i systemy.

W pierwszej części rozdziału przedstawię genezę standardu medycyny alternatywnej w Europie, osadzając go w poglądach europejskiego środowiska lekarskiego ukształtowanych przed 1850 r., a więc wtedy, gdy tworzenie się standardu medycyny klinicznej nie zostało jeszcze dokończony. Po 1850 r., gdy standard kliniczny został już teoretycznie „domknięty”, część środowiska lekarskiego nie



chciała się z tym zgodzić. Osoby te, do 1850 r. zatrudnione w środowisku akademickim, ale stanowiące w nim mniejszość, po 1850 r. pracowały już w większości poza tym środowiskiem, zostały bowiem z niego drogą administracyjną usunięte przez władze (stało się tak w tych państwach Rzeszy Niemieckiej, w których do 1848 r. obowiązywał w nauczaniu medycyny spekulatywny standard tzw. medycyny romantycznej)<sup>1</sup>. Do zmiany wprowadzanego już wówczas w całej europejskiej medycynie klinicznej wspólnego standardu epigoni medycyny romantycznej odnosili się wrogo. Uważali go za błędny, ponieważ został oparty ich zdaniem na niewłaściwych podstawach. Mając legalny status zawodowy (tj. ukończone studia medyczne i ważne prawo wykonywania zawodu) lekarze nie akceptujący nowego standardu klinicznego podejmowali różnego rodzaju działania, których celem było jego podważenie, a ostatecznie wyeliminowanie z nauki i dydaktyki. W szerokim zakresie korzystali w tym celu z pomocy laików, starając się uzyskać ich wsparcie zarówno finansowe, jak i organizacyjne.

W drugiej części rozdziału przedstawię zasadnicze różnice między współczesnym standardem klinicznym a współczesnym standardem paranaukowym, w ramach którego praktykują osoby zajmujące się świadczeniem usług na rzecz pacjentów. Analiza ta pozwoli wykazać, że zarówno teoretyczne, jak i praktyczne cechy paranaukowych doktryn terapeutycznych nie dają się uzgodnić ze współczesnym standardem klinicznym<sup>2</sup>. Z tego powodu system świadczeń terapeutycznych oferowanych chorym, niezgodny ze standardem Evidence Based Medicine, może być określony mianem „medycyny alternatywnej”. Oferuje bowiem pacjentom „alternatywę” wobec współczesnej naukowej wiedzy, przedstawiając ją jako słuszną i skuteczną.

W trzeciej części rozdziału omówię pojęcie tak zwanej medycyny komplementarnej. Ogólnie można je zdefiniować w ten sposób, że świadczący usługi w tym standardzie terapeuci nie uważają współczesnego standardu klinicznego za błędny, ale za niedoskonały lub niekompletny. Z tym ujęciem zgadza się wielu lekarzy klinicznych, którzy zdają sobie sprawę z rozbieżności między oczekiwaniami pacjentów wobec leczenia (szczególnie tych w starszym wieku, cierpiących na wiele chorób przewlekłych, lub takich, którym medycyna kliniczna nie może zaoferować skutecznej terapii), a możliwością ich zaspokojenia. Dla części z nich akceptował-

---

<sup>1</sup> Szerzej na ten temat por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007.

<sup>2</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna kliniczna i alternatywna – próba charakterystyki porównawczej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Gra możliwości. Studia z historii medycyny i farmacji XIX i XX wieku*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 4, Wrocław 2011, s. 23–42; eadem, *Medycyna alternatywna w perspektywie antropologii historycznej*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław 2008, s. 315–338.

nym (także przez klinicystów) rozwiązaniem problemów związanych z chorobą przewlekłą, nieuleczalną lub związaną z wiekiem może być sięgnięcie po środki i metody klinicznie nie potwierdzone co do ich skuteczności, ale cieszące się zaufaniem pacjentów. Niosą im one bowiem ulgę w dolegliwościach, które odczuwają<sup>3</sup>. Stosowanie środków i metod komplementarnych względem standardu medycyny klinicznej powinno odbywać się jednak zawsze pod kontrolą lekarza, który ma możliwość profesjonalnej oceny potencjalnych korzyści związanych ze stosowaniem danych środków czy metod i zestawienia ich z potencjalnymi stratami zdrowotnymi, które w związku z ich stosowaniem może ponieść pacjent. Stosowanie środków i metod terapii uzupełniających leczenie kliniczne powinno być bowiem zawsze przede wszystkim dla pacjentów bezpieczne<sup>4</sup>, a nie zaspokajając ich potrzebę leczenia za wszelką cenę. Nie powinno odbywać się na zasadzie autodiagnozy i samoleczenia<sup>5</sup>, ani w wyniku korzystania z porad uzdrowicieli bez kompetencji i kwalifikacji, którzy mogą ludzi chorych perspektywą pełnego powrotu do zdrowia, czego obiektywnie nie mogą im zapewnić<sup>6</sup>.

Zasygnalizowane powyżej zagadnienia posłużą mi do sformułowania wniosków końcowych, dotyczących oceny medycyny alternatywnej z punktu widzenia standardu Evidence Based Medicine.

### **Kształtowanie się standardu medycyny alternatywnej w kontekście standardu medycyny klinicznej**

Pojęcie medycyna alternatywna nie może być używane bez określenia standardu, wobec którego owa alternatywność miałaby się przejawiać. W tym rozdziale alternatywność tę będziemy określać względem dominującego w europejskiej medycynie akademickiej nurtu teoretycznego i praktycznego, od poł. XVIII w. nazywanego

---

<sup>3</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Społeczne i instytucjonalne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Badania nad leczniczymi i toksycznymi właściwościami roślin – historia i współczesność*. Lek roślinny, t. 7, Wrocław 2018, s. 139–158.

<sup>4</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Zagrożenia zdrowia związane z poddawaniem się terapii niezgodnej ze standardem klinicznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 3, Wrocław 2017, s. 19–40.

<sup>5</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Samoleczenie na podstawie autodiagnozy i problemy z nim związane*, [w:] A. Dombrowski, W. Żarski (red.), *Dyskurs (para) medycyny: gatunki – funkcje – przeobrażenia*, Wrocław – Kraków 2018, s. 183–198.

<sup>6</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Regulacje w prawie polskim dotyczące wykonywania zawodu lekarza a ochrona praw pacjenta przed leczeniem w sposób niezgodny ze standardem klinicznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii...*, s. 41–75.

standardem klinicznym<sup>7</sup>. Był on wynikiem recepcji na wydziałach lekarskich europejskich uniwersytetów i w europejskich akademiach nauk filozofii Oświecenia<sup>8</sup> i ukształtowania się wspólnej naukowej perspektywy, definiowanej jako Medical Enlightenment lub Medizinische Aufklärung<sup>9</sup>. Jej powstanie było wynikiem ponad półwiekowych działań elity ówczesnej europejskiej społeczności akademickiej, mających na celu uzgodnienie zakresu obserwacji, które można by uznać w medycynie za faktyczne oraz metod badawczych, które można by uznać za adekwatne do badania realnego świata<sup>10</sup>. Podstawą tych działań było dążenie do stworzenia profesjonalnego dyskursu medycznego oraz akceptowanej w całej Europie metodologii naukowej obowiązującej lekarzy<sup>11</sup>. Dotąd było to niemożliwe, bowiem podstawy standardu medycyny wyprowadzano przede wszystkim z przesłanek światopoglądowych zgodnych z różnymi wyznaniem w obrębie chrześcijaństwa, powstałymi po reformacji. W każdym z tych wyznań próbowano stworzyć własny program modernizacyjny i zaciekle spierano się o to, który z nich jest lepszy. Programy te znacząco różniły się między sobą. Przede wszystkim różniła je ogólna wizja świata, a także metod jego poznania i opisu<sup>12</sup>. Ponieważ wizje te były różne, nie można było uzgodnić w sposób jednoznaczny, co jest przedmiotem poznania lekarskiego (czy ludzkie ciało, traktowane jak autonomiczny organizm, przejawiający swoją żywotność w otaczającym go środowisku przyrodniczym – czy ludzkie ciało sterowane przez duszę, na które wpływy naturalnego środowiska oddziałują w dość znikomy sposób), ani w jaki sposób poznanie to winno się dokonywać (czy metodą obserwacji i doświadczeń – czy filozoficznej spekulacji).

<sup>7</sup> Por. V. Hess, *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850*. Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, z. 66, Husum 1993. Por. też: B. Płonka-Syroka, *Spór o model medycyny klinicznej w Europie (1750–1850): Francja, Austria i Prusy – odmienne warianty modernizacji*, [w:] K. Leńska-Bąk (red.), *Zatargi, waśnie, konflikty w perspektywie historycznej i kulturowej*. *Stromata Anthrologica*, t. 10, Opole 2015, s. 163–176.

<sup>8</sup> Por. Z. Kuderowicz, *Filozofia epoki Oświecenia*, [w:] *Filozofia nowożytnej Europy*, Warszawa 1989, s. 301–480.

<sup>9</sup> Por. R. Porter (red.), *Medicine in the Enlightenment*, Amsterdam 1995; A. Cuningham, *The Medical World of the Eighteenth Century*, Chicago 1958.

<sup>10</sup> Por. L. King (red.), *The Road to medical Enlightenment 1650–1695*, London – New York br., s. 113–138. Por. też: F.E. Manuel, *Portret Izaaka Newtona*, tłum. S. Amsterdamski, Warszawa 1998, s. 130–144.

<sup>11</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Odbicie standardu fizyki Newtonowskiej w świadomości lekarzy w końcu XVIII i pierwszej połowie XIX wieku*, [w:] *Pamiętnik Zjazdu Krajowego Polskiego Towarzystwa Historycznego we Wrocławiu, 16–17 września 1999*, Toruń 2001, s. 223–229; eadem, *Historyczna świadomość lekarzy wobec odkryć naukowych nowej fizyki w końcu XVIII i pierwszej połowie XIX wieku*, „*Medycyna Nowożytna*” 2000, t. 7, nr 1, s. 5–23.

<sup>12</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*, Warszawa 1999, s. 159–196.

Zwolennicy stworzenia wspólnego w całej Europie standardu medycyny akademickiej pragnęli przezwyciężyć ograniczenia wynikające z istniejących w środowisku uniwersyteckim podziałów<sup>13</sup>. Stworzenie jednolitego europejskiego standardu medycyny umożliwiłoby ujednoczenie zarówno nauczania studentów, jak i praktyki medycznej wykonywanej przez absolwentów. W ten sposób można by poprawić skuteczność leczenia, która w XVIII w. była jeszcze niska. Przezwyciężenie sporów o charakterze filozoficznym i religijnym, które uniemożliwiały stworzenie wspólnego europejskiego standardu medycyny byłoby jednak możliwe tylko wtedy, gdyby nauczanie medycyny i opracowywanie jej nowego, efektywnego standardu odbywało się w profesjonalnym środowisku lekarskim, które uwolni się od zewnętrznych nacisków i wpływów<sup>14</sup>. Nie oznaczało to dążenia do oparcia podstaw medycyny na przesłankach materialistycznych i ateistycznych, ale somatyzację jej standardu, tj. ograniczenie jej zakresu do obszaru ludzkiego ciała, i naturalizację fizjologii i patologii<sup>15</sup>. Będący zwolennikami somatycznego standardu medycyny lekarze nie odrzucali – w przeciwieństwie do niektórych oświeceniowych filozofów – ani istnienia Boga, ani też możliwości Jego ingerencji w procesy naturalne związane z ludzką fizycznością. Uważali je jednak za występujące rzadko i należące do sfery metafizyki, a nie do medycyny<sup>16</sup>.

Podstawowa opozycja występująca w latach 1517–1848 (tj. od wystąpienia Lutra do Wiosny Ludów, która przyczyniła się do wprowadzenia na europejskich uniwersytetach istotnych zmian modernizacyjnych, wiodących do ujednoczenia europejskiego standardu klinicznego<sup>17</sup>) między medycyną uprawianą na uniwersytetach w europejskich krajach katolickich i luterańskich dotyczyła teoretycznych podstaw wiedzy medycznej. Na uczelniach katolickich, gdzie podstawą nauczania była schrystianizowana w XIII w. przez św. Tomasza z Akwinu<sup>18</sup> wersja filozofii

<sup>13</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Kształtowanie się w europejskiej medycynie klinicznej wspólnego teoretycznego standardu do połowy XIX wieku (na przykładzie Francji i Prus)*, [w:] B. Płonka-Syroka, Mateusz Dąsal (red.), *Medycyna i religia*, t. 2, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2019, s. 157–177.

<sup>14</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Różne koncepcje podmiotowości człowieka w teoriach i doktrynach medycznych*, „Medycyna Nowożytna” 1996, t. 3, nr 1–2, s. 23–50; eadem, *Koncepcja podmiotowości człowieka wobec podstawowych pojęć medycyny teoretycznej i praktycznej*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1998, R. 43, nr 3–4, s. 37–65.

<sup>15</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego...*, s. 226–232.

<sup>16</sup> Por. A. de Haen, *De miraculis liber*, Francofurti et Lipsiae 1776; idem, *Praelectiones Antoni de Haen in Hermanni Boerhaavi Institutiones Pathologicas*, t. 1–2, Coloniae – Altroggum 1784; J. Frank, *Acta Instituci Clinici Caesareae Universitatis Vilmensis*, Lipsiae 1808, t. 1–6. Przytoczone dzieła stanowią przykłady naturalistycznego, somatycznego standardu medycyny klinicznej.

<sup>17</sup> Por. U. Wiessing, *Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik*. Medizin und Philosophie. Beiträge aus der Forschung, t. 1, Stuttgart – Bad Canstatt 1996.

<sup>18</sup> Por. A. Kochan, *Prawo natury i prawo naturalne w dziełach autorów staropolskich*, [w:] J. Sokołski (red.), *Człowiek wobec natury – humanizm wobec nauk przyrodniczych*. Humanizm.

Arystotelesa, opierano się w teorii poznania na koncepcji czterech przyczyn: materialnych, formalnych, sprawczych i celowych. Dwóch pierwszych poszukiwano opierając się na przesłankach naturalistycznych, uznając, że przyczyn pojawiających się w naturze zjawisk należy poszukiwać w niej samej. W tym ujęciu choroba definiowana była w kategoriach fizycznych, jako wynik oddziaływania środowiska na ludzki organizm, zaburzającego panującą w nim równowagę (homeostazę). Poszukiwanie przyczyn sprawczych i celowych opierano natomiast na racjonalnej dedukcji, zmierzając do zrozumienia intencji metafizycznego sprawcy choroby, tj. Boga, któremu przypisywano zsyłanie jej na człowieka w określonym celu<sup>19</sup>. Do ok. 1700 r. fizyczne i metafizyczne przyczyny choroby rozpatrywano przypisując im ten sam stopień ważności, jednakże w latach 1700–1750, wraz z somatyzacją standardu medycyny, skupiono się w medycynie akademickiej europejskich krajów katolickich (za aprobatą Watykanu) na przesłankach fizycznych, przesuwając metafizyczne do obszaru zainteresowania religii<sup>20</sup>. Ogniskiem tego rodzaju interpretacji stał się już wcześniej, bo w XVI w., uniwersytet w Padwie, w którym skupili się uczeni akceptujący naturalistyczny i oparty na doświadczeniu i obserwacji model poznania w naukach przyrodniczych<sup>21</sup>. Włoski standard naturalistyczny przyrodoznawstwa, nawiązujący do modelu medycyny greckiej, promieniować zaczął na całą Europę. Wyposażał on uczonych w metodologię umożliwiającą im nie tylko dokonywanie obserwacji empirycznych, lecz także ich racjonalną interpretację i usuwanie z obszaru wiedzy akademickiej możliwych do stwierdzenia błędów dzięki zastosowaniu zasad logiki dwuwartościowej Arystotelesa. Wiązał się z akceptacją roli uczonego jako samodzielnego podmiotu poznającego – obserwatora obiektywnie zachodzących w materialnym świecie zjawisk, w pełni korzystającego ze swoich władz umysłowych przy tworzeniu naukowych hipotez. Jego praktyka naukowa podlegać miała kontroli profesjonalistów, to jest cieszących się powszechnym uznaniem członków akademii nauk, profesorów dużych uniwersy-

---

Idee, nurty, paradygmaty humanistyczne w kulturze polskiej, pod red. A. Nowickiej-Jeżowej, t. 9, Warszawa 2010, s. 54; T. Płużański, *Filozoficzna myśl zachodniego chrześcijaństwa. Od starożytności do okresu Oświecenia*, Warszawa 1989, s. 110–123; B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego...*, s. 172.

<sup>19</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Wstęp*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 2. Wrocław 1999, s. 3–7.

<sup>20</sup> B. Płonka-Syroka, *Historyczne koncepcje podmiotowości człowieka i ich wpływ na ukształtowanie się założeń programowych nowożytnej medycyny*, [w:] J. Jusiak, J. Mizińska (red.), *Podmiot w procesie*, Lublin 1999, s. 211–239; eadem, *Johann Peter Frank i Christoph Wilhelm Hufeland jako pionierzy profilaktyki medycznej z XVIII i XIX wieku*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2018, t. 63, nr 4, s. 47–70.

<sup>21</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Wpływ szkoły padewskiej na ukształtowanie się modelu nowożytnej medycyny*, [w:] M. Goliński, S. Rosik (red.), *Viae historicae. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Lechowi A. Tyszkiewiczowi*, Wrocław 2001, s. 466–469.

tetów i członków towarzystw naukowych. Kontrola ta miała prowadzić do eliminowania pojawiających się w poznaniu naukowym błędów. Występowanie błędów i niedoskonałości uznawano w tym modelu wiedzy medycznej za nieuchronne, ponieważ wiedza naukowa tworzona jest przez ludzi, których władze poznawcze nie są doskonałe.

Powyższy model epistemologiczny stał się podstawą przełomu nowożytnego w przyrodznawstwie<sup>22</sup>. Inspirował w XVI stuleciu lekarzy we Włoszech i we Francji<sup>23</sup>. W XVII w. został przeniesiony do Anglii, Szkocji i Niderlandów, prowadząc tam do istotnych odkryć (np. krążenia krwi przez Williama Harveya)<sup>24</sup> i innowacji (jak koncepcja konstytucji epidemii Thomasa Sydenhama)<sup>25</sup>, a w XVIII w. stał się podstawą standardu medycyny klinicznej, opartego na anatomii i poszukiwaniu przyczyn chorób wśród relacji ludzkiego organizmu z otaczającym go naturalnym środowiskiem, rozwijanego na Uniwersytecie Wiedeńskim, skąd promieniował na kraje Europy Środkowej i Wschodniej (w tym także na polskie środowisko kliniczne). Innowacyjny charakter omawianego tu standardu opierał się na uznaniu nieostatecznego charakteru ludzkiej wiedzy<sup>26</sup>. Zmierzając do oparcia wiedzy medycznej na obserwacjach natury uznawano, że naukowe interpretacje tych obserwacji nie są identyczne z zawartą w niej prawdą, ale jedynie się do niej zbliżają<sup>27</sup>. Wiedza naukowa w medycynie ma więc zmienny historycznie charakter. Koncepcje kiedyś uznawane za prawdziwe mogą zostać z nauki wyeliminowane, gdy uczonym uda się udowodnić, że poglądy ich poprzedników zawierały błędy. Zakres wiedzy naukowej okazał się więc obszarem o elastycznych granicach, z którego jedne elementy (uznane przez uczonych za błędne) bywają usuwane, natomiast inne (uznane przez uczonych za wiarygodne) zostają do niej wprowadzane. Status żadnego

---

<sup>22</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Wstęp*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 8, Wrocław 2004, s. 7–10.

<sup>23</sup> Por. A. Grafion, N. Sirasi (red.), *Natural particulars. Nature and the Disciplines in the Renaissance Europe*, Cambridge (Mass.) 1999; T. Błocian, *Późnorenansowy arystotelizm włoski. Cesare Cremona (1550–1631) jako przedstawiciel heterodoksyjnego arystotelizmu padewskiego*, Wrocław 1984.

<sup>24</sup> Por. W. Pagel, *William Harvey's Biological Ideas. Selected Aspects and Historical Background*, Basel – New York 1967.

<sup>25</sup> Por. I. Eckle, *Thomas Sydenham (1624–1689) und seine Krankheitslehre, seine Rezeption durch Boerhaave in Leiden und dessen Schüler in der Ersten Wiener Schule*, Berlin 1988; B. Płonka-Syroka, *Neohipokratyzm Thomasa Sydenhama jako próba modyfikacji klasycznego standardu patologii humoralnej*, „*Analecta*” 2016, t. 25, nr 2, s. 39–60.

<sup>26</sup> Por. L.S. King, *The Philosophy of Medicine. The Early Eighteenth Century*, Cambridge (Mass.) – London 1978.

<sup>27</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *An Overview of the Polish School of Medical Philosophy from the 19th Century to Today*, „*Journal of Pharmacy and Pharmacology*” 2014, t. 2, nr 9, s. 509–514.

z elementów wiedzy medycznej nie jest w związku z tym raz na zawsze ustalony, ponieważ w każdej epoce uczeni kształtują swoje wyobrażenia i interpretacje na podstawie takiego zasobu wiadomości, który aktualnie posiadają. Jeżeli ten zasób wzrośnie, pojawią się nowe narzędzia badawcze, udoskonaleniu ulegnie metodologia, dokonane zostaną nowe odkrycia, itp., może dojść w nauce akademickiej do istotnych zmian i przełomów, których kierunku nie można wcześniej przewidzieć. Dlatego nauka tylko w pewnym stopniu rozwija się w sposób zaplanowany. Dzieje się tak jedynie wtedy, kiedy codzienna praktyka naukowa przypomina rozwiązywanie łamigłówek wewnątrz ogólnie znanych ram wyznaczanych poznaniem. Jeżeli jednak pojawiają się nowe odkrycia, nie można ich wpisać w tego rodzaju ramy. Trzeba zbudować je nowo, a to wymaga zmiany w sposobie prowadzenia praktyki naukowej. Będzie ona początkowo mniej pewna swoich rezultatów, za to umożliwi otwarcie nowych horyzontów poznawczych, które w przyszłości mogą nadać poznaniu naukowemu oczekiwaną pewność (rozumianą jako większy stopień prawdopodobieństwa)<sup>28</sup>.

Nowy model medycyny akademickiej, zwany modelem klinicznym, wyprowadzany z omawianego tu standardu, opierał się na gotowości środowiska lekarskiego do uznania istnienia błędów w teorii i praktyce medycznej, z czym wiązało się dążenie do wypracowania procedur prowadzących do ich skutecznej eliminacji – zarówno z uniwersytetów, jak i z praktyki lekarskiej ich absolwentów. Każdy pogląd uznany za naukowy musiał być nieustannie potwierdzany, do czego miały służyć stale doskonalone procedury i metodologia badań, a przede wszystkim specjalistyczne piśmiennictwo lekarskie. Na łamach licznych profesjonalnych czasopism lekarze dzielili się swoimi poglądami dotyczącymi teorii medycyny, interpretacji doświadczenia (tj. faktów klinicznych) i efektywności terapii albo braku jej pozytywnych skutków. Twórcy standardu medycyny klinicznej uznali bowiem, że zarówno jego tworzenie, jak i jego późniejsze zmiany, które będą w nim wprowadzone, nie będą się odbywały ani automatycznie, ani spontanicznie. Nie będą także wyrazem jakiegось wyrastającej ponad ludzkie poznanie natury logiki rozwoju poznania naukowego, ponieważ takiej nie ma. Zmiany w standardzie naukowej medycyny będą wymagały decyzji ekspertów, którzy uznają i ogłoszą publicznie ich prawomocność. To założenie miało z jednej strony chronić medycynę akademicką przed skostnieniem, a z drugiej strony przed niczym niekontrolowanym woluntaryzmem<sup>29</sup>, który mógłby się zrodzić w sytuacji nieustannego przewrotu, ciągłej rewolucji naukowej lub dążenia pojedynczych uczonych do szybkich innowacji,

---

<sup>28</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 165–188.

<sup>29</sup> Por. Ch. Probst, *Der Weg des ärztlichen Erkennens am Krankenbett, Herman Boerhaave und die altere Wiener Medizinische Schule (1701–1787)*, Wiesbaden 1973.

mających im przynieść sławę i sukces finansowy, które nie podlegały by żadnym procedurom kontrolnym. Uznano, że skoro nowoczesna wiedza medyczna ma być oparta na interpretacjach faktów klinicznych, to konieczne jest dążenie do tego, aby dokładnie sprecyzować co można uznać za fakt kliniczny oraz jak można w sposób naukowy go zbadać i poddać interpretacji, która nie będzie wykraczała poza granice nauki.

Przedstawiony tu program stał się podstawą standardu medycyny akademickiej budowanego w medycynie europejskiej od 1750 r., a od 1850 r. powszechnie w Europie uznawanego za obowiązujący. Jest to standard wiedzy opartej na faktach, których interpretacje tworzą samodzielnie pojedynczy uczeni, a następnie przedstawiają je do oceny gremiom złożonym z autorytetów w danej dziedzinie nauki<sup>30</sup>.

Od XVI w. przedstawiony powyżej standard rywalizował w Europie z innym, ukształtowanym w obrębie konfesji luterańskiej, stworzonym na podstawie schrystianizowanej przez św. Augustyna wersji platonizmu<sup>31</sup>, a następnie rozwijanym pod silnym wpływem rodzimej niemieckiej filozofii idealistycznej<sup>32</sup>. Metodologia medycyny oparta była w tym modelu na filozoficznej dedukcji. Uzyskiwana za jej pomocą wiedza uznawana była za prawdziwą i niezmienną, można było tylko dodawać do niej nowe elementy, ale te, które kiedyś uznano za prawdziwe nie podlegały już eliminacji. Nie można było stwierdzić, że jakiś pogląd medyczny,

---

<sup>30</sup> Por. H.R. Wulff, P.C. Gotzsche, *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej czyli Evidence-Based-Medicine*, tłum. Z. Szawarski, red. naukowa R. Nizankowski, Łódź 2005.

<sup>31</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego...*, s. 222–225 i 263–304. Por. też: B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, Wrocław 2013, s. 25, 229, 388 i 401.

<sup>32</sup> Obszernie omawiam ten model nauki w cytowanej już wyżej monografii pt. *Niemiecka medycyna romantyczna* (Warszawa 2007), a także w licznych artykułach. Por. np.: B. Płonka-Syroka, *Carl Gustaw Jung jako „naturalista”*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Nauka i społeczeństwo w stulecie szczególnej teorii względności Alberta Einsteina (1905–2005)*. Antropologia wiedzy, t. 2, Warszawa 2005, s. 175–190; eadem, *Imputacje kulturowe w standardzie niemieckiej medycyny romantycznej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 1, Wrocław 2008, s. 313–331; eadem, *Standard racjonalności pruskiej medycyny akademickiej w latach 1797–1848*, [w:] A. Barciak (red.), *Dzieje medycyny i działalności charytatywnej na terenie Katowic: Katowice. W 142 rocznicę uzyskania praw miejskich*, Katowice 2008, s. 217–228; eadem, *Imputacje kulturowe w standardzie niemieckiej psychiatrii klinicznej w pierwszej połowie XIX wieku*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Marczyk (red.), *Problemy antropologii medycyny*. Medycyna i okolice, t. 2, Wrocław 2009, s. 35–44; eadem, *Lorenz Oken – romantyczny filozof natury i jego rola w kształtowaniu standardu niemieckiej nauki akademickiej w pierwszej połowie XIX wieku*, [w:] E. Dąbrowicz (red.), *Romantyzm uniwersytecki: kulturotwórcza rola ośrodków akademickich w pierwszej połowie XIX wieku*, Białystok 2019, s. 73–103.



który kiedyś został przez autorytety zadeklarowany jako prawdziwy, po jakimś czasie uległ dewaluacji. Standard wiedzy medycznej budowany w taki sposób miał charakter kumulatywny, a nie eliminatywny. Usunąć z aktualnego systemu wiedzy naukowej można było tylko te poglądy, którym ich przeciwnicy przypisywali cechę „błędnych od zawsze”<sup>33</sup>, a nie takie, które np. w starożytności uznawane były za pewne, w XVII stuleciu częściowo za wątpliwe, a w XVIII w. za w dużej części błędne. Powyższe ujęcie nadawało tworzonym w tym standardzie teoriom i doktrynom medycznym konserwatywne oblicze i uniemożliwiało wprowadzanie innowacji, które miałyby się opierać na samodzielnych analizach rzeczywistości przyrodniczej dokonywanych przez pojedynczych uczonych. Poznanie naukowe w medycynie zostało ograniczone do wybranej klasy problemów, które niegdyś postawili przed nimi filozofowie i kapłani. Wiedza medyczna musiała znajdować

---

<sup>33</sup> Dla przykładu, najbardziej znany przedstawiciel niemieckiej medycyny doby renesansu, Paracelsus, autorytatywnie twierdził, że najwybitniejszy z lekarzy późnej starożytności, Galen, mylił się w swojej koncepcji medycyny, zarówno w teorii, jak i w praktyce. Dla Paracelsusa standard medycyny Galena był całkowicie błędny. Wychodząc od tej tezy, Paracelsus zaproponował swój własny i przedstawił go jako właściwy. Czerpał w nim inspiracje z teorii, które dla Galena były nieprzekonujące (np. z egipskiej medycyny hermetycznej), jak i średniowiecznych kontynuatorów tych teorii. Zbudował w ten sposób jeden ciąg teorii, w którym osadzał swoją własną koncepcję, uznając ją za jej najbardziej doskonały wyraz. W tym samym czasie pozostający pod wpływem nieortodoksyjnej wersji arystotelizmu uczeni z Uniwersytetu w Padwie podchodzili do starożytnego dziedzictwa naukowego zupełnie inaczej. I oni, i ich uczniowie w XVII stuleciu zauważali, że w starożytnych koncepcjach medycznych zawarte są błędy w sferze obserwacji i nieprawidłowości w sferze ich interpretacji. Starali się jednak zrozumieć, co doprowadziło ich naukowych poprzedników do takich, a nie innych rezultatów, poznać ich punkt widzenia. Wyprowadzali z tego wniosek, że oni sami – dysponując szerszym oglądem świata, spowodowanym przez nowe odkrycia – mają prawo i możliwość nowej interpretacji znanych w medycynie faktów, zarówno tych historycznych, jak i tych współczesnych. Efektem tego procesu było oddzielenie w starożytnej wiedzy medycznej tych elementów, które uznano za warte dalszego podtrzymywania oraz tych, które uznano, że trzeba było odrzucić. O tym, które to miały być elementy, decydować mieli współcześni, tj. XVII-wieczni uczeni, na podstawie swojej wiedzy, doświadczenia i umiejętności. Opisany tu proces jest nazywany w historiografii nauki sporem starożytników z nowożytnikami. W jego wyniku załamała się autorytarna koncepcja poznania, oparta na uznawaniu nieomyślności niegdyśjszych autorytetów, a zarazem została podważona opinia, że dawne systemy należy odrzucać „w całości”, jako „od początku błędne”. Nowożytnicy przyznali sobie prawo do rozkładania historycznego standardu wiedzy na czynniki pierwsze i składania go na nowo, wg zasad, które sami uznali za racjonalne i oparte na faktach. Zakładali zarazem, że stworzony przez nich standard może też zostać w przyszłości w ten sam sposób rozłożony w celu wydobycia z niego pewnych elementów, a następnie złożony na nowo już na innych zasadach. Teoretyczny model tego procesu opisuję w rozdziale pt. *Imputacje kulturowe w kształtowaniu się obrazu natury w myśli europejskiej od XVI do końca XIX w. Zarys zagadnienia*, [w:] B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 426–446.

oparcie w Biblii, przede wszystkim w Starym Testamencie, a wszystkie interpretacje faktów klinicznych dokonywane przez lekarzy powinny być podporządkowane interpretacjom duchownych i filozofów<sup>34</sup>. W XVII w. duży wpływ na standard medycyny w niemieckich krajach luterańskich wywarł Leibniz<sup>35</sup> i stworzona przez niego koncepcja harmonii preustanowionej przez Boga w akcie stworzenia świata. Wszystkie późniejsze zdarzenia miały w myśl tej koncepcji zostać w jakiś sposób przez Boga wcześniej zaprogramowane. Skoro jakieś zdarzenie się wydarzyło, to znaczy, że miało się tak stać, ale my naszym rozumem nie jesteśmy w stanie dojść tego przyczyn. Zna je bowiem w pełni tylko Bóg. Za pomocą racjonalnej dedukcji człowiek może jednak starać się odnaleźć ślady Bożej myśli w świecie, może zrozumieć, jaki cel przyświecał danemu zdarzeniu. W tym ujęciu lekarz, obserwując u pacjenta określone objawy choroby, nie powinien być koncentrować swojej uwagi na poprzedzających wystąpienie choroby naturalnych przyczynach (np. wpływach środowiska naturalnego na organizm), ale powinien starać się rozpoznać cel, w którym choroba się pojawiła, tj. dlaczego Bóg ją zesłał lub jej pojawienie się dopuścił. Za pomocą dedukcji lekarz powinien być zmierzać do poznania prawdy zawartej w świecie, stworzonym i rządzonym przez Boga, a nie wyprowadzać wniosków z obserwacji, które miały mu przynieść odpowiedź na samodzielnie stawiane pytania, które uznał by za ważne i interesujące. Poznanie naukowe w medycynie w krajach luterańskich aż do początków XVIII w. nie było uznawane za rezultat twórczego umysłowego wysiłku jednostek, które zbierały by pewien zasób faktów i starały by się je we właściwy sposób zinterpretować. Wnioski wyprowadzane przez lekarzy z analizy danych obserwacyjnych nie były bowiem w omawianym standardzie uznawane za dostatecznie miarodajne<sup>36</sup>.

Od początku XVIII stulecia sytuacja ta okazała się jednak trudna do utrzymania. Uczeni pracujący w środowiskach akademickich katolickich, anglikańskich i kalwińskich krajów europejskich wykazali bowiem w sposób trudny do odrzucenia, że zasób wiedzy przekazany im przez starożytne autorytety, rozwijany następnie przez uczonych chrześcijańskich i muzułmańskich w okresie średniowiecza, zawiera istotne błędy. Nie można go jednak było uznać za błędny w całości, ponieważ wiele jego fragmentów nadal pozostawało aktualnych i wiarygodnych dla lekarzy. Trzeba było się zastanowić, w jaki sposób można w sposób prawidłowy metodologicznie odróżnić te, które uznawano za fałszywe od tych, które lekarze nadal pragnęli utrzymać w uniwersyteckim standardzie medycyny. Aby uniknąć arbitralnych decyzji należało wypracować powszechnie akceptowane kryteria oceny

---

<sup>34</sup> Szerzej na ten temat por: B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego...*, s. 199–203, 232–238.

<sup>35</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego...*, s. 213–214.

<sup>36</sup> Ibidem, s. 305–367.

wiarygodności naukowej wiedzy. W krajach katolickich, anglosaskich i kalwińskich zadania opracowania podstaw nowej wiedzy przyrodniczej i medycznej już w 2 połowie XVII w. podejmowali się indywidualni uczeni i prywatne towarzystwa naukowe. Cechowała ich duża swoboda myśli, ponieważ ich działalność była finansowana z prywatnych dotacji. W XVIII w. reformą standardu naukowego przyrodoznawstwa zajęły się akademie nauk i niektóre uniwersytety. Podobnego zadania przystosowania modelu medycyny w krajach luterańskich do nowych czasów podjęła się Pruska Królewska Akademia Nauk w Berlinie, która w latach 1750–1786 wydała szereg orzeczeń w szczegółowych kwestiach naukowych. Istotne w nich było to, że zaaprobowano w niej eliminatywny model rozwoju nauki, godząc się tym samym na historyczną zmienność jej standardu, zarówno co do jej granic, jak i co do treści. Środowisko akademików berlińskich uznało w tym okresie, że kumulatywny model rozwoju medycyny od czasów starożytnych po XVIII w. jest nie do obrony, a zarazem stwierdziło, że nie ma konieczności utrzymywania dawnego stanowiska, zgodnie z którym za fałszywe uznawać należy tylko poglądy „błędne od zawsze”<sup>37</sup>. Zgodzono się w związku z tym na historyczną zmienność prawdy.

Pogląd ten miał bardzo istotne skutki i stał się podstawą napięcia między lekarzami (w tym metodologami i teoretykami medycyny klinicznej) a filozofami, uprawiającymi tę dziedzinę nauki na wydziałach filozoficznych niemieckich luterańskich uniwersytetów oraz politykami, nadzorującymi owe uniwersytety. Istotą tego napięcia był relatywizm metodologiczny wyprowadzany z filozofii sceptycznej, uznany przez klinicystów za oczywistą cechę poznania naukowego w medycynie. Lekarze uznawali bowiem konieczność oparcia standardu medycyny klinicznej na ich własnym doświadczeniu i rozsądku, co uznawali za podstawę wzrostu wiedzy medycznej i poprawy skuteczności terapii. Ujęcie to, oczywiste dla klinicystów austriackich, włoskich, francuskich i angielskich, było w tym czasie dominujące także w akademickiej refleksji filozoficznej w tych krajach. Na fakultetach filozoficznych luterańskich krajów Rzeszy Niemieckiej, w tym szczególnie w Prusach, zostało jednak uznane za groźne, ponieważ mogło doprowadzić do uprawomocnie-

---

<sup>37</sup> W niemieckich publikacjach z tego okresu eliminatywny model poznania naukowego spotkać możemy np. w niemieckich XVIII-wiecznych omówieniach astrologii. Stwierdzano w nich, że starożytni i średniowieczni uczeni wierzyli w taki obraz świata, który wydawał im się realistyczny. My jednak już współcześnie ich stanowiska nie podziwiamy. Nasza wiedza na temat świata naturalnego jest inna od starożytnej, oparta na dokładniejszych obserwacjach i ich interpretacjach matematycznych i filozoficznych. Szerzej na ten temat por.: B. Płonka-Syroka, A. Syroka, *Profilaktyka moralna w świetle kalendarzy śląskich z lat 1615–1786. Teoria i praktyka*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsal (red.), *Ciało, choroby i świadomość społeczna – społeczne i metafizyczne aspekty profilaktyki i terapii. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, Wrocław 2020, t. 6, s. 149–194.

nia w świadomości społecznej idei przeprowadzenia zmian politycznych, społecznych i moralnych, które oznaczałyby w praktyce załamanie się feudalnej koncepcji państwa i porządku społecznego. Po wybuchu rewolucji francuskiej (1789) i po wybuchu rewolucyjnego terroru (1792), a przede wszystkim po zmianie na tronie Prus, na którym zasiadł król o poglądach przeciwnych europejskiemu Oświeceniu, niemieccy ideolodzy państwowi uznali, że relatywistyczna koncepcja nauki forsowana przez filozofów europejskiego Oświecenia prowadzić musi w sposób nieuchronny do przewrotu społecznego i politycznego. Obawy te należy uznać za jak najbardziej uzasadnione, co pokazały nie tylko dalsze dzieje europejskiego przyrodoznawstwa, lecz także europejskie dzieje polityczne<sup>38</sup>.

W 1797 r. stworzono w celu odgradzenia uniwersytetów niemieckich od wpływów francuskich i angielskich standard tzw. niemieckiej medycyny romantycznej. Problem zmienności wiedzy naukowej postanowiono w nim rozwiązać inaczej, niż w pozostałych krajach europejskich, zdecydowanie opowiadając się przeciw autonomii nauk przyrodniczych, przeciw relatywizmowi poznawczemu, przeciw filozofii sceptycznej i przeciw empirycznej koncepcji poznania. Podstawą niemieckiego standardu romantycznego była idea niezmienności prawdy, która miała objawiać się ludzkim podmiotom poznającym w zmieniający się sposób. Sprzeczność tę próbowała tłumaczyć niemiecka filozofia idealistyczna, w tym szczególnie dialektyka

---

<sup>38</sup> Standard medycyny klinicznej, oparty na filozofii sceptycznej, zakładał prawo indywidualnego podmiotu do własnej interpretacji całego zakresu dostępnego mu doświadczenia, zarówno w sferze naukowej, jak i potocznej. Dysponowali nim nie tylko uczeni, którym przyznano prawo samodzielnego określania zakresu problemów wymagających rozwiązania oraz metod, jakich należy użyć, by te problemy rozwiązać. Reformatorzy społeczni i filozofowie z XVIII w. przyznali je również tzw. zwykłym obywatelom. Na tej podstawie mogli domagać się reformy sposobu zarządzania państwem, likwidować nieodpowiadające ich interesom instytucje, zmieniać sposób ich funkcjonowania lub powoływać nowe, lepiej reprezentujące te interesy. I reformatorzy życia społecznego, i twórcy nowego, opartego na podstawach empirycznych modelu nauki, zmierzali w tym samym kierunku: do obalenia modelu nauki opartego na spekulacjach nie opartych na dowodach i do zastąpienia monarchii absolutystycznej monarchią konstytucyjną. Zwycięstwo w latach 1848–1849 reformatorów życia politycznego i wprowadzenie w Europie Zachodniej monarchii konstytucyjnych wiązało się z wprowadzeniem na uniwersytety empirycznego modelu nauki, opartej na faktach i dowodach. Szerzej o modelu nauki opartej na faktach piszę m. in. w następujących pracach: B. Płonka-Syroka, *Tradycje interpretacyjne w filozofii europejskiej a kształtowanie się standardu antropologii wiedzy*, [w:] A. Odrzywolska-Kidawa (red.), *Klio viae et inviae: opuscula Marco Cetwiński dedicata*, Warszawa 2010, s. 261–268; eadem, *Standard medycyny klinicznej jako podstawa koncepcji metodologicznej Ludwika Flecka (1750–1935)*, [w:] E. Bińczyk, A. Derra, J. Grygień (red.), *Horyzonty konstrukttywizmu: inspiracje, perspektywy, przyszłość*, Toruń 2015, s. 341–362; eadem, *Koncepcja faktu naukowego Ludwika Flecka w odniesieniu do poglądów niemieckiej szkoły neoromantycznej*, [w:] J. Maternicki, L. Zaskilniak (red.), *Wielokulturowe środowisko historyczne Lwowa w XIX i XX w.*, t. 5, Rzeszów 2007, s. 24–41.

F.W. Hegla i filozofia przyrody F.W. Schellinga<sup>39</sup> w ten sposób, że aprobowała bierną koncepcję poznania naukowego.

W systemie Hegla to nie człowiek (jak w głównym nurcie medycyny klinicznej w Europie) stawiając naturze pytania i na tej podstawie tworząc hipotezy, które potem musiał udowodnić i uzyskać dla nich aprobatę ekspertów, dysponować miał pełnią władz poznawczych. W niemieckiej medycynie romantycznej inspirowanej filozofią Hegla to natura odsłaniała swoje tajemnice człowiekowi. Ujęcie natury było w tej koncepcji niemal antropomorficzne. I nic w tym dziwnego, ponieważ naturę niemieccy filozofowie idealistyczni uważali za emanację Boga. Wiedza naukowa, odsłaniana uczonym przez naturę, miała być oparta na prawdzie, która jest zawarta w naturze. Uczony miał uzyskiwać do niej dostęp szczególnym zmysłem wewnętrznym, który umożliwił mu otwarcie się na jej głos. Hegel nazwał ten system poznania metodą wiedzy bezpośredniej. Była ona pewna, nie wymagająca empirycznych dowodów<sup>40</sup>, a także obiektywna<sup>41</sup>. Ponieważ potoczne obserwacje podpowiadały lekarzom, iż kumulatywny model nauki nie jest oparty na faktach, zbyt bowiem wiele koncepcji dawniej uznawanych za naukowe zostało w latach 1700–1797 ocenionych jako fałszywe, a model relatywistyczny – oparty na zasadzie uprawomocnienia zmian w standardach naukowych dokonywanych samodzielnie przez uczonych – został w nauce niemieckiej odrzucony, rodzimi filozofowie idealistyczni (Hegel i jego naśladowcy) zaproponowali im inną drogę, umożliwiającą wytlumaczenie obserwowanych w nauce zmian bez odwoływania się do demokratycznych procedur oceny teorii naukowych i relatywistycznej koncepcji prawdy naukowej. Drogę tę wskazywać miała zaczerpnięta z filozofii Hegla dialektyka, w myśl której obiektywny świat podlegać miał ze swej natury nieuchronnemu procesowi przemian, na których kierunek ludzie nie mieli żadnego wpływu. Mogli tylko w nich uczestniczyć, poddając się prawom dialektyki. Natura, przedstawiana przez filozofa jako ożywiona całość (*Lebendige Ganze*), miała spontanicznie przekształcać się z jednego stanu (który Hegel nazywał *tezą*) w drugi (nazwany przez filozofa *antytezą*), będący jej przeciwieństwem. Ostatecznym rezultatem tych przekształceń miała być synteza, tj. połączenie pierwotnych przeciwieństw, spajające ich najbardziej wartościowe elementy. W tym momencie cały proces miał zaczynać się od nowa.

---

<sup>39</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Schelling i medycyna*, [w:] *Niemiecka medycyna romantyczna...*, s. 217–230. Por. też: eadem, *Poglądy Hegla*, [w:] *Niemiecka medycyna romantyczna...*, s. 212–216.

<sup>40</sup> Stąd wywodzi się sławne powiedzenie Hegla, że gdy teoria nie zgadza się z faktami, to tym gorzej dla faktów.

<sup>41</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Glód prawdy i obiektywnej pewności. Przykład niemieckiej medycyny romantycznej 1797–1848*, [w:] K. Leńska-Bąk, M. Sztandara (red.), *Glód: skojarzenia, metafory, refleksje...* *Stomata Anthropologica*, t. 9, Opole 2014, s. 189–205.

Nieco inną koncepcję przemian w nauce zaproponował lekarzom i przyrodnikom Schelling. W ujęciu Schellinga kierunek rozwoju nauki również nie był zależny od ludzi i ich decyzji poznawczych. Świat natury, który (podobnie jak Hegel) Schelling uważał za ożywioną całość (*Lebendige Ganze*), miał podlegać nieustannemu procesowi metamorfozy. Wszystkie dostępne ludzkiemu poznaniu obiekty miały być w rzeczywistości jedynie odbiciem trwałych idei, które były ich podstawą. Idee te znajdować się miały w stanie nieustającej przemiany, której przejawy ludzie mogli zaobserwować (np. przechodzenie elektryczności w magnetyzm). Koncepcja metamorfozy miała wbudowaną w swą strukturę zasadę postępu, inaczej jednak definiowanego, niż to czynili przyrodniccy pozostający pod wpływem różnych nurtów filozofii Oświecenia. W systemie Schellinga postęp naukowy odbywać się miał ponad ludzkimi decyzjami poznawczymi, natura bowiem sama dążyła do coraz większej doskonałości i skomplikowania, w procesie nieustannej metamorfozy przekształcając się z niższych poziomów na wyższe.

W obu koncepcjach filozoficznych koncepcja poznania empirycznego, akceptowana przez europejskich klinicystów, była poddawana krytyce. Uznawana była za niemogącą doprowadzić uczonych do prawdy zawartej w świecie, ponieważ ludzie badający świat metodą empiryczną mogą docierać tylko do przejawów idei budujących świat, a nie do trwale istniejących materialnych obiektów, których istnienie niemieccy idealisci podważali. Ani więc anatomia patologiczna, ani statystyka medyczna niczego nie mogły lekarzom udowodnić, odnosiły bowiem swoje obserwacje do ciała, które niemiecki idealizm filozoficzny podporządkowywał aktywności duszy. Naukowa medycyna niemiecka powinna być, zdaniem rodzimych niemieckich filozofów, oparta na naukowej spekulacji, która jako jedyna może zapewnić lekarzom dostęp do obiektywnych praw natury. Dodatkowym i bardzo istotnym utrudnieniem recepcji w niemieckiej medycynie klinicznej z lat 1797–1848 europejskiego standardu klinicznego było filozoficzne założenie, zgodnie z którym człowiek – jako podmiot poznający – znajduje się nie na zewnątrz poznawanego świata przyrody, którego obiekty analizuje i próbuje zrozumieć istniejące między nimi zależności, ale mieści się wewnątrz ożywionej całości (*Lebendige Ganze*), obserwując przejawy trwale tworzących ją idei. Ludzkie poznanie naukowe nie może być, z tego powodu, oparte na podstawach empirycznych. Lekarz nigdy nie będzie bowiem w stanie ujrzeć faktów empirycznych jako ich zewnętrzny obserwator. Jego świadomość poznająca nie jest bowiem autonomiczna. Jest bowiem zawsze w jakiś sposób sterowana przez ożywioną całość (*Lebendige Ganze*), w której ów lekarz jest zanurzony<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 299–377. Przedstawiam tu przykłady niemieckich doktryn terapeutycznych, opartych na rodzimym standardzie filozoficznym.

Analizując standard niemieckiej medycyny akademickiej z lat 1797–1848 możemy spostrzec, że znajduje on odbicie w wielu dziewiętnastowiecznych, dwudziestowiecznych i współczesnych koncepcjach paramedycznych. I wtedy, i obecnie, jest oceniany krytycznie przez klinicystów tzw. głównego nurtu<sup>43</sup>. Nie przeszkadza to jednak jego zwolennikom, którzy nie przyjmują krytycznych ocen uczonych ekspertów związanych ze środowiskiem akademickim. Przeciwwstawiają im własne poglądy i autorytety, uznając je za równoważne.

Przedstawiony tu spekulatywny standard medycyny był nauczany na wydziałach lekarskich niemieckich uniwersytetów w Prusach i w innych krajach luteranckich Rzeszy Niemieckiej aż do 1848 r. Stał się istotną barierą w rozwoju nauk medycznych. Nie wypracowano tam bowiem aż do połowy XIX w. żadnych innowacji, które zostałyby zaakceptowane w innych krajach europejskich, w których standard medycyny klinicznej rozwijał się na podstawach empirycznych. Wykładane w dydaktyce akademickiej w Niemczech teorie i doktryny medyczne określano w innych krajach europejskich jako irracjonalne, filozoficzne albo literackie. Warto też zauważyć, że nawet w krajach, w których rządy po zakończeniu wojen napoleońskich miały skrajnie niedemokratyczne oblicze (Francja, Hiszpania), nie narzucono uniwersytetom podobnego jak w Niemczech spekulatywnego modelu medycyny. Lekarze kliniczni cieszyli się w nich dużą swobodą działania, a ich profesjonalne publikacje nie były krępowane przez cenzurę. Doprowadziło do w rezultacie do wypracowania przez francuską medycynę kliniczną wiodącej pozycji w Europie. Około połowy XIX w. to tam właśnie powstały zasadnicze innowacje teoretyczne, metodologiczne i praktyczne, które wprowadziły medycynę kliniczną na kontynencie europejskim w nową fazę, będącą bezpośrednim poprzednikiem epoki współczesnej kliniki lekarskiej.

Jednakże niemieckie środowisko lekarskie nie było ani w XVIII, ani w XIX w. monolitem. Już w XVIII w. wielu lekarzy (także profesorów uniwersyteckich) pozostawało pod wpływem poglądów szkoły klinicznej Hermanna Boerhaavego, założonej na Uniwersytecie w Lejdzie, a następnie Starszej Szkoły Wiedeńskiej, funkcjonującej w jego drugiej połowie XVIII stulecia w stolicy Austrii. Powstał tam jeden z wiodących w skali kontynentu europejskiego ośrodek medycyny kli-

---

<sup>43</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna w perspektywie badań kulturowych nad historią nauk przyrodniczych*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Obrazy świata jako konstrukty kultury: analiza historyczno-porównawcza*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 12, Wrocław 2012, s. 107–120; eadem, *Elementy romantycznego i neoromantycznego standardu racjonalności w kulturze współczesnej*, [w:] J. Adamowski, J. Styk (red.), *Tradycja: wartości i przemiany*. Tradycja dla Współczesności. Ciągłość i Zmiana, t. 1, Lublin 2009, s. 123–133; eadem, *Historyczność New Age – o XIX-wiecznych źródłach pewnej perspektywy poznawczej*, [w:] W. Wrzosek (red.), *Oblicza przeszłości: zbiór rozpraw*, Bydgoszcz 2011, s. 157–169.

nicznej, który ze względu na brak bariery językowej silnie oddziaływał również na lekarzy niemieckich z krajów luterzańskich, zarówno pod względem praktyki klinicznej, jak i metodologii<sup>44</sup>. Pomimo tego, że w latach 1815–1848 uniwersyteckie nauczanie medycyny w luterzańskich krajach Rzeszy Niemieckiej przybrało skrajnie ideologiczne oblicze, wśród wykładowców znajdowało się dość liczne grono takich, którzy nadążali za postępami wiedzy naukowej w Europie zachodniej (Francja, Austria) i przekazywali je swoim wychowankom. Zwolenników głównego europejskiego nurtu modernizacji medycyny nie brakowało też wśród niemieckich lekarzy praktyków. Większość lekarzy niemieckich odbywała bowiem po zakończeniu studiów w swoim kraju roczną lub dwuletnią podróż do ośrodków uniwersyteckich za granicą. Mogli się tam zapoznać z odmiennymi poglądami i praktyką kliniczną niż ta, które poznali we własnym kraju w czasie studiów. We własnej praktyce lekarskiej stosowali w związku z tym te metody, które większość lekarzy w Europie uznawała w pierwszej połowie XIX w. za skuteczne, a nie te, które musieli opanować przed dyplomem na uniwersytetach w Niemczech. To lekarze żyjący z wolnej praktyki lekarskiej, wsparci przez innowacyjnych i otwartych na europejskie impulsy akademików, ostatecznie nadali niemieckiej medycynie akademickiej po 1850 r. nowe teoretyczne oblicze i umożliwili wypracowanie wspólnego dla całej medycyny w Europie standardu medycyny klinicznej.

Na podstawie przedstawionych tu argumentów mogę stwierdzić, że przed 1850 r. nie możemy mówić w Europie o istnieniu standardu medycyny alternatywnej. Nie wypracowano jeszcze wówczas bowiem w Europie wspólnego standardu teoretycznego medycyny akademickiej, trudno byłoby więc określić, co miałyby być dla niego alternatywą. Rywalizujące ze sobą w latach 1700–1850 narodowe szkoły kliniczne różniły się w bardzo wielu kwestiach, wszystkie więc były alternatywne względem siebie. Nie można także stwierdzić, która z tych szkół lepiej opierała się na faktach, ponieważ niemal wszystkie przedstawiane przez owe szkoły interpretacje tych faktów okazały się ostatecznie błędne i zostały w latach 1850–1914 usunięte ze standardu medycyny akademickiej w Europie. Możemy jednak określić, który z rywalizujących standardów medycyny miał charakter większościowy, a który mniejszościowy i stwierdzić, co z tego wyniknęło na przyszłość.

---

<sup>44</sup> Do najwybitniejszych lekarzy niemieckich wyznania luterńskiego, którego poglądy kształtowały się zgodnie z założeniami głównego nurtu modernizacyjnego medycyny europejskiej należał Christoph Wilhelm Hufeland. Pozostawał pod wpływem standardu Starszej Szkoły Wiedeńskiego, o którego upowszechnienie wśród niemieckich klinicystów także i poza Austrią zabiegał przez wiele lat swojej akademickiej kariery. Por. K. Pfeifer, *Christoph Wilhelm Hufeland. Mensch und Werk*, Halle (Saale) 1968. Por. też: Ch.W. Hufeland, *Ideen über Pathogenie und Einfluss, Entstehung und Form der Krankheiten als Einleitung zu pathologischen Vorlesungen*, Jena 1795.



Różnice między rywalizującymi w latach 1700–1850 w europejskiej medycynie klinicznej standardami dotyczyły tak wielu kwestii, że nie sposób ich krótko przedstawić w jednym rozdziale poświęconym problematyce medycyny alternatywnej. Ukażę w związku z tym tylko te, które miały okazać się istotne dla ukształtowania się po 1850 r. tegoż standardu. Pierwszą z tego rodzaju istotnych różnic jest stosunek rywalizujących ze sobą szkół medycznych do materii. W głównym nurcie modernizacyjnym medycyny europejskiej, rozwijanym w takich krajach, jak np. Francja, Austria, Włochy, a także w polskim środowisku lekarskim okresu rozbiorowego, uznawano realne istnienie materialnego świata i właśnie w jego stronę kierowano proces poznawczy w medycynie. Uznano, że aby stworzyć naukowe podstawy fizjologii i patologii, a także farmakoterapii, należy starać się jak najdokładniej zbadać cechy otaczającego człowieka materialnego świata i na tej podstawie wyciągnąć wnioski dotyczące jego budowy i funkcjonowania ludzkiego organizmu. Teorię medycyny zamierzano oprzeć na dążeniu do ustalenia przyczyn i sposobu zachodzenia zjawisk, które uczony może praktycznie zaobserwować. Nauka musiała uwzględniać realne istnienie świata i realną rolę pojedynczego uczonego w jego poznawaniu. Podstawowym obiektem poznania w medycynie stał się ludzki organizm, jego budowa anatomiczna, zasady fizjologii oraz przyczyny inicjujące proces patologiczny, którego skutkiem jest wystąpienie choroby o zstandaryzowanym typie objawów.

W nurcie sprzeciwiającym się temu programowi, ograniczonym do obszaru luteranckich krajów Rzeszy Niemieckiej, standard medycyny klinicznej oparto w nauczaniu uniwersyteckim na zasadzie, że realnie istnieje tylko świat niematerialny, którego wszystkie dostrzegane przez człowieka przejawy są tylko odbiciem. Uznawano, że nie istnieją one samodzielnie, nie mają więc charakteru obiektów, które warto byłoby badać. Przejawianie się obiektywnych idei może przybierać bowiem tak zróżnicowaną postać, że obserwacje faktów klinicznych nie mogą doprowadzić uczonych do istotnych poznawczo wniosków. Powyższe ujęcie opierało się na niemieckiej filozofii idealistycznej, która uznano za podstawę tworzenia niemieckiego naukowego przyrodoznawstwa. Z takiego sposobu ujmowania świata wynikało skierowanie procesu poznawczego w medycynie w stronę rozpoznawania zawartej w świecie niematerialnej esencji zjawisk, a nie ich samych jako takich. Nie ważna więc była ludzka anatomia, czy poszukiwanie lokalizacji procesu chorobowego (określające podstawowe kierunki badań w głównym nurcie modernizacyjnym europejskiej medycyny), ale badanie tego, w jaki sposób niematerialna idea choroby „odciska” się w widzialny sposób w ludzkim ciele, czy i w jaki sposób zaburzenie prawidłowej czynności duszy oddziałuje na prawidłowe funkcjonowanie ciała. Stawiano też inne pytania: czy jest możliwe i w jaki sposób to się dzieje, aby zdrowa pod względem moralnym dusza utraciła kontrolę nad ciałem i jego procesami,

co prowadziło do wystąpienia choroby, albo w jaki sposób oddziałując na układ nerwowy możemy pośrednio oddziaływać na duszę, wzmacniając tym samym jej możliwości sprawowania kontroli nad ciałem. Każde z tych pytań, wyznaczające perspektywy poznania klinicznego w okresie tzw. niemieckiej medycyny romantycznej (1797–1848), zachowało swą ważność w standardzie medycyny alternatywnej, rozwijanym przez jej zwolenników po 1850 r. Nie były już jednak stawiane przez europejskich klinicystów, którzy wykluczyli je poza granice standardu medycyny akademickiej.

Kolejną istotną różnicą między rywalizującymi w medycynie europejskiej standardami: głównym nurtem modernizacyjnym medycyny klinicznej i opozycyjnym wobec niego niemieckim standardem romantycznym, był sposób interpretowania działania leków. Proces interpretowania działania leków w kategoriach materialnych, zależnych od ich składu i dawki, a nie od niematerialnej siły, która miałaby się w nich zawierać, rozpoczął się w Europie już w późnym średniowieczu. Od XIII w. na wydziałach lekarskich europejskich uniwersytetów wykładano tzw. materię medyczną, tj. wiedzę dotyczącą leków wykorzystywanych do leczenia oraz substancji, z których należało je sporządzać. W tym samym czasie wiedza empiryczna dotycząca leków rozwijała się w klasztorach, w których znajdowały się biblioteki przechowujące m.in. dzieła klasyków starożytnej medycyny i średniowieczne do nich komentarze. Wiedzę dotyczącą farmakognozji rozwijali również kształceni w cechach aptekarze. W rezultacie poważnego zainteresowania tą problematyką, w XVI w. rozpoczął się w Europie proces standaryzacji wiedzy farmakognostycznej, oparty na przesłankach empirycznych. Badania w tym zakresie podejmowali zarówno lekarze, jak i aptekarze skupieni w cechach. Lekarze tworzyli zielniki<sup>45</sup>, często ilustrowane, w których opisywali rosnące w poszczególnych regionach Europy rośliny i porównywali ich budowę i właściwości do opisów pozostawionych przez autorów starożytnych. Aptekarze tworzyli natomiast dispensatoria, a następnie farmakopee, w których spisywali dopuszczone do obrotu aptecznego surowce i produkty<sup>46</sup>. Na ostateczny kształt farmakopei składała się wiedza lekarzy i aptekarzy, których praktyka była kontrolowana przez lekarzy urzędowych (fyzyków miejskich). Standaryzacja treści farmakopei, występująca w XVI i XVII w. na obszarze

---

<sup>45</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Zarys historii lecznictwa naturalnego w Karkonoszach*, [w:] J. Nowosielska-Sobel, G. Strauhold (red.), *Trudne dziedzictwo. Tradycje dawnych i obecnych mieszkańców Dolnego Śląska*, Wrocław 2006, s. 217–237; eadem, *Der botanischen Garten der Universität Breslau/Wrocław in den letzten 200 Jahren*, [w:] I. Kästner, J. Kiefer (red.), *Botanische Gärten und botanische Forschungsreisen*. Europäische Wissenschaftsbeziehungen, t. 3, Aachen 2011, s. 231–242.

<sup>46</sup> Por. A. Syroka, *Dispensatorium Valeriusa Cordusa i jego rola w kształtowaniu nowożytnej farmacji europejskiej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka, K. Sudoł (red.), *Lek roślinny – historia i współczesność*. Lek roślinny, t. 1, Wrocław 2012, s. 21–32.

danego miasta i prowincji, a później na terenie całego państwa<sup>47</sup>, umożliwiła z czasem prowadzenie bardzo dokładnych obserwacji dotyczących skuteczności działania określonych produktów farmaceutycznych, stosowanych w dużych grupach pacjentów według tej samej receptury. Już w XVII stuleciu w farmakopeach dzielono surowce apteczne na skuteczne oraz na takie, których skuteczność uznawano za wątpliwą. Obie grupy były opisywane w oddzielnych działach farmakopei. Produkty o wątpliwej skuteczności terapeutycznej dopuszczano do wykonywania recept tylko wtedy, jeżeli stan zdrowia pacjenta nie mógł już ulec poprawie przy zastosowaniu bardziej skutecznych środków, pacjent był do danego rodzaju terapii przywiązany, a metoda terapii, wg której została wypisana recepta, cieszyła się dużą popularnością wśród pacjentów. W innych przypadkach lekarz powinien był wypisując receptę korzystać tylko z produktów uznanych przez twórców farmakopei za skuteczne. W farmakopeach zawarte też były (w ich końcowej części) spisy produktów farmakopealnych obligatoryjnie wycofanych z terapii i zakazanych do sprzedaży w aptekach, ponieważ uznano je za nieskuteczne lub szkodliwe.

Zwróćmy uwagę, że ten rodzaj procedury odpowiadał modelowi wiedzy medycznej, który w XVIII w. stał się podstawą standardu medycyny klinicznej: wiedzy opartej na doświadczeniu i obserwacji (a więc na faktach empirycznych), na dopuszczeniu eliminowania jej części, która uległa dezaktualizacji i dopuszczeniu idei postępu terapii, opartego na wprowadzaniu nowych, skutecznych leków, które stale dodawano do już znanych i stosowanych w praktyce. Jedynym kryterium decydującym o tym, czy dany lek był dalej stosowany, czy też zaniechano jego stosowania, była empirycznie potwierdzona efektywność. Leki uznane za nieefektywne albo za groźne dla ludzkiego zdrowia i życia, usuwano z farmakopei i administracyjnie zakazywano ich stosowania. Lekarze skupieni w regionalnych izbach samorządowych (kolegiach lekarskich) i aptekarze skupieni w cechach protestowali przeciwko próbom naruszenia tych zasad, poprzez wprowadzenie teorii i praktyk opartych na spekulacji. Protestowali m.in. przeciw alchemii i jej wpływom zarówno w medycynie (tzw. medycynie spagiryicznej), jak i farmacji, sprzeciwiając się uznawaniu koncepcji nie opartych na faktach za faktyczne. Dążenie aptekarzy skupionych w cechach do weryfikacji skuteczności sprzedawanych przez nich leków, w tym eliminacji produktów nieskutecznych i szkodliwych, wiązało się z rynkowym charakterem ich zawodu. Wprowadzanie do obrotu produktów pozbawionych skuteczności, wywołujących u pacjentów szkodliwe objawy lub trujących, mogło prowadzić bowiem do zachwiania podstaw ekonomicznych aptekarstwa,

---

<sup>47</sup> Por. A. Syroka, *Regulacje prawne dotyczące produkcji i dystrybucji leków w XVI–XVII wieku na Śląsku*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka, K. Sudół (red.), *Leki roślinne w terapii od czasów starożytnych po współczesne: zagadnienia teoretyczne i praktyczne*, Lek roślinny, t. 2, Wrocław 2013, s. 81–93.

gdyż właściciel apteki sprzedającej takie produkty został by pociągnięty do odpowiedzialności karnej, aż do utraty koncesji włącznie, gdyby udowodniono mu działanie na szkodę klientów. Rozwijająca się poza uniwersytetami farmacja, oparta na prywatnej własności aptek, była zarazem w czasach nowożytnych względnie wolna od wpływów uniwersyteckich i pozauniwersyteckich filozoficznych dogmatyków, co umożliwiało prowadzenie przez aptekarzy działalności gospodarczej opartej na rzetelnej wiedzy dotyczącej leków i substancji, z których można by je produkować. Zarówno lekarze, jak i aptekarze, będący zwolennikami oparcia medycyny i farmacji na faktach, nawiązywali do dominującej w ówczesnym nauczaniu uniwersyteckim tradycji filozoficznej, jaką był arystotelizm<sup>48</sup>. Wyprowadzali z niego metodę tworzenia wiedzy opartą na konieczności przedstawienia konkretnych argumentów na rzecz danego twierdzenia, odrzucając zarazem koncepcje, w których występowały elementy nie dające się udowodnić w sposób doświadczalny<sup>49</sup>.

Wykwalifikowani w cechach aptekarze, dysponujący pokaźnym zasobem wiedzy empirycznej dotyczącej surowców leczniczych oraz skutków ich zastosowania w określonych połączeniach (większość leków stanowiły wówczas leki złożone) stali się w XVIII i w 1 połowie XIX w. dla lekarzy istotnym źródłem inspiracji. Byli oni nastawieni krytycznie do standardu terapii, w którym przyjmowano niematerialistyczną interpretację działania leków. Polegała ona na tym, że właściwości lecznicze roślin i innych surowców farmaceutycznych rozpoznawać miano na podstawie tzw. sygnaturek, tj. podobieństwa kształtu lub koloru do cech choroby lub wyglądu organu, który dany specyfik miał leczyć. Rozpoznawanie leczniczych właściwości surowców leczniczych na podstawie ich naturalnego kształtu lub koloru miało czyściej spekulatywny charakter, a interpretacja ich działania miała się opierać na uznaniu skuteczności oddziaływania ich niematerialnych elementów składowych (pogląd ten przejęto z alchemii). Na przykład w doktrynie Paracelsusa, który twierdził, że cała natura jest złożona z trzech substancji podstawowych, takich jak siarka, rtęć i sól, uczony ten przypisywał im właściwości, których nie dało się potwierdzić w sposób empiryczny. Paracelsus (tak jak alchemicy) uznawał je jednak a realne. W doktrynie Paracelsusa niematerialnie działające leki miały oddziaływać na niematerialną duchową istotę człowieka, którą nazwał pojęciem archeusza. Archeusz miał sprawować bezpośrednią funkcję kontrolną nad przebiegiem wszystkich procesów fizjologicznych ludzkiego organizmu. Każdy proces patologiczny musiał mieć w tym ujęciu charakter przede wszystkim duchowy, dopiero utrata kontroli

---

<sup>48</sup> Por. A. Syroka, *Glód wiedzy a glód bogactwa na podstawie rozprawy Disputatio de Metallorum Transformatione Johanna Gotarda Drechslera*, [w:] K. Leńska-Bąk, M. Sztandara (red.), *Glód: skojarzenia, metafory, refleksje*. Stromata Anthropologica, t. 9, Opole 2014, s. 179–187.

<sup>49</sup> Por. R. Prinke, *Zwodniczy ogród błędów. Piśmiennictwo alchemiczne do końca XVIII wieku*, Warszawa 2014.

duszy (archeusza) nad fizjologią miała inicjować proces chorobowy. W związku z tym terapia była kierowana przede wszystkim w stronę duszy i innych niematerialnych elementów ludzkiej fizjologii, a nie w stronę ludzkiego ciała lub pewnych jego obszarów, w których choroba miała by się zakorzenić i rozwijać. W doktrynie Paracelsusa choroba miała być zawsze zjawiskiem ogólnym, a nie lokalnym, a jej podstawy anatomiczne nie były uznawane za istotne<sup>50</sup>.

W XVIII w. przedstawione tutaj poglądy Paracelsusa nie były poza medycyną niemieckiego obszaru kulturowego uznawane za racjonalne, a i w samej Rzeszy Niemieckiej nie były akceptowane przez licznych lekarzy pracujących w środowisku akademickim. Było tak przede wszystkim w Austrii, w której standard racjonalności ustanawiał w tym okresie Uniwersytet Wiedeński, pozostający pod wpływem płynącej z uniwersytetów włoskich nieortodoksyjnej wersji arystotelizmu, z którą wiązało się uznanie materialnego charakteru ludzkiego organizmu, a także pod wpływem Uniwersytetu w Lejdzie, na którym pracował znakomity uczony Hermann Boerhaave, uznawany za „nauczyciela całej Europy” w dziedzinie budowania podstaw medycyny klinicznej. Bardzo duże znaczenie dla kształtowania się założeń europejskiego standardu medycyny klinicznej miała także nauka francuska, przede wszystkim francuska Akademia Nauk, która w 1784 r. sformułowała podstawowe zasady oceny wszystkich teorii i doktryn medycznych, zarówno tych już obowiązujących, jak również tych, które miały być do medycyny uniwersyteckiej dołączone na zasadzie innowacji. Zasady te opierały się na uznaniu doświadczenia i płynących z niego wniosków za jedyną naukowo uprawnioną metodę oceny teorii i praktyki w medycynie. Już wcześniej, bo ok. 1750 r. na europejskich uniwersytetach ukształtował się wspólny standard teoretyczno-metodologiczny, z którego czerpano inspiracje do oceny dotychczasowego dorobku naukowej medycyny. Podstawą jego były obserwacje ludzkiego organizmu w stanie fizjologicznym, dążenie do dokładnego opisanego objawów chorobowych, połączenie ich w zespoły i na tej podstawie stworzenie klasyfikacji chorób opartej na kryterium przyczynowym. Zmierzano do wypracowania systemu klasyfikacji chorób, w którym każda choroba o tych samych objawach klinicznych musiała by mieć taką samą przyczynę. Umożliwiłoby to wypracowanie schematów terapii, możliwych do zastosowania u wszystkich pacjentów, u których lekarze obserwowali by takie same objawy.

Badania nad efektywnością terapii miały z początku skutek negatywny, tj. udało się ustalić, że większość dotąd stosowanych metod nie ma wymiernych, potwierdzonych empirycznie skutków terapeutycznych lub są one niezgodne z przewidywaniami lekarzy. Udało się również wprowadzić pojęcie ubocznych skutków terapii, tj. takich, które wykaczały poza zasadniczy cel terapeutyczny, ale zdarzały

---

<sup>50</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego...*, s. 315–339.

się dostatecznie często, by lekarz musiał uwzględniać ich występowanie. Lekarze korzystali w ocenie efektywności terapii ze statystyki medycznej, a w przypadku zgonu pacjenta z wniosków z przeprowadzonej sekcji zwłok. Do 1848 r. udało się w ten sposób dokonać wiarygodnej i opartej na faktach oceny dotychczasowego stanu wiedzy medycznej i wyciągnąć wnioski na przyszłość, dotyczące konieczności przekształcenia modelu medycyny opartego na doświadczeniu i obserwacji w model medycyny eksperymentalnej. Ok 1850 r. taki model został zaproponowany przez francuskiego profesora Claude'a Bernarda, spotkał się z aprobatą większości środowiska naukowego w Europie i stał się podstawą reform modernizacyjnych, realizowanych w następnych dekadach XIX w. Profesjonalizacja medycyny praktycznej w Niemczech ostatecznie sprawiła, że europejski standard kliniczny został przyjęty jako racjonalny także przez większość tutejszego środowiska lekarskiego<sup>51</sup>. Ci spośród lekarzy, którzy nadal uznawali za zasadny rodzimy standard romantyczny<sup>52</sup>, stali się po 1850 r. twórcami standardu europejskiej medycyny alternatywnej. Napotykali zdecydowany opór niemieckich klinicystów, odwołujących się do tych samych argumentów, co lekarze z innych krajów europejskich<sup>53</sup>.

## **Główne cechy doktryn terapeutycznych zaliczanych do nurtu medycyny alternatywnej**

Na określenie obszaru działań terapeutycznych wykonywanych niezgodnie z aktualnym standardem klinicznym współczesna polska socjologia medycyny proponuje pojęcie lecznictwo niemedyczne<sup>54</sup>. Uważam to określenie za właściwe, jednak w dalszej części rozdziału będę nadal posługiwała się pojęciem medycyny

---

<sup>51</sup> Por. C. Huercamp, *Von gelehrten Stand zum professionellen Experten: Untersuchung zur Sozialgeschichte der Ärzte in Preussen im. 19. und 20. Jahrhundert*, Bielefeld 1984.

<sup>52</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna (1797–1848) jako problem badawczy*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1997, R. 42, nr 1, s. 21–42; eadem, *Kierunki teoretycznego uzasadniania terapii w medycynie niemieckiej pierwszej połowy XIX stulecia*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1997, R. 42, nr 2, s. 69–86; eadem, *Romantyzm w medycynie niemieckiej w świetle badań rodzimej historiografii z lat 1802–1945*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t. 5, z. 2, s. 11–54.

<sup>53</sup> Por. np. B. Płonka-Syroka, *Rezeption der Homöopathie in polnischen Ärztekreisen im 19. Jahrhundert*, „Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung” 1997, R. 16, s. 145–179. Liczne publikacje zawierające elementy krytyki dotyczącej zarówno teorii, jak i praktyk niezgodnych ze standardem klinicznym znaleźć można w bibliografii polskiego dziewiętnastowiecznego piśmiennictwa medycznego opublikowanej przez Stanisława Konopkę.

<sup>54</sup> Popularyzatorem tego pojęcia w polskim piśmiennictwie naukowym jest socjolog medycyny prof. Włodzimierz Piątkowski.

alternatywnej. Uzasadnieniem dla tego zabiegu będzie fakt, iż nie będę rozróżniała w charakterystyce należących do tego nurtu doktryn terapeutycznych tego, czy zostały one stworzone przez lekarzy, czy też nie. Istotne dla mnie będzie bowiem przeprowadzenie analizy ich wspólnych cech, aby wykazać, że nie dadzą się w żaden sposób uzgodnić z medycyną kliniczną w jej standardzie obowiązującym po 1850 r. Poniżej przedstawię najważniejsze elementy treści alternatywnych doktryn terapeutycznych.

## **Cel terapii**

W doktrynach terapeutycznych należących do obszaru medycyny alternatywnej celem terapii nie jest zwykle leczenie konkretnej choroby, czy objawu chorobowego<sup>55</sup>, ale cel ten jest definiowany jako uzdrawianie. Terapeuci alternatywni posługują się pojęciem „terapia całościowa”, czyli holistyczna (a także szerszym „medycyna holistyczna”), będącym bezpośrednim nawiązaniem do pojęcia *Lebendige Ganze* (ożywiona całość) wypracowanego w okresie niemieckiej medycyny romantycznej. Holizm ma tu oznaczać skierowanie terapeutycznych oddziaływań zarówno w stronę duchowości, jak i cielesności pacjenta, a unormowanie przejawów duchowości ma prowadzić do poprawy przebiegu procesów cielesnych. Ponieważ celem terapeutycznych zabiegów jest ludzka dusza, będąca osnową duchowości, nie jest zasadniczo istotne, jakie to są zabiegi, czy możemy stwierdzić, że są przeprowadzane z użyciem środków, które można w sposób wymierny zbadać pod względem fizycznym, chemicznym itp., czy też nie. Działania mające wywrzeć skutek na duszę mogą być bowiem z założenia „niematerialne” lub prowadzone przy użyciu substancji lub sił, których istnienia metodami naukowymi nie da się potwierdzić. Dla zwolenników standardu medycyny alternatywnej nie jest to żadna przeszkoda do tego by stwierdzić, że te substancje lub siły wywierają na ludzki organizm realne i skuteczne działanie.

## **Sposób określania wymierności efektu terapeutycznego**

W standardzie medycyny alternatywnej wymiernym efektem terapeutycznym jest deklarowana przez osobę poddaną terapii subiektywna poprawa samopoczucia, zmniejszenie lub ustąpienie objawów bólowych, poprawa stanu psychicznego,

---

<sup>55</sup> Wyjątkiem tu jest homeopatia, skoncentrowana na leczeniu pojedynczych objawów chorobowych.

zmniejszenie problemów ze snem, złagodzenie napięć psychicznych i zmniejszenie problemów z odżywianiem (nadmierny apetyt, brak apetytu) itp. Alternatywni terapeuci opierają potwierdzenie skuteczności terapii na tzw. świadectwach pacjentów, to jest ich deklaracjach o poprawie stanu zdrowia i samopoczucia. Świadectw tych nie weryfikują badaniami klinicznymi (bo uznają je za nieistotne), ani statystycznymi. Leczenie pojmowane jako uzdrawianie, terapia holistyczna itp. jest przez nich uznawane za proces tak indywidualny, że nie da się go opisać w takich kategoriach, które medycyna kliniczna uznaje za obowiązujące.

### **Metody terapii z wykorzystywaniem czynników naturalnych**

Charakterystyczną cechą metod stosowanych w standardzie medycyny alternatywnej jest korzystanie ze środków powszechnie dostępnych w otaczającym człowieka środowisku, którym przypisuje się jednak właściwości, które nie znajdują potwierdzenia w naukowym obrazie świata. Do najczęściej wykorzystywanych w tym standardzie metod należy przykładanie rąk przez uzdrowiciela na chore miejsce, wykonywanie manipulacji rękami wzdłuż ciała pacjenta, masaże, okłady, a także stosowanie zwykłej wody, którą podaje się chorym do picia, kąpeli albo w formie natrysków oraz dieta. Powyższe metody były od starożytności wykorzystywane w lecznictwie, a w XIX w. zostały włączone do standardu medycyny uzdrowiskowej i rehabilitacji. Do czasów współczesnych udało się jednak wypracować naukowe standardy lecznictwa uzdrowiskowego i rehabilitacji, w których poszczególne metody leczenia zostały dostosowane do schorzeń, w terapii których znajdują zastosowanie.

Precyzyjne określenie wskazań terapeutycznych uzasadniających leczenie dietetyczne, wodolecznictwo, leczenie klimatyczne, terapię masażem i dotykiem i wiele innych naturalnych metod pozwala współczesnym lekarzom właściwie dostosować je do obrazu choroby występującego u danego pacjenta. Wiadomo bowiem (i znajduje to potwierdzenie w wymiernych badaniach klinicznych), że te same czynniki naturalne u jednych pacjentów będą wywierały korzystny skutek terapeutyczny, natomiast u innych nie tylko że nie przyczynią się do poprawy parametrów zdrowotnych, ale mogą spowodować pogorszenie stanu zdrowia. Np. bogate w jod morskie powietrze będzie korzystne dla pacjentów ze zmniejszonym poziomem przemiany materii, natomiast będzie szkodliwe dla chorych z nadczynnością tarczycy. Podobnie przebywanie w uzdrowiskach wysokogórskich, których ukształtowanie terenu sprzyja występowaniu silnych wiatrów i nagłych skoków ciśnienia atmosferycznego, nie jest korzystne dla chorych na serce itp. Wiedza umożliwiająca dostosowanie naturalnych czynników leczniczych do realnych potrzeb zdrowotnych pacjentów



odróżnia leczenie uzdrowiskowe prowadzone w standardzie klinicznym od tzw. medycyny holistycznej albo naturoterapii, w której naturalne metody terapii są stosowane bez konkretnych wskazań leczniczych. Alternatywni terapeuci uznają bowiem, że istotą leczenia naturalnego są niewymierne duchowe siły zawarte w przyrodzie, które leczą każde schorzenie i każdy organizm. Uzasadnienie to wprost wynika z XIX-wiecznego standardu niemieckiej medycyny romantycznej, w której natura miała cechy żywego organizmu obdarzonego samoświadomością, udzielającego ludziom swojej mocy i prawdy o sobie. W wielu współczesnych koncepcjach medycyny alternatywnej pacjent powinien „otworzyć się na wpływy natury”, poddać się jej oddziaływaniu, zespolić się z naturą itp. Już sama warstwa słowna tych interpretacji udowadnia, że natura jest tu pojmowana jako ożywiony byt, z którym pacjent może nawiązać jakiegoś rodzaju relację. Trudno ten rodzaj interpretacji pogodzić z tłumaczeniem wpływu natury występującym w medycynie klinicznej, który postrzega otaczające ludzki organizm środowisko naturalne w kategoriach fizycznych i chemicznych. W interpretacji klinicznej poprawa samopoczucia pacjenta w trakcie kuracji uzdrowiskowej może być skutkiem np. zmniejszenia obrzęków, spowodowanego spożywaniem wody mineralnej o właściwościach moczopędnych, a nie otwarciem czakramu, poprawą krążenia energii życiowej w meridianach, albo wyrównania równowagi jang i jin.

Dlaczego ta alternatywna interpretacja ma być uznawana dla pacjenta za szkodliwą? Dlatego, że gdy nie rozumie on celu terapeutycznego, który jego lekarz prowadzący pragnie osiągnąć wysyłając go do uzdrowiska, którego środowisko naturalne obfituje w wody mineralne o właściwościach moczopędnych, to spożywając je i obserwując po ich spożyciu zwiększoną diurezę będzie uzupełniał utraconą wodę pijąc np. duże ilości słodkich soków albo piwa. W wyniku tego nie tylko nie uzyska zamierzonej przez lekarza poprawy parametrów klinicznych (zmniejszenia masy ciała, obniżenia poziomu cukru we krwi), ale jego stan może nie ulec poprawie, a nawet się pogorszyć (gdy tych soków i piwa wypije dużo, dodając do tego obfite, tłuste i słodkie potrawy). Z punktu widzenia klinicznego jest więc istotne, po co pacjent poddaje się kuracji z wykorzystaniem naturalnych środków leczniczych: czy pragnie obniżyć poziom cukru lub cholesterolu, zmniejszyć masę ciała itp., czy wyrównać równowagę jang i jin, otworzyć czakram, czy też poprawić krążenie energii w meridianach. W tych ostatnich przypadkach jego styl życia prowadzonego w sanatorium czy na wakacjach w uzdrowisku nie wspiera właściwego dla jego stanu zdrowia kierunku terapii klinicznej, pacjent nie jest go bowiem świadomy, lub będąc świadomym uznaje go za nieistotny dla zasadniczego kierunku terapii.

W leczeniu klinicznym, prowadzonym z wykorzystaniem czynników naturalnych (woda, powietrze, klimat, dieta itp.) uwzględnia się stan kliniczny pacjenta, do którego lekarz dostosowuje odpowiednie metody terapii, których oczekiwane

efekty może precyzyjnie określić. Są one charakteryzowane w kategoriach klinicznych. Celem terapii z wykorzystaniem naturalnych środków leczniczych może być wspomniane wyżej obniżenie poziomu cholesterolu, obniżenie poziomu cukru, zmniejszenie masy ciała, poprawa wydolności oddechowej, poprawa sprawności ruchowej. W każdym z tych przypadków pacjent otrzyma skierowanie do kurortu mającego w swoim profilu leczniczym terapię tych schorzeń, które u niego występują. Chory nie otrzyma zarazem skierowania do uzdrowiska, w którym obiektywne parametry środowiska naturalnego są dla niego niewskazane lub ewidentnie zabronione (jak wspomniany już wyjazd nad Bałtyk dla pacjentów z nadczynnością tarczycy). Taki sposób planowania wyjazdów poza stałe miejsce zamieszkania, uwzględniający parametry środowiska naturalnego mogące wpływać na zdrowie, powinien także cechować wszystkie osoby w starszym wieku, ze schorzeniami przewlekłymi albo z tak zwaną wielochorobowością. Pacjent powinien zasięgnąć porady u lekarza, który sprawuje stałą kontrolę nad stanem jego zdrowia, czy wyjazd w planowane okolice jest możliwy i nie okaże się dla niego niekorzystny lub ryzykowny. Wg standardu medycyny klinicznej natura nie zawsze leczy, na ludzki organizm oddziałuje bowiem nie zawarta w niej szczególnie duchowa siła (o niestwierdzalnym dla nauki współczesnej charakterze), ale poziom ciśnienia atmosferycznego, ilość solanki rozproszona w powietrzu, średni poziom nasłonecznienia i temperatury i inne czynniki charakterystyczne dla naturalnego środowiska danej miejscowości. Za czynniki lecznicze, przyczyniające się do obiektywnej poprawy stanu organizmu pacjenta w trakcie kuracji uzdrowiskowej i po jej zakończeniu, współczesna medycyna kliniczna przyjmuje też takie składniki, jak odcięcie pacjenta od szkodliwych bodźców środowiskowych, które zainicjowały lub przyczyniły się w jakiś sposób do powstania i rozwoju choroby (mowa tu zarówno o czynnikach fizycznych, jak i psychicznych), zmiana miejsca zamieszkania i otoczenia społecznego, nawiązanie nowych relacji społecznych w miejscu leczenia, nawiązanie dobrej relacji osobistej z lekarzem, skład chemiczny tworzyw leczniczych (takich jak wody mineralne o określonych terapeutycznych właściwościach, borowina itp.), temperatura i sposób ich podawania, formy zabiegów uzdrowiskowych, zwiększenie ilości ruchu i aktywności fizycznej itp. Współczesny standard medycyny uzdrowiskowej nie korzysta w interpretacji skutków terapii prowadzonej w uzdrowiskach z pojęć nie dających się opisać w kategoriach klinicznych. Jako kierunek i cel terapii uznaje się tu nie tylko poprawę subiektywnego samopoczucia pacjenta, lecz także obiektywnych parametrów klinicznych<sup>56</sup>. Efekty terapii naturalnej w uzdrowisku mają w związku z tym wymierny charakter kliniczny,

---

<sup>56</sup> Por. obszerne piśmiennictwo na temat historii i współczesnego standardu lecznictwa uzdrowiskowego, opublikowane w serii *Kultura uzdrowiskowa w Europie*, pod red. B. Płonki-Syroki i wsp. (t. 1–13).

a ich jedynym dowodem nie jest – jak w wypadku medycyny alternatywnej – tzw. świadectwo pacjenta.

Podobnie rozwinięty i oparty na współczesnych podstawach klinicznych jest współczesny standard rehabilitacji<sup>57</sup>. Metody rehabilitacji także wykorzystują współcześnie liczne naturalne czynniki występujące w otaczającym człowieka środowisku (ciepło, zimno, prąd elektryczny, nacisk mechaniczny itp.), jednak w każdym przypadku kierunek terapii jest określony przez rodzaj schorzenia. Można sformułować konkretne oczekiwania co do rezultatów rehabilitacji i ocenić ich skutki w kategoriach klinicznych, stwierdzane w badaniach podstawowych. Wykorzystanie naturalnych czynników takich jak woda, światło, ciepło, zimno, czy określone sposoby fizycznego oddziaływania (masaże, gimnastyka) na ciało służy leczeniu, a nie uzdrawianiu. Pacjentom nie przedstawia się rehabilitacji jako oddziaływania na ich duszę lub duchowość (jakkolwiek definiowaną), ale na ich organizm, traktowany jako spójna całość psychofizyczna. Wykonujący zabiegi rehabilitacyjne w standardzie klinicznym terapeuci muszą mieć ukończone wyższe studia, albo chociaż pomaturalne szkoły medyczne o profilu rehabilitacja albo kursy o charakterze rzemieślniczym. Muszą wykazać się doskonałą znajomością anatomii i fizjologii, aby ich praca z ciałem pacjenta doprowadziła do zakładanego efektu klinicznego. Efektem tym jest usprawnienie uszkodzonej funkcji określonego obszaru organizmu (co jest efektem np. w urazu lub wypadku) albo też usprawnianie o charakterze ogólnoustrojowym (gdy niepełnosprawność pacjenta wynika np. z wieku, schorzeń genetycznych lub udaru).

Zabiegi rehabilitacyjne wykonywane w standardzie alternatywnym wobec klinicznego korzystają z zupełnie innego sposobu uzasadnień i osadzają ich skuteczność w innym ogólnym kontekście. O ile w przypadku rehabilitacji klinicznej za czynnik terapeutyczny uznaje się fizyczne działanie terapeuty (nacisk, masaże itp.) na określone okolice ciała pacjenta, albo fizyczne działanie wymiernych sił (elektryczność, magnetyzm i in.), wywierane na organizm pacjenta z wykorzystaniem odpowiednio skonstruowanego sprzętu, o tyle w standardzie rehabilitacji alternatywnej terapeuta jest najczęściej przedstawiany jedynie jako osoba udostępniająca pacjentowi dostęp do leczniczych sił natury. Leczenie bólu alternatywną metodą rehabilitacji ma poddać pacjenta (zarówno jego cielesność, jak i duchowość) siłom, których moc przekracza stworzone przez człowieka „sztuczne” metody terapii. Terapeuta alternatywny nie musi więc znać anatomii i fizjologii, ani konkretnych procedur, czy typów ćwiczeń. Najczęściej wystarczy dotyk, masaż czy ucisk pewnej okolicy ciała, w wyniku którego lecznicze siły natury przenikną do organizmu pacjenta, poprawią w nim przepływ energii itp.

---

<sup>57</sup> Por. J. Szczegielniak, M. Migala, *Fizykoterapia w praktyce. Skrypt dla studentów kierunku fizjoterapia*, Opole 2005.

Poddawanie się przez pacjentów zabiegom u rehabilitantów prowadzących praktykę niezgodną ze standardem klinicznym i pozbawionych wykształcenia zdobytego w uczelniach medycznych kształcących w standardzie klinicznym (wyższych i pomaturalnych) może być dla pacjentów nie tylko rozczarowujące, lecz także realnie niebezpieczne. Gdy minie bowiem korzystny efekt tych zabiegów, interpretowany w kategorii placebo, pacjenci obserwują dalsze pogorszenie się stanu ich zdrowia. Ich stan kliniczny nie jest bowiem prawidłowo kontrolowany, np. za pomocą wdrożenia skutecznej terapii przeciwwzapalnej lub przeciwbólowej, prowadzonej regularnie w standardzie klinicznym, uzupełnianej o rehabilitację prowadzoną w tym samym standardzie. Innym istotnym zagrożeniem jest opóźnienie diagnostyki klinicznej, wynikające z dania wiary alternatywnemu standardowi leczenia i poddawaniu się terapii zgodnie z nim. Występujące w tej grupie chorych objawy bólowe czy różnego rodzaju dysfunkcje mogą być istotne dla rozpoznania przez lekarza wstępnej fazy poważnych chorób (np. nowotworowych). Niepodjęcie na czas diagnostyki w odpowiednim kierunku znacznie utrudnia, a czasem uniemożliwia osiągnięcie pozytywnych efektów terapii klinicznej, o ile zostanie kiedyś przez pacjenta podjęta. Ostatnim skutkiem poddawania się zabiegom rehabilitacyjnym u terapeutów bez kwalifikacji uzyskanych w standardzie klinicznym mogą być uszkodzenia ciała, powstałe w wyniku tych zabiegów. Nie znając anatomii i fizjologii alternatywny terapeuta może bowiem wykonywać działania, prowadzące w sposób bezpośredni do poważnych zaburzeń wewnętrznych, a nawet zgonów pacjentów w wyniku doznanych urazów. Przypadki takie zdarzały się także w ostatnich latach w Polsce.

### **Terapia z zastosowaniem „leków” o niezweryfikowanych właściwościach**

W systemie medycyny alternatywnej do charakterystycznych sposobów terapii należy stosowanie jednego lub kilku środków, których korzystne działanie przedstawia się pacjentom na zasadzie panaceum. Ten sam lek, o określonym składzie chemicznym (np. witamina C), albo ta sama substancja (np. woda) są przedstawiane jako środki o nieograniczonym potencjalnym spektrum działania. Mogą działać „leczniczo” na wiele różnych chorób o zróżnicowanych przyczynach lub symptomatologii, za każdym razem wywołując zgodny z oczekiwaniami pacjenta efekt terapii, który może być później przez niego przedstawiony laikom w formie tzw. świadectwa.

Inną cechą „leków” stosowanych przez alternatywnych terapeutów jest ich pochodzenie „z dalekich krajów”, np. z Indii, Chin lub Ameryki Południowej, a w przypadku USA – przekazanych przez tradycję leczniczą Indian. Z tego nurtu wywodzą

się popularne postacie terapii Ajurwedy, Tradycyjnej Medycyny Chińskiej, praktyk południowoamerykańskich uzdrowicieli (tzw. kuranderos) itp. Zwolennicy i propagatorzy tych systemów terapii powołują się na ich dawność jako podstawę skuteczności. Interpretują skutki działania leków związanych z tymi systemami terapii nawiązując do wypracowanej w nich niegdyś koncepcji patologii. Znajdują się w niej pojęcia nie potwierdzone przez współczesny standard kliniczny, albo nie dające się jako takie potwierdzić, takie jak energia jang i jin, meridiany itp. Medycyna kliniczna z uwagą przygląda się tym odległym i dawnym systemom terapii, ponieważ wśród stosowanych zgodnie z ich standardem leków znajdują się i takie, którym można przypisać realne działanie terapeutyczne. Działanie to jest jednak badane i określane we współczesnych kategoriach klinicznych (badane są np. właściwości przeciwzapalne, bakteriobójcze, bakteriostatyczne, przeciw pasożytnicze, przeciwnowotworowe). Potwierdzenie efektywności klinicznej wypracowanych w dawnych i odległych kulturach leków nie jest jednak logicznie jednoznaczne z tym, że współczesna medycyna kliniczna potwierdza odległe w czasie (np. starożytne) lub w przestrzeni (np. występujące u współczesnych uzdrowicieli z Ameryki Południowej) systemy patologii, na podstawie których te leki niegdyś były stosowane. My dziś leczymy za ich pomocą (o ile takich dawnych leków naturalnych używamy lub na podstawie ich pierwotnych składników zostały stworzone nowe, współczesne leki) choroby zapalne, zakaźne, pasożytnicze lub nowotworowe, których obraz i etiologię definiujemy zgodnie ze współczesną klasyfikacją występującą w medycynie klinicznej. Korzystając z tych naturalnych substancji nie leczymy natomiast zaburzenia równowagi jang i jin lub zakłócenia przepływu energii w meridianach. Nie uznajemy bowiem tych czynników za istniejące i w jakikolwiek sposób oddziałujące na etiopatogenezę chorób. Wiedza o skuteczności dawnych lub powstałych na odległych obszarach leków, uzyskana przez dawnych terapeutów metodą prób i błędów, jest przez nas wykorzystywana w inny sposób. Współcześni badacze „wyjmują” z dawnych i odległych systemów wiedzy medycznej jedynie pewne ich elementy, których potencjalną skuteczność sprawdzają. A gdy te elementy (tj. leki z odległych krajów i dawnych cywilizacji) okażą się wartościowe pod względem terapeutycznym, są włączane do naszego systemu medycyny. Interpretacja ich działania następuje we współczesnych kategoriach poznawczych i klinicznych.

Oferowanie pacjentom przez alternatywnych terapeutów leków „z dalekich krajów” opiera się na odmiennym sposobie interpretacji ich działania. Przedstawiając te leki i inne związane z nimi elementy terapii (posty, ćwiczenia fizyczne, diety itp.) alternatywni terapeuci twierdzą, że są one skuteczne dlatego, że są oparte na prawdziwej wiedzy o naturze, którą dysponowały odległe w czasie lub przestrzeni kultury, a która jest niesłusznie odrzucana przez współczesnych klinicystów. Można przedstawić ten sposób argumentacji na kilku przykładach. Pierwszy do-

tyczy Chin i wypracowanej w tym kraju w starożytności teoretycznej koncepcji medycyny, dziś określanej mianem Tradycyjnej Medycyny Chińskiej. Uzyskanie kilka lat temu przez chińską badaczkę Nagrody Nobla za wykazanie efektywności terapeutycznej jednej z roślin tradycyjnie stosowanej w leczeniu malarii przez zwolenników alternatywnego standardu terapii jest podawane jako dowód prawdziwości całego systemu TMC. Takie same poglądy głoszą zwolennicy praktyk terapeutycznych Indian z Ameryki Południowej, którzy mieli rzekomo skutecznie leczyć nowotwory korzystając z rośliny zwanej Vilcacora. Tłumaczenia te nawiązują do metodologii obowiązującej we wcześniej omawianej w tym wykładzie niemieckiej medycynie romantycznej, w której można było przyjąć lub odrzucić tylko cały system, a nie jeden z elementów. Dlaczego? Ponieważ system ten nie został stworzony przez ludzi, którzy odpowiadali na samodzielnie stawiane przez siebie pytania, lecz został ludziom „ujawniony” – albo przez samą naturę, albo przez kogoś z jej proroków. W Chinach np. był nim tzw. Żółty Cesarz, Huang Ti, który miał otrzymać obszerny system wiedzy medycznej w formie objawienia, w starożytnym Egipcie takim „prorokiem” był Imhotep. Obie postacie uznawano także za bogów. System ten mógł być albo w całości prawdziwy (o ile człowiek właściwie „odczytał głos natury”), albo błędny. Dla lekarzy klinicznych, zarówno w XIX w., jak i współcześnie, ten rodzaj poznania jest uznawany za absurdalny. Skoro o efektywności (lub braku efektywności) leku lub terapii decydują oni sami, na podstawie badań, doświadczeń, interpretacji i opinii ekspertów, to uznają, że mają prawo rozkładać dawne systemy poglądów na fragmenty i ponownie je składać, niektóre z nich uznając za wiarygodne, a inne nie. Gdy w metodologii naukowej medycyny opieramy się na założeniu, że to my sami poznajemy naturę, stawiając jej interesujące nas pytania (a nie wgłębiając się w docierający do nas głos natury, jakkolwiek mielibyśmy go definiować), to rozkład analizowanych systemów dawnej i odległej wiedzy medycznej jest całkowicie uprawniony. Nie tylko wolno nam jest dziś badać interesujące nas składniki tych systemów, lecz także wolno nam całkowicie odrzucić (jako nie opartą na faktach i uwzględniającą nieistniejące czynniki w ich ocenie) stworzoną przez dawnych i odległych lekarzy interpretację, i zastąpić ją naszą własną, którą uznajemy za właściwą na podstawie przesłanek czerpanych przez nas ze współczesnego standardu przyrodoznawstwa.

Propagowanie wśród pacjentów przez zwolenników standardu medycyny alternatywnej dawnych i odległych geograficznie metod leczenia opiera się na dobrze zbadanym mechanizmie psychologicznym. Osoby nie znajdujące efektywnej pomocy w europejskim standardzie klinicznym (często dlatego, że zgodnie z jego kryteriami nie są realnie chore), dobrze odnajdują się w systemach terapeutycznych o pozaeuropejskich rodowodach. Aprobują występujące w nich systemy patologii i kategorie diagnostyczne, bo utwierdzają je w subiektywnym przekonaniu, że są

chore i wymagają leczenia, czego lekarze wykształceni w europejskim standardzie klinicznym nie chcą im przyznać. Taką diagnozę oferują im jednak alternatywni terapeuci. Ponieważ uzyskana diagnoza choroby, z wykorzystaniem dawnych lub odległych kategorii patologicznych (sprzecznych ze współczesną wiedzą lekarską) spełnia oczekiwania tych pacjentów (uzyskują status osób „realnie chorych”, który pragną z różnych względów uzyskać), niezależnie od rodzaju terapii, która jest im oferowana oceniają ją jako skuteczną. Mogą więc wystawić jej pozytywną ocenę, przedstawioną w formie świadectwa.

### **Niemożliwość uzgodnienia alternatywnego standardu terapii ze standardem klinicznym**

Zgodnie z definicją zaproponowaną przez prof. Roberta Jütte, „za alternatywne będziemy uważać takie sposoby leczenia, które w określonej kulturze medycznej – ze swej strony również podlegającej historycznemu procesowi ewolucji – w danym czasie lub w dłuższym okresie są bardziej lub mniej zdecydowanie odrzucane przez dominujący kierunek medycyny”<sup>58</sup>, ponieważ w części lub w całości odrzucają zasady, na których kierunek ten się opiera i zmierzają do jego zmiany. „Alternatywność” tego rodzaju praktyk wyklucza więc możliwość ich komplementarności wobec aktualnego standardu medycyny klinicznej, rozumianej jako jego uzupełnienie o metody nie znajdujące potwierdzenia w standardzie klinicznym. Jest to ujęcie słuszne. Nie można bowiem łączyć w spójny system oddziaływań terapeutycznych i planu terapii opartej na podstawach klinicznych, sformułowanych w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej i współczesną metodologię medycyny, z oddziaływaniami odwołującymi się do nieistniejących sił, pól, energii, sposobów działania, rozmaitych przejawów słabo sprecyzowanej „duchowości” itp.

Leczenie pacjenta prowadzone w sposób prawidłowy powinno odbywać się w zrozumiałym i spójnym dla chorego standardzie. Chory nie powinien mieć wątpliwości, że proponowana mu przez lekarza terapia jest oparta na naukowych podstawach, jest potencjalnie skuteczna (nie można gwarantować jej skuteczności w każdym przypadku, bo tego medycyna kliniczna nie może pacjentowi obiecać), jest wymierna pod względem efektów klinicznych (rezultat leczenia da się ustalić nie tylko w formie poprawy samopoczucia pacjenta, lecz także na podstawie badań laboratoryjnych), a efekty te da się osiągnąć w określonym czasie. Dopuszczenie przez lekarza do sytuacji, gdy równocześnie z leczeniem klinicznym pacjent poddaje się terapii alternatywnej należy uznać za jego porażkę jako klinicysty. Oznacza

---

<sup>58</sup> R. Jutte, *Medycyna alternatywna...*, s. 19.

to, że nie nawiązał z pacjentem prawidłowej relacji opartej na zaufaniu i pozostawił chorego sam na sam z chorobą, z którą chory postanowił sobie poradzić w inny sposób, niż zalecany przez klinicystów.

Brak możliwości uzgodnienia standardu alternatywnego ze standardem klinicznym wynika jednak nie tylko z negatywnego stosunku do związanych z nim praktyk, wyrażanego przez lekarzy klinicznych. Wynika także z krytyki standardu klinicznego, wyrażanej otwarcie przez terapeutów alternatywnych. Sprecyzujmy obecnie jej najczęściej spotykane kierunki. Alternatywni terapeuci zarzucają klinicystom: ignorancję (wynikająca z „zamykania się na prawdę” obecną w naturze, której klinicyści nie potrafią dostrzec i wykorzystać ogromnego potencjału natury we własnej praktyce lekarskiej), odrzucanie możliwości skutecznego leczenia prostymi i tanimi środkami (z obawy przed utratą zysków), zawyżanie cen usług medycznych, odrzucanie wiedzy medycznej będącej spuścizną dawnych wieków i kultur, zalecanie pacjentom zażywania drogich leków o złożonej strukturze i skomplikowanym działaniu, wykazujących groźne skutki uboczne (leki te – zdaniem zwolenników medycyny alternatywnej – zalecane są pacjentom zupełnie niepotrzebnie, tylko po to, aby przysporzyć zysków ich producentom)<sup>59</sup>. Argumenty te uznać możemy za przynależne do wypowiedzianych przez współczesnych zwolenników rozmaitych teorii spiskowych albo legend miejskich. Znajdują one jednakże posłuch u niektórych pacjentów, szczególnie szerząc się za pośrednictwem Internetu. Do niedawna klinicyści uznawali za najlepszą metodę obchodzenia się z nimi tę, by nie reagować na ich rozpowszechnianie. Strategia ta okazała się jednak nieefektywna. Z tego powodu w ostatnich latach, także w Polsce, ukazały się liczne popularne wydawnictwa poświęcone medycynie alternatywnej, napisane przez lekarzy, psychologów i historyków medycyny. Ich autorzy mają nadzieję, że uda im się dotrzeć do szerszej publiczności ze swoimi argumentami.

Możemy także wyróżnić inne argumenty zwolenników standardu medycyny alternatywnej, które powodują, że ich stanowisko nie da się uzgodnić ze współczesnym standardem klinicznym. Jednym z nich jest podkreślanie opozycji naturalne – sztuczne, pozytywne ocenianie metod terapii korzystających z produktów i sił natury, zarówno materialnych, jak i niematerialnych i odrzucanie współczesnych leków syntetycznych, jako szkodliwych, trujących, mniej skutecznych niż naturalne itp. Nie do przyjęcia przez klinicystów jest także dążenie alternatywnych terapeutów do radykalnego uproszczenia terapii i oparcia jej na zasadzie panaceum, zgodnie z którą przyjmowanie jednego leku lub stosowanie jednej metody terapeutycznej (np. witaminy C, „żywej wody”, jednego rodzaju leku roślinnego, jednego

---

<sup>59</sup> Wszystkie te argumenty występowały w wypowiedziach zwolenników medycyny alternatywnej już w XIX w. (np. na łamach czasopisma „Przyjaciel Zdrowia”, wydawanego w latach 60. XIX w. w Warszawie). Podobne spotkać możemy do dzisiaj.



rodzaj masażu terapeutycznego, terapii bioenergią, stosowania prostych ćwiczeń oddechowych lub schematycznych zaleceń dietetycznych) mają zapewnić pacjentom skuteczne kontrolowanie swojego stanu zdrowia, zapobieganie występowaniu chorób, a gdy już one wystąpią (szczególnie w starszym wieku, gdy ich pojawienie jest uznawane za naturalne) – ich efektywne leczenie. Nie ma żadnych dowodów klinicznych, umożliwiających zaakceptowanie tego typu roszczeń propagatorów alternatywnego standardu terapii i uznanie, że opierają się na realistycznych podstawach naukowych.

Osobną grupę argumentów, wysuwanych przez propagatorów doktryn terapeutycznych uzasadnianych w standardzie alternatywnym wobec klinicznego, stanowią te, które wiążą somatyczne objawy choroby doznawane przez pacjenta ze światem jego przeżyć psychicznych i duchowych. Tego rodzaju interpretacja występuje także we współczesnym standardzie psychologii akademickiej, jednak jest oparta na precyzyjnie określonych podstawach, które pozwalają odróżnić teorie naukowe od pseudonaukowych. Przykłady tych drugich czytelnicy mogą odnaleźć w polecanych przeze mnie wyżej zestawie lektur. Przedstawiciele standardu medycyny alternatywnej twierdzą autorytarnie, że posiadają zdolności odczytania na podstawie objawów somatycznych doznanych przez pacjenta urazów lub poczucia winy, związanego z określonymi obszarami ciała. Jest to pogląd klinicznie nieudowodniony. W XVIII w. została odrzucona przez europejskich klinicystów interpretacja choroby, łącząca przyczynowo jej wystąpienie z grzechem i winą. Zastąpiono ją poszukiwaniem związków etiopatogenezy chorób z prowadzeniem określonego stylu życia, który trudno byłoby nazwać prozdrowotnym. Często konkretne czynniki, uznawane za sprzyjające powstawaniu chorób, w obu tych interpretacjach były takie same, jak np. nadmiar spożywanych pokarmów i alkoholu (i równoległe jeden z siedmiu grzechów głównych: nieumiarkowanie w jedzeniu i piciu), czy ryzykowna aktywność seksualna (równoległe: cudzołóstwo) itp. Istotną była jednak somatyzacja tych zachowań przez klinicystów i dodanie im uzasadnień dających się zbadać i stwierdzić za pomocą metod klinicznych. Ten kierunek refleksji lekarskiej doprowadził do wypracowania standardu łączącego konkretne schorzenia z konkretnymi typami poprzedzającej je aktywności. Przemawiająca na rzecz powiązań między nimi argumentacja kliniczna przekonała do nich nie tylko lekarzy, lecz także i pacjentów. Współcześnie wiedza na temat związku tzw. zdrowego stylu życia z ogólnym dobrostanem fizycznym jest już powszechna, a na jej rzecz nie używa się argumentów moralnych, lecz utylitarne. Wiadomo, że palenie papierosów prowadzi do wystąpienia nowotworów, nadmierne lub systematyczne spożywanie alkoholu do zapalenia żołądka czy zaburzeń psychicznych, nadmierne spożywanie pokarmów tłustych i słodkich – do nadwagi, otyłości, a następnie cukrzycy, prowadzenie aktywnego życia seksualnego z wieloma partnerami jest istot-

nym czynnikiem ryzyka kiły, rzeżączki, infekcji wirusem brodawczaka (wywołującego raka szyjki macicy), a także AIDS. Przedstawiający pacjentom argumenty profilaktyczne lekarze odwołują się do wspomnianych tu przyczyn związanych ze stylem życia, odwołując się zarazem do ich zdrowego rozsądku, a nie grzechu. Przywołują koncepcję życia opartego na planowaniu osiągnięcia wyznaczonych celów i różnych możliwych do osiągnięcia rodzajów satysfakcji, uzyskiwanych w efekcie długoterminowych starań, które choroba (którą sam pacjent może na siebie sprowadzić) może utrudnić lub nawet uniemożliwić.

W argumentacji zwolenników standardu medycyny alternatywnej pojawiają się natomiast tezy, których współczesna medycyna kliniczna nie może potwierdzić, i w związku z tym uznaje je za irracjonalne. Należą do nich np. twierdzenia o genetycznym związku miejsca występowania objawów chorobowych z moralną winą pacjenta („gdzie grzech, tam kara”) albo z rodzajem doznanego przez niego urazu. W ten sposób w ciele chorego ma się manifestować jakiś rodzaj nieprawidłowości w aktywności duszy. Nieprawidłowość ta przejawiać ma się w zaburzeniach manifestujących się w określonych obszarach ciała, dając terapiście wskazówkę umożliwiającą odkrycie nieświadomej dla pacjenta moralnej winy albo urazu. Koncepcja ta nie ma oparcia w faktach klinicznych i należy do obszaru „nauki alternatywnej”. Podobny status ma koncepcja zakładająca, że choroba może wystąpić u dziecka lub wnuka osoby popełniającej określony czyn zabroniony lub niemoralny, że to samo schorzenie występuje u danej osoby w kolejnych wcieleniach jej duszy, ponieważ w jednym z nich popełniła przestępstwo itp. Ponieważ ocena efektywności terapii alternatywnych nie opiera się na badaniach klinicznych, ale na świadectwach osób uznających się za wyleczone, możemy znaleźć także współcześnie osoby chore, które poddały się takiej argumentacji przedstawianej im przez terapeutów, a następnie – w wyniku ich działań terapeutycznych – powróciły do ogólnej równowagi. W opisywanych tu koncepcjach mamy do czynienia ze szczególnie szkodliwymi metodami pseudoterapii. Pacjenci, wobec których metody te się stosuje, poddawani są bowiem silnej psychicznej presji, spod której trudno im się uwolnić. Terapie te mogą wywierać niekorzystne dla nich skutki w dłuższej perspektywie. Każde zaburzenie wyglądu ciała (pojawienie się plamy na skórze lub wrzodu) lub nasilenie objawów bólowych w pewnym obszarze ciała może bowiem zostać przez pacjentów zinterpretowane w taki sposób. Będą starali się przypomnieć sobie lub uświadomić winę lub uraz, które kiedyś spowodowali lub których doznali i będą próbowali je zinterpretować w jakimś związku z tymi objawami. Nie udadzą się natomiast do lekarza, który skierował by pacjenta na badania diagnostyczne, umożliwiające wykrycie choroby możliwej do zdiagnozowania w standardzie klinicznym.

Mityzacja choroby, jej pojmowanie w standardzie medycyny alternatywnej w kategoriach niemal ludzkich, antropomorficznych jest bezpośrednią kontynuacją

standardu niemieckiej medycyny romantycznej, w którym żywa natura (Lebendige Ganze) objawiała lekarzom prawdę zawartą w świecie, wiedzę o chorobach itp. Współcześni lekarze kliniczni nie interpretują świata w ten sposób. Choroba do nich nie mówi poprzez swoją symptomatologię, ciało nie ujawnia bowiem swoich tajemnic w ten sposób. Współczesny lekarz kliniczny może natomiast wiele powiedzieć przystępując do wstępnej diagnozy na temat stylu życia pacjenta, który przyczynił się do wystąpienia choroby. Rolę informacyjną pełni jednak w standardzie klinicznym pacjent: jego wypowiedzi, wyniki badań laboratoryjnych, a dodatkowo rozmowy z jego rodziną, z których lekarz może dowiedzieć się o istotnych czynnikach składających się na biografię chorego. Klinicysta nie opiera jednak swojej interpretacji przyczyn choroby na tym, co ciało chorego do niego mówi, demonstrując określony typ i lokalizację objawów. Nie przypisuje bowiem ciału zdolności do tego typu aktywności, ani też możliwości komunikowania się z lekarzem duszy chorego człowieka, która korzystać by miała z pośrednictwa ciała. Występujące w standardzie alternatywnym tłumaczenia pewnych objawów chorobowych jako sygnaturek pewnych życiowych zdarzeń nie jest przez klinicystów uznawane za racjonalne. Mając do czynienia z chorym, który skarży się na problemy z oddychaniem i znoszeniem wysiłku fizycznego, lekarz kliniczny podejmie diagnostykę w kierunku astmy, obturacyjnej choroby płuc, czy zaburzeń pracy serca, zleci wykonanie badań EKG, poziomu cukru i cholesterolu, czy wskaźników stanu zapalnego itd. Na tej podstawie i na podstawie szczegółowego wywiadu klinicznego będzie próbował postawić hipotezę, z jakim schorzeniem może mieć do czynienia. Zacznie od tych schorzeń, które występują w populacji najczęściej, a gdy kolejno je wykluczy skieruje swoją uwagę na te rzadsze. W większości przypadków czas trwania diagnostyki, mającej określić przyczynę dolegliwości chorego przedłuża się do kilku tygodni, a czasem nawet miesięcy. Nie zawsze bowiem wyniki badań są jednoznaczne. Lekarz podaje pacjentowi leki i obserwuje jego reakcję na nie. Czasem ułatwia to postawienie ostatecznej diagnozy klinicznej. Sam proces diagnostyczny angażuje często nie tylko lekarza rodzinnego, do którego chory zwraca się po pomoc i poradę. Wielokrotnie konieczne jest skorzystanie z konsultacji specjalisty, a nawet skierowanie na badania do szpitala. Od taktu i umiejętności lekarzy zależy w trakcie procesu diagnostycznego, czy pacjent podda się wszystkim zalecanym badaniom diagnostycznym i czy będzie ściśle stosował zalecenia lekarskie jeszcze przed ostatecznym postawieniem diagnozy. Ta wstępna faza leczenia ma bardzo duże znaczenie. Umożliwia bowiem opanowanie ostrych objawów choroby, przynosi pacjentowi świadomość, że można nad nimi zapanować, a sama choroba może być przez niego przy pomocy lekarza kontrolowana.

W standardzie alternatywnym proces diagnozy tych samych objawów przebiega zupełnie inaczej. Odczuwający problemy z oddychaniem i źle znoszący wysiłek

fizyczny pacjent może dowiedzieć się od terapeuty, że przyczyną jego schorzeń są „nieprzepracowane afekty” z dzieciństwa lub młodości, o których nie pamięta lub których istnienia sobie nie uświadamia. Zaburzenia oddychania lub problemy z wydawaniem głosu będą mogły też być spowodowane przez jego postawę życiową w dorosłym życiu, która opiera się na konformizmie, posłuszeństwie i tłumieniu afektów. Pacjent usłyszy więc zalecenie, że „powinien się otworzyć”, „włączyć w naturalny obieg sił natury”, przyjmować leki przygotowane na bazie ziół o nieznanym dla niego nazwach i właściwościach, sprowadzanych przez terapeutę „z dalekich krajów”, będących dowodem wyższości „dawnej naturalnej wiedzy” nad współczesną. Inny alternatywny terapeuta może zaoferować pacjentowi terapię krzykiem pierwotnym, w trakcie której pacjent powinien sobie przypomnieć wszystkie urazy, jakich doznał w życiu, od osób bliskich i znajomych. By powrócić do zdrowia, powinien uwolnić negatywne emocje, które w sobie niegdyś stłumił i wyrzucić je w stronę osoby, która (jak sądzi) jest winna powstaniu jego choroby. Podobnych metod można by wymienić więcej. Ich przykłady czytelnicy znajdują w literaturze, którą wyżej polecałam.

Trzeba też dodać, że podstawą wyboru określonego kierunku terapii jest diagnoza postawiona przez alternatywnego terapeutę już na pierwszym spotkaniu z pacjentem i przedstawiona mu jako pewna. Diagnoza ta nie jest podbudowana badaniami odnoszącymi się do somatyki chorego, ponieważ w alternatywnym standardzie medycyny uznawane są za zbędne. Pacjent z nierozpoznaną astmą czy POCHP, z zaburzeniami sercowo-naczyniowymi, czy też z przewlekłym stanem zapalnym wywołującym objawy ogólnego osłabienia, nadal realnych przyczyn swoich dolegliwości nie pozna, ani nie rozpocznie ich efektywnego leczenia. Alternatywny terapeuta nie będzie bowiem kierował uwagi chorego w tę stronę. Dodać do tego należy możliwość wystąpienia zagrożeń związanych z narażeniem chorego na skutki terapii, które mogą być groźne dla jego zdrowia i życia w związku z jego stanem klinicznym. Pacjenci z nierozpoznaną alergią lub astmą mogą doznać objawów wstrząsu po przyjęciu preparatów roślinnych o niewiadomym składzie i pochodzeniu. Pacjenci z zaburzeniami sercowo-naczyniowymi mogą poważnie ucierpieć w wyniku wymagającej dużego wysiłku fizycznego i budzącej żywe negatywne emocje terapii krzykiem.

Przedstawione powyżej uwagi nie są w żadnym wypadku równoznaczne z moim krytycznym stosunkiem do psychoterapii prowadzonej przez wykształconych psychologów i psychiatrów. Jednakże każda długoterminowa interwencja psychologiczna powinna być poprzedzona wizytą u lekarza rodzinnego i przeprowadzeniem okresowych badań podstawowych. Poza świadomością chorego mogą bowiem pozostawać czynniki somatyczne, które wywierają istotny i niekorzystny wpływ na jego stan psychiczny, a także na jego funkcjonowanie społeczne.

Nadmierna nerwowość czy bezsenność nie muszą bowiem wynikać z tłumienia aktywności psychicznej, braku asertywności, czy też poczucia braku sensu życia. Mogą wiązać się z zaburzeniami poziomu hormonów tarczycy, czy innymi wymierzonymi parametrami klinicznymi. Poprawa stanu zdrowia chorego, zarówno w sensie psychicznym, jak i fizycznym, nie będzie możliwa bez skorygowania funkcjonowania pacjenta na poziomie somatycznym.

Ostatnim czynnikiem, o którym chciałabym wspomnieć, jest zmiana diety. Pacjenci „leczeni” metodami paranaukowymi mogą być namawiani przez terapeutów alternatywnych do znacznego ograniczenia ilości przyjmowanych dotąd pokarmów i do zmiany ich jakości. Głównym kierunkiem zalecanych zmian jest wyeliminowanie produktów wysoko przetworzonych i ich zastąpienie przez naturalne, a często również post. Tego rodzaju zmiana nie jest akceptowana przez klinicystów i dietetyków praktykujących w standardzie klinicznym. Oparcie diety na kilku produktach i spożywanie ich codziennie może bowiem prowadzić do poważnych deficytów żywieniowych, podobnie jak systematycznie powtarzane głodówki. Nie każdy również może spożywać konkretne rodzaje surowców i produktów, w wielu przypadkach powinien powstrzymać się od spożywania niektórych z nich, ze względu na istotne parametry kliniczne. Klinicyści podkreślają, że zdrowa dieta powinna być różnorodna, a rodzaje spożywanych potraw powinny być dostosowane do piramidy żywieniowej WHO. Każdy dogmatyzm w sposobie odżywiania, oparty na ograniczaniu zakresu przyjmowanych produktów bez istotnych wskazań medycznych, podobnie jak znaczne ograniczenie ich ilości, jest dla praktykującego taki styl życia człowieka jest szkodliwy.

### **Terapia komplementarna szansą na rozwiązanie osobistych problemów pacjenta związanych z chorobą**

W świetle przedstawionych powyżej rozważań może się wydawać, że wszystkie działania o charakterze terapeutycznym, wykonywane na rzecz pacjentów przez osoby nie legitymujące się profesjonalnym wykształceniem lekarskim, są oceniane krytycznie przez klinicystów. Tak jednak nie jest. Do opanowania w związku z wystąpieniem choroby somatycznej pozostaje bowiem zawsze poważny obszar przeżyć pacjenta o charakterze psychologicznym i społecznym. Problemy te nie mogą zostać rozwiązane za pomocą procedur medycznych. Lekarz może podać choremu leki skutecznie zmniejszające objawy depresji, lęku, dwubiegunowej choroby afektywnej i in. Nie może mu jednak zaferować na receptę zwiększenia poczucia szczęścia, sensu życia, poprawy relacji społecznych itp. Z tak zakreślonej sytuacji problemowej medycyny współczesnej wynika, że podstawowym obsza-

rem komplementarnych świadczeń terapeutycznych wobec standardu klinicznego powinna być współczesna psychologia akademicka, a w mniejszym zakresie – bo skierowanym tylko do dzieci i młodzieży – także pedagogika. W Polsce nie są bowiem jeszcze szerzej dostępne poradnie andragogiczne (skierowane do pacjentów dorosłych), mimo że taka dyscyplina jest już w programie studiów pedagogicznych. Być może w przyszłości to się zmieni.

Drugim obszarem komplementarnych świadczeń terapeutycznych mogą być gabinety prowadzące terapię i rehabilitację osób starszych i chorych przewlekle, w których pracę z ciałem pacjenta uzupełnia szeroki program wsparcia psychicznego. Ważne jest jedynie, aby wybór modelu terapii przez chorego odbył się w sposób przemyślany i aby kierunek terapii nie wiązał się z radykalnym przemodelowaniem życia pacjenta, ale stanowił jego uzupełnienie i kontynuację. Im mniej elementów „dziwnych” i „nadzwyczajnych” oferuje wybrany gabinet, tym bezpieczniej i lepiej dla pacjenta. Terapia komplementarna oferowana w omawianym zakresie może polegać np. na wspólnych ćwiczeniach w basenie, na wędrówkach w poszukiwaniu lokalnych atrakcji natury, na uzupełnieniu diety o nowe, zdrowe i smaczne potrawy, czy na ćwiczeniach fizycznych. Ważne jest, by chory w związku z korzystaniem z tego rodzaju terapii zmuszony był do wyjścia z domu, by mógł w gabinecie terapeutycznym przebywać w grupie osób o podobnym statusie, w podobnym wieku, z podobnymi potrzebami zdrowotnymi. Terapia stworzy w ten sposób okazję do nawiązania korzystnych dla chorego więzi społecznych, co może doprowadzić do zmniejszenia poziomu cierpienia związanego z chorobą, samotnością i lękiem przed śmiercią. Gabinety medycyny komplementarnej pracujące w omawianym tu standardzie są bardzo rozpowszechnione np. w Niemczech, gdzie stanowią istotną ofertę uzupełniającą leczenie kliniczne osób starszych i przewlekle chorych. Korzystają z nich miliony pacjentów, a niektóre terapie są refundowane przez tamtejszy system ubezpieczeń. Oferowane pacjentom praktyki nie są alternatywą dla terapii klinicznej, która nie jest przez chorych przerywana, ani też nie opierają się na alternatywnych wobec medycyny klinicznej rodzajach diagnozy. Niezależnie od stosowanych w gabinetach metod łączy je jeden wspólny cel: zapewnienia pacjentowi poczucia panowania nad własnym życiem, pomimo choroby i związanych z nią dolegliwości. Należy się spodziewać, że podobna oferta zacznie się rozwijać także w Polsce.

## Wnioski

Na podstawie przedstawionych powyżej analiz można wyprowadzić kilka wniosków, istotnych dla farmaceutów podejmujących pracę zawodową w kontakcie z osobami chorymi, w trakcie której mogą wywierać pewien wpływ na świadomość i postawę życiową pacjentów.

1. Dla absolwenta uczelni medycznej nie jest możliwe zaakceptowanie koncepcji tzw. pluralizmu medycznego, której istotą jest przyznanie równego statusu współczesnemu standardowi klinicznemu i wszystkim innym modelom terapii, opierającym się na sprzecznych z nim założeniach. Pluralizm medyczny, rozpowszechniony np. we współczesnej antropologii kulturowej czy socjologii medycyny, jest bowiem koncepcją opisową, nie normatywną. Stanowi rodzaj wytycznych dla badaczy praktyk leczniczych, zarówno historycznych, jak i współczesnych, które powinny być badane z taką samą starannością, w sposób rzetelny i bez apriorycznych uprzedzeń. Humanistyczne badania nad medycyną służą nie praktyce społecznej, ale udokumentowaniu występujących w niej zjawisk. Mogą być podstawą dla opracowań o charakterze praktycznym, ale same nie powstają w tym celu.
2. Lekarze i farmaceuci, których świadomość zawodowa jest kształtowana w uczelniach medycznych zgodnie ze współczesnym standardem Evidence Based Medicine, powinni wyraźnie rozróżniać, który standard może dzięki swojemu zastosowaniu w praktyce przynosić wymierne korzyści pacjentom, a który może pozbawić ich tych korzyści (w części lub w całości), a nawet przynosić pacjentom wymierne straty. Korzyści są związane z możliwością przeprowadzenia badań, które pozwolą lekarzowi na postawienie opartej na faktach diagnozy, a następnie wdrożenie odpowiedniej do stanu pacjenta terapii. Straty wiążą się natomiast z opóźnieniem przeprowadzenia badań klinicznych, spowodowanym przez skierowanie uwagi pacjenta na czynniki nieistotne z punktu widzenia współczesnej medycyny, które są mu przez alternatywnych terapeutów przedstawiane jako ważne w etiologii występujących u niego schorzeń. O stratach możemy mówić też wtedy, gdy w wyniku braku realnej diagnozy klinicznej pacjent jest poddawany pseudoterapii, za pomocą środków i metod, które nie mają realnego działania, nie mogą wpłynąć na poprawę jego stanu zdrowia lub w sposób bezpośredni wyrządzają pacjentowi szkodę.
3. Ponieważ osoby wykonujące zawody medyczne powinny je wykonywać zgodnie z zasadami etyki zawodowej, z których pierwszą i najważniejszą jest wzgląd na zdrowie chorego (zdrowie chorego niech będzie najwyższym prawem) akceptowanie przez lekarzy i farmaceutów, popularyzowanie i czerpanie korzyści materialnych z praktyk związanych ze standardem medycyny alternatywnej

jest w tych zawodach zakazane. Wiedza, którą lekarze i farmaceuci uzyskują zgodnie z programem studiów nie pozwala bowiem, aby standard medycyny alternatywnej uważać za racjonalny i oparty na faktach, a uzasadniane przez ten standard metody terapii za efektywne. Wspieranie alternatywnego standardu medycyny, zarówno w teorii, jak i w praktyce, jest w związku z tym uznawane z kodeksach etyki lekarskiej i farmaceutycznej za niezgodne z zasadami etyki zawodowej. Nie może być bowiem uznane za działanie na rzecz dobra pacjenta.





## Rozdział 6

# Homeopatia jako doktryna terapeutyczna, temat badań historiografii medycyny i przedmiot zabiegów marketingowych przemysłu farmaceutycznego

### Wprowadzenie

Homeopatia<sup>1</sup> jest współcześnie jedną z kilku zaledwie doktryn terapeutycznych powstałych w końcu XVIII oraz w początkach XIX w., które utrzymały popularność wśród pacjentów i nadal cieszą się zaufaniem kilku procent europejskiej populacji. Przyczyn tego zjawiska należy upatrywać w tym, że ich twórcy umiejętnie odwoływali się do zaufania pacjentów do leczniczych sił natury, które wielu chorych uznaje za bardziej skuteczne, niż wszystkie leki odkryte lub opracowane przez człowieka<sup>2</sup>.

Drugą przyczyną popularności homeopatii jest to, że umiejętnie łączyła i łączy niechęć do medycyny klinicznej z otwartą krytyką jej standardu. Jest to podstawą skupiania się wokół doktryn medycyny alternatywnej pacjentów zawiedzionych nieskutecznością leczenia za pomocą terapii klinicznych, uznających je za uciążliwe i obciążone znacznymi skutkami ubocznymi. Ponieważ zarówno w końcu XVIII i początku XIX w. (gdy homeopatia powstała), jak i obecnie medycyna kliniczna nie jest w stanie wyleczyć za pomocą swoich metod wszystkich pacjentów, zawsze znajdzie się grupa osób zawiedzonych skutecznością terapii prowadzonej w standardzie klinicznym<sup>3</sup>. Podejmą oni terapie alternatywne względem standardu

<sup>1</sup> Por. R. Jütte, G.B. Risse, J. Woodward, *Culture, Knowledge and Healing. Historical Perspectives of Homeopathic Medicine and North America*, Sheffield 1998; M. Dinges (red.), *Homöopathie. Patienten. Heilkunde. Institutionen. Von den Anfängen bis Heute*, Heidelberg 1996; R. Jütte, *Samuel Hahnemann. Begründer der Homöopathie*, München 2005.

<sup>2</sup> Badaniem nad kształtowaniem się perspektyw poznawczych pacjentów dotyczących przeżywanym przez nich problemów zdrowotnych zajmuje się m.in. antropologia historyczna. W obrębie tej dyscypliny opublikowano wiele prac dotyczących medycyny alternatywnej oraz przyczyn korzystania z niej przez pacjentów. Por.: B. Płonka-Syroka, *Medycyna alternatywna w perspektywie antropologii historycznej*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław 2008, s. 315–338.

<sup>3</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Recepcja homeopatii w polskiej myśli medycznej XIX stulecia*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2001, R. 46, nr 1, s. 7–27.

klinicznego, a o ich wyborze zadecyduje ich lokalna dostępność. Według badań nie jest bowiem istotne, co tak naprawdę oferują alternatywni terapeuci, ale to, jak łatwy jest dostęp do ich usług i czy wiadomości o nich mogą się łatwo upowszechnić wśród potencjalnych klientów. Z tego powodu możemy stwierdzić, że największą popularnością wśród pacjentów cieszą się te terapie, o których mogą oni przeczytać w kolorowej prasie kobiecej oraz zapoznać się z nimi za pośrednictwem tzw. propagandy szeptanej. Osoby, które już skorzystały z danej metody terapii alternatywnej popularyzują ją wśród kolejnych potencjalnych klientów, przekazując wiadomości o możliwości skontaktowania się z terapeutą, o cenach usług i o efektach leczenia<sup>4</sup>. Od ponad 20 lat dodać należy do tego rodzaju transmisji również wiedzę o alternatywnych metodach terapii uzyskiwaną z Internetu.

Trzecią przyczyną popularności homeopatii jest to, że podobnie jak inne alternatywne doktryny medyczne może zapewnić pożądany status pacjenta. Niektóre osoby bowiem, pod względem biologicznym zdrowe, nie są w stanie przekonać lekarzy do istnienia jakiejś choroby, którą należałoby poddać terapii. Osoby te „źle się czują”, ale nie mogą znaleźć lekarza, który potrafiłby doprecyzować przyczyny ich złego samopoczucia w kategoriach diagnozy uwzględniającej parametry metodologii klinicznej. Od lat 60. XX w. znane jest w socjologii medycyny rozróżnienie na *illness*, *sickness* i *disease* (wprowadzone przez Kleinmanna). Pacjent może „źle się czuć”, i w jego subiektywnej ocenie może to być odczuwane jako poważny stan chorobowy, pomimo tego, że nie da się stwierdzić, że jest chory na jakąkolwiek znaną współczesnej medycynie chorobę. Najczęściej mamy tu do czynienia z objawami dysfunkcji organizmu związanymi z wiekiem albo przepracowaniem, ze stylem życia albo z nieprawidłowymi relacjami z osobami bliskimi. Pacjent odczuwa różnego rodzaju dyskomfort (źle sypia, wybudza się w środku nocy lub nad ranem, cierpi na różnego rodzaju bóle itp.), ale nie łączy tego z przyczynami o charakterze socjalnym. Poszukuje skutecznych metod „terapii” swojego złego samopoczucia. Nie znajdując pomocy u lekarzy, którzy nie stwierdzając realnej choroby odmawiają rozpoczęcia jakichkolwiek procedur terapeutycznych, zwraca się po pomoc gdzie indziej – do terapeutów alternatywnych, którzy chętnie nie tylko stwierdzą istnienie choroby zgodnej z doktryną, wg której praktykują, lecz także podejmą się jej leczenia. Pacjent odzyskuje wiarę, że jego złe samopoczucie ma jakąś konkretną przyczynę i nie wynika z jego winy (np. niskiego poziomu kompetencji społecznych, egoizmu,

---

<sup>4</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Curiosa therapeutica. Kształtowanie się standardu medycyny alternatywnej w Europie w latach 1797–1914*, [w:] K. Łeńska-Bąk (red.), *Świat kuriozów: od zadziwienia do fascynacji*. *Stromata Anthropologica*, t. 11, Opole 2016, s. 327–347. Zarysowane w XIX stuleciu mechanizmy skupiania się zwolenników wokół alternatywnych doktryn medycznych utrzymały się do czasów współczesnych. Doktryny te spełniają bowiem wówczas i obecnie te same oczekiwania społeczne ludzi o podobnym profilu psychospołecznym.

braku empatii i wielu innych czynników, które mogą zaburzać jego relacje społeczne, a tym samym negatywnie wpływać na nastrój), ale jest związane z „chorobą”, której istnienie ktoś potwierdzi. Jeżeli nie chce tego uczynić lekarz, to „chory” podważa jego kompetencje, zwracając się zarazem z wiarą i zaufaniem ku terapeutom praktykującym w standardzie alternatywnym wobec klinicznego. „Chory” nabiera zarazem nadziei, skwapliwie podtrzymywanej przez alternatywnego terapeutę, że jego stan zdrowia się poprawi, a także poprawi się jego nastrój i stan psychiczny, oraz relacje z otoczeniem. Homeopatia, jak wiele innych doktryn alternatywnych, zmierza bowiem do ogólnej reorientacji życia pacjenta, opartej na nowym stosunku do świata, przyrody i jej naturalnych oddziaływań. Żyjący w napięciu psychicznym i izolacji społecznej (lub w konflikcie z otoczeniem społecznym) człowiek pod wpływem terapeuty „otwiera się na naturę”, różnego rodzaju niematerialne siły, w których istnienie zaczyna wierzyć i uznawać ich działanie za dobroczynne.

Rozpoczęcie terapii alternatywnej za pomocą doktryny nie oferującej żadnych konkretnych materialnych oddziaływań (np. w postaci ćwiczeń gimnastycznych, specjalnej diety, czy przyjmowania leków zawierających wymiarną dawkę), takiej jak homeopatia, może przynieść pacjentowi pewne wymierne korzyści społeczne, skutkujące poprawą nastroju czy relacji z toczonym społecznym. Konsekwencją rozpoczęcia terapii homeopatycznej lub bioenergoterapii może być uzyskanie przez pacjenta pożądanego statusu osoby „naprawdę chorej”. Może to skutkować m.in. wzmożeniem opieki bliskich nad „chorym” i wzbudzeniem ich zainteresowania, zwolnieniem „chorego” z niektórych obowiązków, czy uwzględnieniem perspektywy „chorego” na przykład przy wyborze miejsca wyjazdu na wakacje. Osoby leczące się za pomocą niekonwencjonalnych metod terapii potrafią bowiem skutecznie przekonać troszczących się o nich bliskich, że jedno miejsce wakacyjne będą dla nich „dobre”, natomiast inne „złe”, pomimo tego, że wg obiektywnych kryteriów nic tych miejsc nie różni. Mają taki sam klimat, szatę roślinną, czy położenie geograficzne. Osoby „chore” tak jednak tej sytuacji nie postrzegają. „Zagrożenie” ich zdrowia, nie dające się opisać w kategoriach klinicznych, może bowiem wynikać z czynników, które nie tylko dla lekarzy, lecz także dla wszystkich innych osób poza „chorymi” są niestwierdzalne. Dla osoby „leczącej” się jedną z metod alternatywnych zagrożenie to może być jednak nie tylko rzeczywiste, lecz także bardzo istotne, tj. realnie groźne, wywołujące nie tylko pewien dyskomfort psychiczny czy fizyczny, lecz mogące być odczuwane jako zagrożenie życia. Wobec takich argumentów bliscy osoby „chorej” pozostają na ogół bezradni. Może ona w związku z tym realizować różnego rodzaju zamierzenia i interesy, które byłyby trudne lub niemożliwe do zrealizowania, gdyby była przez bliskich uważana za zdrową.

Konkludując: wg lekarzy klinicznych homeopatia – nie oferując żadnych realnych oddziaływań terapeutycznych – nadaje się znakomicie do leczenia chorób

nieistniejących, ale co do których istnienia są przekonani pacjenci „leczący się” zgodnie ze standardem podobnych doktryn (np. bioenergoterapii). Homeopaci i mesmeryści mogą więc „skutecznie leczyć” pacjentów, którym realnie nic nie dolega, ale którzy chcą być leczeni. Spełniając oczekiwania pacjentów, homeopatia jest więc przez stosujących ją pacjentów oceniana jako „skuteczna”. Wierząc w dobroczynne skutki terapii, pacjenci w taki sposób przedstawiają jej metody innym osobom. Jest to podłożem upowszechnienia za pośrednictwem tzw. szeptanej propagandy nie tylko wiedzy o homeopatii, lecz także przekonania o tym, że metodę tę warto stosować.

Czwartą przyczyną popularności homeopatii jest oparcie jej standardu terapii na czynnikach niematerialnych, nie dających się potwierdzić za pomocą współczesnej metodologii klinicznej ani aparatury naukowej. Wśród pacjentów dających wiarę standardowi homeopatii znajdują się przede wszystkim ci, którzy nie są w stanie (z braku wykształcenia) zrozumieć podstaw standardu klinicznego i jego metodologii. Dlatego docierają do nich argumenty homeopatów, ponieważ uznają je za „równie naukowe”, co argumenty kliniczne. Pacjenci ci uznają swoje prawo wyboru kryteriów racjonalności, za pomocą których homeopaci uzasadniają propagowane przez siebie metody terapii, nie zdając sobie sprawy z tego, że standardu medycyny klinicznej i alternatywnych terapii niezgodnych z tym standardem nie można w taki sposób zestawiać i porównać bez znacznego zafalszowania uzyskanego obrazu<sup>5</sup>. Oparcie homeopatycznej terapii na czynnikach niematerialnych przyciąga jednak także i osoby wykształcone, które mogłyby zrozumieć i zaakceptować pełny zakres współczesnego standardu klinicznego i jego metodologię, ale nie chcą tego zrobić. Wiązałoby się to bowiem z naruszeniem istotnych dla nich wartości lub interesów. Znając i rozumiejąc standard kliniczny przyjmują do wiadomości tylko część związanych z nim zaleceń (np. myją owoce przed jedzeniem, zachowują podstawy higieny osobistej, spożywają higienicznie przyrządzone pokarmy, dbają o zachowanie prawidłowej masy ciała, zażywają większość zalecanych przez lekarzy leków i in.), ale zdecydowanie sprzeciwiają się innej jego części. Mam tu na myśli przede wszystkim przedstawicieli tzw. ruchów antyszczepionkowych. Jest rzeczą charakterystyczną, że przywoływane przez nich argumenty nie zmieniają się zasadniczo od końca XVIII w., tj. od wprowadzenia w części krajów europejskich szczepień przeciwko ospie. Świadczy to o trwałości postawy przeciwnej szczepieniom, pomimo znacznego wzbogacenia treści standardu medycyny klinicznej, który od XVIII w. rozwinął swój zakres zarówno w dziedzinie diagnostyki, jak i terapii. Postawa przeciwna

---

<sup>5</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna kliniczna i alternatywna – próba charakterystyki porównawczej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Gra możliwości. Studia z historii medycyny i farmacji XIX i XX wieku*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 4, Wrocław 2011, s. 23–42.

szczepieniom ochronnym często współwystępuje z kontestowaniem innych elementów standardu współczesnej medycyny klinicznej. Ze sprzeciwem i brakiem zaufania spotykają się w tej grupie pacjentów na przykład antybiotyki, czy niektóre leki syntetyczne, którym zwolennicy alternatywnego standardu lecznictwa przypisują szczególny stopień szkodliwości. Podstawą nieufności jest ich „sztuczny” charakter, ich wytworzenie przez człowieka w celu „ingerencji w porządek natury”. Społeczne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z różnych metod medycyny alternatywnej są przedmiotem badań polskiej socjologii i antropologii medycznej. Wyniki badań nad tym problemem wyraźnie wskazują, że głównym uwarunkowaniem podjęcia przez pacjenta decyzji o leczeniu w standardzie alternatywnym są czynniki natury społecznej (oczekiwania pacjenta), a nie medycznej (rodzaj leczonych schorzeń, rodzaj oferowanych pacjentom metod leczenia alternatywnego)<sup>6</sup>.

Spróbujmy obecnie zdefiniować homeopatię jako doktrynę należącą do grona tzw. doktryn alternatywnych. Zgodnie z definicją prof. Roberta Jütte „za alternatywne będziemy (...) uznawać takie sposoby leczenia, które w określonej kulturze medycznej – ze swojej strony również podlegającej historycznemu procesowi ewolucji – w danym czasie lub w dłuższym okresie są bardziej lub mniej zdecydowanie odrzucane przez dominujący kierunek medycyny, ponieważ częściowo lub całkowicie kwestionują ten dominujący kierunek bądź zmierzają do bezpośredniej i zasadniczej zmiany systemu medycznego. Słowo <alternatywny> oznacza w tym kontekście także, iż eksponentami takich kierunków terapeutycznych są ruchy lub określone grupy społeczne”<sup>7</sup>. Do cech alternatywnych doktryn medycznych należą:

1. założenie towarzystwa, grupującego zwolenników danej doktryny, uczniów jej założyciela;
2. założenie organu prasowego takiej organizacji;
3. uzyskanie źródeł finansowania stałej działalności organizacji skupiającej zwolenników danej doktryny;
4. wyraźne określenie klientów, do których działalność takiej organizacji propagującej daną doktrynę jest adresowana;
5. wykonywanie systematycznych działań o charakterze marketingowym, mających podsycać zainteresowanie działalnością organizacji skupiających zwolenników doktryny i samej doktryny jako takiej;

---

<sup>6</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Społeczne i instytucjonalne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Badania nad leczniczymi i toksycznymi właściwościami roślin – historia i współczesność*. Lek roślinny, t. 7. Wrocław 2018, s. 47–57; eadem, *Samoleczenie na podstawie autodiagnozy i problemy z nim związane*, [w:] A. Dombrowski, W. Żarski (red.), *Dyskurs (para)medyczny: gatunki – funkcje – przeobrażenia*, Wrocław – Kraków 2018, s. 183–198.

<sup>7</sup> R. Jütte, *Historia medycyny alternatywnej...*, s. 19.

6. pozyskiwanie wpływowych zwolenników doktryny, prowadzących działania lobbystyczne na jej rzecz oraz na rzecz związanych z doktryną instytucji i organizacji;
7. dążenie do uzyskania wpływu na obowiązujące w państwie prawodawstwo w kierunku zapewniającym dogodne warunki działania i rozwoju danej grupy;
8. dążenie do zakładania instytucji umożliwiających profesjonalne kształcenie adeptów danej doktryny i uzyskiwanie przez nich certyfikatów kompetencji, potwierdzających ich kwalifikacje.

Wszystkie te cechy wystąpiły w ciągu 200 lat od chwili sprecyzowania standardu homeopatii w 1810 r. przez jej twórcę, Samuela Fryderyka Hahnemanna. Wydał on wówczas opracowanie pt. *Organon für rationellen Heilkunde*, w którym zebrał swoje wcześniejsze pomysły i stworzył z nich spójną teoretyczną koncepcję, dającą uzasadnienie dla prowadzenia terapii w standardzie o wyraźnie wyznaczonych podstawach i granicach. Przyjrzyjmy się obecnie treści zaproponowanej przez niego doktryny.

### **Homeopatia jako doktryna alternatywna wobec standardu medycyny klinicznej**

Nazwa homeopatia jest wyprowadzana z dwóch greckich pojęć: homoios (podobny) i pathos (cierpienie). Została utworzona by odzwierciedlić zasadnicze założenie tej doktryny, zgodnie z którym istotą terapii jest podawanie osobom chorym środków, które u osób zdrowych wywołałyby taki sam objaw chorobowy (zasada *similia similibus curantur*). Zgodnie z oryginalną wersją homeopatii z 1810 r., ludzie cierpią na proste schorzenia, które należy identyfikować z pojedynczymi objawami, a nie na choroby złożone z wielu pojedynczych objawów, jak to przyjmuje medycyna kliniczna, zarówno w XIX w., jak i współcześnie.

W strukturze medycyny jako nauki możemy wyróżnić kilka poziomów. Najbardziej ogólnym z nich jest tzw. ideał nauki, tj. zestaw reguł ontologicznych i metodologicznych, określających ogólne podstawy wiedzy, w danej epoce historycznej uznawanej za naukową<sup>8</sup>. Reguły poznania obowiązujące wewnątrz danego ideału nauki wyznaczają granice teorii, które w jego ramach mogą zostać sformułowane i uznane za naukowe przez autorytety społeczności lekarskiej, którym przyznano takie uprawnienia (są to np. akademie nauk, wydziały lekarskie wiodących uniwersytetów, a wcześniej prywatne stowarzyszenia uczonych, szkoły naukowe itp.).

---

<sup>8</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Ideały nauki, teorie, doktryny, szkoły naukowe i strategie poznawcze – próba definicji*, [w:] *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007, s. 139–143 i 149–152.

Teorie naukowe są z kolei podstawą formułowania doktryn medycznych, które mają charakter praktyczny. W ich strukturze znajduje się teoretyczne uzasadnienie terapii, związane ściśle z teorią, której dana doktryna jest rozwinięciem, oraz elementy praktyki umożliwiające postawienie diagnozy i przeprowadzenie terapii zgodnie z założeniami doktryny uznawanej za skuteczną. W danym okresie historycznym mogą ze sobą rywalizować w nauce rzeczywistej zarówno ideały nauki, nurty teoretyczne, jak i doktryny medyczne. Zwykle jednak tylko jeden ideał nauki jest uznawany za dominujący, a zbudowane w jego ramach teorie i doktryny naukowe są uznawane za oparte na racjonalnych podstawach i oferujące skuteczne metody leczenia.

Medycyna kliniczna jest w XXI w., zgodnie z tym ujęciem, oparta na ideale nauki współczesnej<sup>9</sup>. Wszystkie teorie medyczne, które mogą zostać uznane przez współczesną społeczność kliniczną za naukowe, muszą być z tym ideałem zgodne. Doktryny medyczne, które są budowane na podstawie tych teorii, muszą być zgodne zarówno z ideałem nauki współczesnej, jak i z teoriami, których są rozwinięciem ku praktyce. Współczesny standard medycyny opartej na faktach (Evidence Based Medicine) jest z tego powodu spójny pod względem metodologicznym. Jest oparty na obserwacjach faktów, których istnienie uznawane jest na niesporne oraz dające się udowodnić metodami naukowymi. Konstruowane na podstawie tych faktów hipotezy, aby uzyskać status teorii naukowych, muszą poddać się precyzyjnym procedurom metodologicznym. Pozwalają one wyeliminować hipotezy błędne i zatrzymać w praktycznym użyciu tylko te, które zostały dobrze potwierdzone. Tak samo doktryny terapeutyczne muszą być oparte na faktach, których status uznaje się za niesporny, a interpretacja tych faktów została prawidłowo przeprowadzona pod względem metodologicznym.

Homeopatia nie spełnia żadnego z tych kryteriów. Nigdy ich także nie spełniała. W chwili sformułowania jej standardu, tj. w 1810 r., budowała swoją teorię na podstawie ideału nauki średniowiecznej, który został już w XVII w. poddany silnej krytyce w europejskich środowiskach naukowych. W XVIII w. w europejskiej medycynie akademickiej został zastąpiony przez ideał nauki nowożytnej, z którego rozwinął się w końcu XIX w. ideał nauki współczesnej. Teoretyczną podstawą homeopatii był hermetyzm<sup>10</sup>, koncepcja o starożytnym rodowodzie, oparta na niematerialistycznej koncepcji świata przyrody, którą sterować miały niematerialne siły. Koncepcja ta wywodziła się ze starożytnej magii sympatycznej. Podstawy te w początkach XIX w., gdy homeopatia została przedstawiona publicznie w postaci

---

<sup>9</sup> Ibidem, s. 152.

<sup>10</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Doktryny medyczne nurtu hermetycznego – struktura, geneza, uwarunkowania recepcji w społeczności naukowej*, „Medycyna Nowożytna” 1992 [nr wstępny], s. 7–38.



doktryny terapeutycznej, były tak anachroniczne, że środowisko akademickie nie potraktowało jej poważnie. Dopiero spopularyzowanie się homeopatii wśród pacjentów w latach 20. i 30. XIX w. spowodowało opublikowanie systematycznych krytyk doktryny Hahnemanna, napisanych przez ówczesnych lekarzy klinicznych. Ich argumenty odwoływały się do ideału nauki nowożytnej, jak również do ówczesnego stanu wiedzy medycznej. Pozostają jednak aktualne do chwili obecnej, ponieważ metodologiczne podstawy medycyny klinicznej w Europie są w czasach współczesnych w ogólnym zarysie kontynuacją tych, które istniały już w XIX w.

Podstawowym zarzutem klinicystów wobec homeopatii jest to, że nie da się wykazać metodami doświadczalnymi, że fenomeny, które opisuje i które czyni podstawą terapii są oparte na faktach. Nie ma bowiem możliwości udowodnienia twierdzeń Hahnemanna za pomocą metod klinicznych. Od 1784 r., tj. od sprecyzowania standardu europejskiej medycyny klinicznej przez Francuską Akademię Nauk, doktryna medyczna, której przedmiotu nie da się udowodnić metodami naukowymi, nie może być uznana za opartą na faktach. Jeżeli nie można stwierdzić, że jest oparta na faktach, to każda z interpretacji „faktów” podawanych przez twórcę doktryny medycznej jest nieprawomocna. Interpretacja ta nie może być bowiem uznana za naukową, odnosi się bowiem do rzeczywistości, która pod względem formalnym nie istnieje. Każdy rodzaj terapii, proponowany przez twórcę doktryny opartej na błędnej (bo odnoszącej się do nieistniejącej rzeczywistości) teorii nie powinna być dopuszczony do legalnego wykonywania przez lekarzy. Ci spośród nich, którzy mimo tego zastrzeżenia podejmują się praktyk leczniczych zgodnie z założeniami tak określonej doktryny, powinni stracić prawo legalnego wykonywania zawodu. Działają bowiem z naruszeniem zasad etyki zawodowej: z chęci zysku narażają zdrowie i życie pacjenta nadużywając jego zaufania, oferują mu bowiem niepotwierdzoną naukowo metodę leczenia. Tak określone reguły zostały zaakceptowane przez akademie nauk i środowiska uniwersyteckie w całej Europie i od końca XVIII w. stanowią podstawę legalnej praktyki lekarskiej.

Poziom teoretyczny homeopatii opierał się na niematerialistycznej interpretacji przyrody, w której przejawiać się miały oddziaływania o charakterze duchowym. Wyznaczać miały prawa i związki, przejawiające się także w ludzkim ciele. W przyrodzie panuje, zdaniem Hahnemanna, duchowy związek wszystkich bytów, jednak niektóre z nich łączą ściślejsze swoiste powiązania. Ludzki organizm należy uznawać za „otoczkę” niematerialnych sił. Życie tego organizmu i zachowanie zdrowia miało być utrzymywane w stanie równowagi przez te siły.

Zgodnie z tą koncepcją, obserwując ludzkie ciało nie należy koncentrować się na jego budowie anatomicznej lub poszukiwać chorób złożonych z wielu objawów, ale skupić swoją uwagę na kilku prostych podstawowych zależnościach i poddać je prawidłowej interpretacji. W doktrynie Hahnemanna każdy objaw powstawał na

skutek zaburzenia duchowej siły organizmu. Dlatego terapia powinna być skierowana na przywrócenie prawidłowego jej poziomu. Umożliwiało to przywrócenie kontroli duchowej siły nad prawidłowym przebiegiem procesów somatycznych. O mocy działania homeopatycznego leku miała decydować jego duchowa siła, a nie materialna dawka. Siłę tę można było wzmacniać podczas produkcji leków homeopatycznych, poddając je tzw. potencjonowaniu. Im mniej było w nich materialnej pierwotnej dawki, tym bardziej dany lek Hahnemann uznawał za skuteczny.

Patologia homeopatii opierała się na przekonaniu Hahnemanna, że wszystkie objawy chorób, które są odczuwane przez chorych, wywodzą się z jednej z trzech chorób podstawowych. Były to zdaniem Hahnemanna choroby skóry, która oddziela wewnątrz ludzkiego ciała od otaczającego środowiska. Do chorób podstawowych zaliczył kiłę, świerzb i figówkę (sykosis). Twórca homeopatii odrzucił podział na choroby ogólne i miejscowe. Wszystkie uznał za ogólne, bo powstające w wyniku zaburzenia duchowej siły. Utrzymał jednak podział na choroby ostre i chroniczne. O różnicy w ich przebiegu decydować miał stopień zaburzenia duchowej siły.

Koncepcja terapii opierała się na przekonaniu, że lek i choroba są pod względem swej istoty identyczne. Z tego powodu ta sama niematerialna substancja, która wywołuje u osoby zdrowej chorobę, może być wykorzystywana w leczeniu osoby chorej, ale w bardzo dużym rozcieńczeniu. Metodą terapii stało się wybiórcze zwalczanie pojedynczych objawów chorobowych za pomocą specyficznego dla każdego z nich leku. Za istotę terapii Hahnemann uznawał wywołanie „sztucznej choroby”, której objawy stawały się widoczne w postaci tzw. „homeopatycznego pogorszenia”. „Sztuczna choroba” miała być silniejsza od pierwotnej, co miało prowadzić do jej wyleczenia.

Dotarcie do duchowej siły zawartej w znajdujących się w naturalnym środowisku substancjach wymagało ich „oczyszczenia”. Proces ten Hahnemann nazwał „potencjonowaniem”. Polegał on na wielokrotnym rozcieńczeniu (przede wszystkim w wodzie) albo rozcieraniu (w cukrze) podstawowej dawki „oczyszczanej” substancji. Potencjonowanie dawek oznaczano symbolicznie, np. d-10 oznaczało rozcieńczenie 10-krotne. Praktycznie zalecane przez Hahnemanna jako skuteczne leki homeopatyczne miały rozcieńczenia 1000-krotne.

W terapii homeopatycznej ogromne znaczenie miało przygotowanie organizmu pacjenta do terapii. Organizm należało oczyścić ze szkodliwych wpływów za pomocą rygorystycznej diety. Terapia homeopatyczna odbywała się zawsze przy znacznym ograniczeniu ilości przyjmowanych przez pacjenta pokarmów, aby tym silniej mogła się ujawnić duchowa siła homeopatycznych leków. Hahnemann wierzył, że pozytywny skutek terapeutyczny można osiągnąć już po jednokrotnym podaniu homeopatycznego leku. Jeżeli został prawidłowo dobrany, był w stanie właściwie oddziaływać na zaburzoną duchowość pacjenta. Jeżeli jednokrotne podanie

leku nie prowadziło do ozdrowienia, dopuszczał podanie go jeszcze kilka razy. Zasadniczo uważał jednak, że homeopatyczna kuracja ma z założenia charakter jednorazowy. Proces zdrowienia w wyniku homeopatycznej terapii ma charakter powolny i, zdaniem Hahnemanna, chorzy powinni być tego świadomi. Polepszenie ich stanu zdrowia nie nastąpi nagle, ale po jakimś czasie, a będzie to poprzedzone tzw. „homeopatycznym pogorszeniem”, które miało potwierdzać realne działanie homeopatycznych leków.

W przypadkach bezpośredniego zagrożenia życia Hahnemann dopuszczał możliwość poddania się przez pacjenta klasycznej terapii klinicznej, opartej na zasadzie *contraria contrariis curantur*, tj. zwalczaniu objawów środkami przeciwnymi do nich (np. gorączkę zwalczano środkami przeciwgorączkowymi). Jednak swoją własną doktrynę oparł na zasadzie *similia similibus curantur* (podobne zwalczamy podobnym), którą uważał za skuteczniejszą. Pomimo że po podaniu leku klasycznego może nastąpić pozytywny skutek terapeutyczny, jednak mechanizm tego procesu Hahnemann uznawał za dotąd niewyjaśniony. Uważał, że wszystkie dotychczasowe sukcesy terapii prowadzonej w standardzie *contraria contrariis curantur* są wynikiem nieuświadomianego stosowania przez lekarzy zasad homeopatii.

W chorobach chronicznych, które nie poddawały się leczeniu homeopatycznemu, Hahnemann dopuszczał stosowanie przez terapeutów obu sposobów terapii. Za szczególnie właściwe uważał środki pobudzające czułość mięśni i drażliwość nerwów. W ten sposób bowiem można doprowadzić do ożywienia siły duchowej organizmu.

Dziewiętnastowieczni lekarze uznali doktrynę Hahnemanna za nie opartą na faktach, a jego teoretyczne interpretacje za absurdalne. „Homeopatyczne pogorszenie” uznawane przez niego za dowód realnego działania leków homeopatycznych uważali za wyraz naturalnego rozwoju objawów choroby. Wywodzenie wszystkich objawów chorobowych z trzech chorób skóry uznali za nie oparte na dowodach. Po wprowadzeniu do medycyny klinicznej standardu bakteriologii okazało się ponadto, że kiła ma charakter zakaźny, a jej skutki mają charakter ogólnoustrojowy. Natomiast świerz b i figówka są wprawdzie chorobami skóry, ale – podobnie jak kiła – nie powstają w wyniku zaburzeń duchowej siły organizmu, lecz w wyniku działania materialnych przyczyn. Podstawy homeopatycznej patologii okazały się więc całkowicie błędne. Poważnym błędem Hahnemanna było także w opinii klinicystów identyfikowanie pojedynczych objawów chorobowych z chorobami jako takimi. Od czasów starożytnych medycyna opierała się bowiem na obserwacji zespołów objawów chorobowych, łącząc je w jednostki chorobowe o wspólnej etiologii. W 2 połowie XIX w. wraz z rozwojem standardu bakteriologii koncepcja ta znalazła potwierdzenie doświadczalne w przypadku chorób zakaźnych i została przyjęta jako udowodniona także w innych, wówczas wyodrębnionych specjaliza-

cjach medycznych. Postępy metod analitycznych pozwoliły ponadto wykazać, że od pewnej liczby rozcieńczeń leki homeopatyczne składają się wyłącznie z rozpuszczalnika, a brak jest w nich jakichkolwiek śladów rozpuszczanej substancji.

Sam Hahnemann był odporny na wszystkie elementy krytyki względem stworzonej przez niego doktryny. Jeszcze za jego życia (zmarł w latach 40. XIX w.) praktykujący homeopaci podjęli próby odpowiedzi na tę krytykę i poddawali klasyczną wersję homeopatii różnorodnym modyfikacjom. Żadna z nich nie uzyskała jednak akceptacji lekarzy klinicznych.

Ostatecznie, pod nazwą homeopatia, kryje się dzisiaj doktryna zupełnie niepodobna do oryginału, choć jej zwolennicy nadal powołują się na dziedzictwo Hahnemanna. Zestawmy główne teraz różnice:

1. Homeopatia współczesna nie neguje istnienia jednostek chorobowych o wielobjawowej symptomatyce i nie neguje ich przyczyn (w tym np. patogenów, takich jak bakterie czy wirusy). W czasach Hahnemanna były to pojęcia nieznane, a przyczyny chorób opierano w homeopatii na zupełnie odmiennym systemie patologii.
2. Leki homeopatyczne mogą być współcześnie wykorzystywane w leczeniu wielobjawowych jednostek chorobowych (takich jak np. grypa), tak samo jak w leczeniu pojedynczych objawów. W czasach Hahnemanna było to w homeopatii niedopuszczalne.
3. Za istotę oddziaływania homeopatycznych leków uznaje się m.in. oddziaływanie „wzmagające odporność organizmu”. W czasach Hahnemanna było to pojęcie nieznane.
4. Działanie homeopatycznych leków przedstawia się także w sposób podobny do szczepionek jako „immunizowanie organizmu”. Przyjęcie leku na chrypkę, katar czy ból głowy ma utrudnić wystąpienie wielobjawowej infekcji. W czasach Hahnemanna były to pojęcia nieznane.
5. Leki homeopatyczne przedstawia się jako pełnoprawne produkty przemysłu farmaceutycznego, o takim samym statusie, jak inne leki. W czasach Hahnemanna sporządzaniem leków homeopatycznych musiał zajmować się osobiście terapeuta, który podawał je pacjentom do leczenia. W procesie potencjonowania leków homeopatycznych ważną rolę odgrywała bowiem duchowa siła tego terapeuty, która była przez niego wykorzystywana w ich produkcji. Współcześnie leki homeopatyczne są produkowane fabrycznie, co w czasach Hahnemanna było nieznane, a lekarzom nie wolno zajmować się produkcją leków.

Ogólnie rzecz biorąc, nazwa handlowa homeopatia ma współcześnie kojarzyć się klientom aptek z następującymi cechami:

1. Z lekami dostępnymi bez recepty, oferowanymi w bardzo małych dawkach, sporządzonymi wyłącznie z naturalnych produktów i dlatego pozbawionymi skutków ubocznych („natura nie szkodzi”), ale posiadającymi dużą wartość terapeutyczną („natura leczy”).
2. Z lekami działającymi objawowo, a więc możliwymi do samodzielnego zastosowania przez pacjenta, który odczuwa dany objaw i wie dzięki temu, jaki lek ma zakupić i zastosować.
3. Z lekami produkowanymi fabrycznie, których procedura wytwarzania jest standaryzowana i poddana procedurom sanitarnym, jak wszystkich innych produktów aptecznych. Są tą więc leki bezpieczne.
4. Z lekami o legalnym statusie, możliwymi do zakupu w aptekach (co odróżnia je od tzw. medycyny ludowej).
5. Z lekami, które mogą być podstawą terapii prowadzonej przez lekarza-homeopatę, albo certyfikowanego terapeuty (co odróżnia je od tzw. medycyny ludowej).

Zestawiając ten standard, odnajdujemy w nim niewiele oryginalnych elementów homeopatii w jej wersji z 1810 r. Standard ów jest natomiast bliski właściwemu dla tzw. suplementów diety czy preparatów „na odporność”, „na wzmocnienie” itp., sprzedawanych w aptekach bez recepty. Współczesną homeopatię odróżnia od nich jedynie to, że żadna inna doktryna terapeutyczna niezgodna ze standardem klinicznym nie jest obecnie legalnie praktykowana w Europie w specjalnie przeznaczonych do tego gabinetach. Jest to wypadkową oczekiwań klientów, które doktryna ta zaspokaja, i sporych zysków producentów produktów homeopatycznych i związanych z homeopatią terapeutów, o których utrzymanie skutecznie zabiega homeopatyczne lobby.

## **Homeopatia jako produkt marketingowy**

Nazwa handlowa homeopatia ma duże znaczenie marketingowe, ze względu na to, że między 1810 r., kiedy zostało opublikowane przez Samuela Hahnemanna dzieło pt. *Organon*, a latami 70. XIX w., kiedy w Niemczech i innych krajach Europy zachodniej zostały w sposób trwały zliberalizowane przepisy o obrocie gospodarczym, zyskała względnie trwałą popularność wśród klientów w Niemczech i we Francji. Szacuje się, że w tym okresie popularność produktów homeopatycznych sięgała do 30% rynku produktów aptecznych w Niemczech, a nazwa homeopatia stała się wśród pacjentów na tyle rozpoznawalna, że stała się trwałym synonimem podawanych w małych dawkach naturalnych leków. Znanca problematyki historii medycyny alternatywnej w Niemczech, dyrektor Instytutu Historii Medycyny w Stuttgarcie, prof. Robert Jütte stwierdza, że homeopatia stała się w 1 połowie

XIX w. najbardziej rozpoznawalną i rozpowszechnioną w Niemczech metodą leczenia sprzeczną ze standardem medycyny klinicznej<sup>11</sup>.

Sytuacja ta utrzymała się także w drugiej połowie XIX w., jednakże wraz z wprowadzeniem do standardu medycyny klinicznej standardu bakteriologii popularność homeopatycznej terapii wśród niemieckich pacjentów spadła o 100% i ustabilizowała się na poziomie ok. 15%. W XX w. odsetek niemieckich pacjentów stosujących produkty homeopatyczne utrzymał się na poziomie ok. 10%. Tak jest do chwili obecnej. Odsetek ten przekracza popularność homeopatii wśród pacjentów z innych krajów europejskich, w których w XIX w. sięgał od 3 do 7%, a w XX w. i współcześnie zajmuje do 3% rynku wszystkich produktów aptecznych. Decyduje to o odrębności niemieckiego rynku produktów farmaceutycznych od pozostałych rynków europejskich, na których homeopatia zajmowała i nadal zajmuje marginalne miejsce zarówno w ogólnej strukturze rynku farmaceutycznego, jak i w ogólnej strukturze zakupów środków farmaceutycznych, dokonywanych przez klientów.

### **Kim byli w XIX w. terapeuci praktykujący homeopatię?**

W XIX w., tj. w okresie kształtowania się marki homeopatii jako przynoszącego zyski produktu z grupy produktów leczniczych, wytwarzaniem leków homeopatycznych i wprowadzaniem ich na rynek zajmowali się terapeuci praktykujący zgodnie z zasadami tej doktryny. Było wśród nich bardzo niewielu lekarzy, ponieważ już w 1 poł. XIX w. dla większości z nich jej podstawowe założenia były absurdalne i niezgodne ze standardem akademickim, który poznawali w trakcie studiów medycznych<sup>12</sup>. Ci spośród nich, którzy zdecydowali się na podjęcie praktyki w standardzie homeopatycznym, musieli liczyć się z ostracyzmem środowiska lekarskiego praktykującego w standardzie klinicznym i utratą prawa wykonywania zawodu na danym terenie, na mocy decyzji lokalnego oddziału samorządu lekarskiego. Ponieważ dla większości lekarzy była to konsekwencja bardzo groźna, a w XIX w. pracy dla lekarzy było bardzo dużo, niewielu z nich zdecydowało się podejmować praktykę zawodową niezgodną z ówczesnym standardem klinicznym. Większość lekarzy mogła bowiem zdobyć środki utrzymania pracując w tym standardzie

---

<sup>11</sup> Por. R. Jütte, *Historia medycyny alternatywnej. Od magii do naturalnych metod leczenia*, tłum. K. Jachimczak i E. Ptaszyńska-Sadowska, Warszawa 2001. Por. też: B. Płonka-Syroka [R. Jütte, *Historia medycyny alternatywnej...* Recenzja], „Medycyna Nowożytna” 2002, t. 9, z. 1–2, s. 214–222.

<sup>12</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Rezeption der Homöopathie in polnischen Ärztekreisen im 19. Jahrhundert*, „Medizin, Gesellschaft und Geschichte: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung” 1997, t. 16, s. 145–170.

i przestrzegając wszystkich zasad prawa państwowego dotyczących wykonywania zawodu lekarza i reguł określonych przez zawodowy samorząd lekarski.

Zdecydowana większość lekarzy, zarówno związanych ze środowiskiem akademickim, zatrudnionych w szpitalach, jak i wolno praktykujących wśród pacjentów, nie traktowała homeopatii jako koncepcji naukowej. Uznawała ją za jeden z przejawów medycznej szarlatanerii, których wiele w tym czasie popularyzowało się wśród pacjentów, szczególnie z uboższych warstw społecznych<sup>13</sup>. Aprobatę dla homeopatii ze strony niektórych członków zamożnych warstw społecznych lekarze tłumaczyli złym stanem zdrowia pacjentów, którym ówczesna medycyna nie była już w stanie pomóc. Poszukiwali oni w związku z tym ratunku w doktrynach terapeutycznych niezgodnych ze standardem klinicznym. O ile postawę pacjentów lekarze kliniczni byli w stanie zaakceptować i zrozumieć (każdy ma bowiem prawo poszukiwać środków ratujących życie i niosących ulgę w cierpieniu), o tyle zaangażowanie lekarzy legitymujących się pełnym wykształceniem akademickim po stronie homeopatii europejskie (w tym polskie) środowisko lekarskie potępiało<sup>14</sup>, uważało za naganne moralnie i podejmowało przeciwko lekarzom praktykującym i popularyzującym homeopatię zdecydowane kroki.

Dlaczego więc niektórzy z lekarzy praktykujących w XIX-wiecznej Europie podejmowali homeopatyczną praktykę i popularyzowali poglądy Hahnemanna także w publikacjach? Można wymienić kilka przyczyn tego zjawiska.

Pierwszym z nich są względy materialne. Studia medyczne podejmowało w XIX w. wielu młodych ludzi wywodzących się z uboższych środowisk społecznych: synów urzędników średniego i niższego szczebla, właścicieli drobnych zakładów rzemieślniczych, rolników, zawodowych żołnierzy i drobnej szlachty. Studiowali wspólnie z synami lekarzy i aptekarzy, mogących zapewnić swoim potomkom po ukończeniu przez nich studiów dobrze wyposażone prywatne gabinety, zlokalizowane w tzw. dobrych dzielnicach dużych miast. Mogli też osiedlać się na prowincji i dostatnio żyć z wolnej praktyki lekarskiej. Warunkiem tego było jednak pozyskanie dostatecznie dużej grupy zamożnych pacjentów, zarówno z miasta, jak i z otaczających wsi, w tym miejscowej arystokracji i zamożnej szlachty. Pozyskaniu pacjentów sprzyjało ogólne obycie i ogłada towarzyska, znajomość języków obcych i literatury pięknej, jak również uczestnictwo młodego lekarza w lokalnym

---

<sup>13</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Postawy lekarzy polskich generacji 1830–1859 wobec homeopatii i ich społeczne uwarunkowanie*, [w:] M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórkowska, W. Piątkowski (red.), *Szkice z socjologii medycyny*, Lublin 1998, s. 85–99.

<sup>14</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Krytyka homeopatii w pracach dziewiętnastowiecznych lekarzy polskich i jej podstawy teoretyczne*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Życie codzienne w XVIII–XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 6, Wrocław 2003, s. 569–581.

życiu towarzyskim. Aby być zapraszany na wspólne imprezy, np. charytatywne, wraz z członkami lokalnej elity, lekarz musiał już na początku zawodowej kariery dysponować pewnym majątkiem, umożliwiającym mu prowadzenie działalności charytatywnej, uczestniczenie w balach i polowaniach itp. Z czasem, np. przez małżeństwa, wielu lekarzy wywodzących się z lekarskich i aptekarskich rodzin wchodziło do lokalnych elit towarzyskich i finansowych. Stawali się założycielami i współwłaścicielami szpitali i sanatoriów, udziałowcami w laboratoriach farmaceutycznych, a z czasem także i w fabrykach leków. Inną drogą pożądanego kariery był etat w państwowym szpitalu. Jego otrzymanie wymagało jednak dużych kompetencji: uzyskania dobrych ocen na dyplomie ukończenia studiów, doktoratu, a czasem nawet habilitacji. Łatwiej było sprostać oczekiwaniom pracodawcy młodym lekarzom wywodzącym się z rodzin lekarskich i aptekarskich o długich tradycjach związków z leczeniem chorych, dysponujących tzw. obyciem i wysokim poziomem kwalifikacji, niż absolwentom wywodzącym się z biednych rodzin, w których to oni pierwsi uzyskali wyższe wykształcenie. Nie mogąc liczyć na pomoc rodzin, wielu biednych absolwentów medycyny podejmowało pracę w środowiskach, w których trudno było zarobić na życie: w małych miasteczkach, tzw. „złych dzielnicach”, zamieszkiwanych przez ubogą ludność albo na wsi. Uzyskiwane przez nich dochody były jednak zbyt niskie, by zapewnić możliwość utrzymania się z praktyki lekarskiej. Niektórzy lekarze z omawianej tu grupy podejmowali praktykę wg jednej z doktryn medycyny alternatywnej, licząc że to pomoże im zdobyć popularność wśród pacjentów i uzyskać godziwe zarobki. Jedną z takich doktryn była właśnie homeopatia<sup>15</sup>.

Drugą grupę lekarzy, którzy w XIX stuleciu zajmowali się praktyką homeopatyczną, byli imigranci-obcokrajowcy<sup>16</sup>. Nie mogąc uzyskać powodzenia materialnego we własnych krajach, ani liczyć na pomoc rodziny (najczęściej ubogiej i pozbawionej towarzyskich wpływów) decydowali się na emigrację do zamożnych i wysoko zaludnionych krajów Europy Zachodniej, przede wszystkim do Niemiec i Francji, licząc na uzyskanie etatu lub korzystnej finansowo prywatnej praktyki. Dużej części się to udawało, po nostryfikacji dyplomu podejmowali pracę zawodową w mniej atrakcyjnych dla rodzimych lekarzy rejonach tych krajów lub w nowo powstających specjalnościach klinicznych. Zdobywali zaufanie pacjentów tam, gdzie nie natrafiali na silną konkurencję lekarzy rodzimych. Jednak dla części lekarzy-imigrantów ten wzorzec kariery okazał się niemożliwy. Przede wszystkim

---

<sup>15</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Fryderyk Bogumił Hechel – ojciec polskiej toksykologii. Biografia nieoczywista*, [w:] K. Prętka, A. Czabański, E. Baum, K.B. Głodowska (red.), *Między historią, bietyką i medycyną: księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Michała Musielaka*, Poznań 2019, s. 355–369.

<sup>16</sup> Ibidem.



ze względu na problemy z nostryfikacją dyplomu w kraju osiedlenia, której nie udało się skutecznie przeprowadzić. Przyczyny tego były różne, przede wszystkim brak dostatecznej znajomości języka kraju osiedlenia, brak środków na opłacenie przewodu nostryfikacyjnego, niezdanie egzaminu nostryfikacyjnego. Trudność w zdaniu tego egzaminu polegała na tym, że w XIX w. nie było aż do lat 80. jednolitego standardu kształcenia studentów medycyny. Te same obserwacje kliniczne w programach nauczania obowiązujących w różnych krajach europejskich interpretowano inaczej, inne też były standardy terapii. Zamierzający nostryfikować w Niemczech swój dyplom lekarski, uzyskany np. w Rosji czy w Hiszpanii, lekarz-imigrant musiał w zasadzie opanować samodzielnie cały niemiecki czy francuski program studiów. Niektórzy po przyjeździe do Niemiec czy Francji podejmowali pracę jako pomocnicy lekarza (felczerzy), ucząc się praktycznego wykonywania zawodu. Dodatkowo uczęszczali jako wolni słuchacze na wybrane wykłady medycyny na uniwersytetach w kraju osiedlenia. Ostatecznie zdawali egzaminy nostryfikacyjne pomyślnie. Ci, którzy nie byli w stanie sprostać wymaganiom egzaminatorów albo w ogóle nie podchodzili do egzaminów, mogli otrzymać posadę felczera, prowadząc praktykę pod kontrolą innego lekarza. Niektórzy lekarze bez nostryfikacji dyplomu decydowali się założyć gabinet medycyny alternatywnej, w tym na praktykowanie homeopatii.

Kolejną grupę, z której rekrutowali się w XIX w. terapeuci alternatywni wobec standardu medycyny klinicznej, stanowili absolwenci kilku semestrów studiów medycznych, którzy z różnych względów nie zdołali skończyć studiów. Zdążyli oni jednak nabyć jakieś podstawy wiedzy medycznej, które mogły im służyć w kontaktach z pacjentami. Tzw. „lekarze nieskończeni”, jak ich ówczas nazywano, wybierali sobie jako podstawę praktyki wśród pacjentów jedną z wielu popularnych wówczas nieskomplikowanych doktryn terapeutycznych, leczących wszystkie choroby za pomocą kilku prostych środków albo równie prostej diety. Wielu z nich praktykowało też w prywatnych uzdrowiskach, tworząc własne metody wodolecznictwa łączonego z dietą i przedstawiając je pacjentom niemal jako panaceum. Homeopatia nie była więc pierwszym i najważniejszym wyborem przedstawicieli tej grupy, inne doktryny paramedyczne dawały bowiem większe szanse na zarobek uzyskiwany z leczenia zamożniejszych pacjentów niż ci, którzy wybierali korzystanie z homeopatii.

Praktyką homeopatyczną zajmowali się także w XIX w. weterynarze. Byli wśród nich zarówno absolwenci pełnych studiów weterynaryjnych, jak i studenci legitymujący się ukończeniem kilku semestrów studiów. Wszystkich ich jednak skłaniała do podjęcia praktyki homeopatycznej nadzieja na uzyskanie środków utrzymania wśród najbiedniejszych grup pacjentów, którzy nie byli w stanie opłacić pomocy weterynaryjnej świadczonej w standardzie klinicznym. Homeopatia weterynaryjna

oferowała swoim klientom bardzo tanie leki, a także możliwość ich samodzielnego stosowania przez właściciela gospodarstwa, bez konieczności wzywania lekarza. Leki homeopatyczne chłop mógł bowiem zamówić w sprzedaży wysyłkowej, a adres, na który mógł złożyć zamówienie mógł odnaleźć wśród reklam w prasie codziennej. Ich stosowanie dobierał samodzielnie do objawów, które u zwierzęcia zaobserwował.

Jak już wyżej wspomniałam, wśród ogólnej liczby absolwentów medycyny i weterynarii, którzy ukończyli studia w całym XIX w. na wydziałach lekarskich wszystkich uniwersytetów europejskich, liczba tych, którzy podjęli praktykę jako homeopaci jest określana w ułamku promila. Większość homeopatycznych terapeutów stanowiły osoby, które nie ukończyły studiów wyższych na tych kierunkach, albo w ogóle ich nie podjęły. Nieliczni lekarze, którzy związali swoją karierę z leczeniem wg zasad homeopatii, praktykowali na ogół za granicą (gdzie nie zdołali nostryfikować dyplomu lekarskiego), albo znaleźli zatrudnienie w charakterze lekarzy domowych u zamożnych i wpływowych zwolenników doktryny Hahnemanna. Tak było m.in. w rodzinie założycieli i właścicieli firmy Bosch, której członkowie darzyli homeopatię zaufaniem, prowadzili na jej rzecz działalność lobbystyczną, a nawet ufundowali instytut prowadzący badania nad tą doktryną, działający do czasów współczesnych<sup>17</sup>.

Lekarze podejmujący praktykę jako homeopaci łamali obowiązujące we wszystkich państwach europejskich od średniowiecza prawo dotyczące rozdzielania zakresu działalności oraz uprawnień członków dwóch profesji: lekarzy i aptekarzy. Uprawnienia te były rozdzielane, aby zapewnić ochronę interesów pacjenta. Przewodawcy uznawali bowiem za potencjalnie naruszającą te interesy możliwość stawiania przez lekarza diagnozy i samodzielne sporządzanie przez niego leku, który miałby być skuteczny w leczeniu zdiagnozowanej choroby. Lekarz mógłby bowiem przepisywać pacjentom leki, które następnie sam sporządzał i w ten sposób podwójnie zarabiał. Uznawano, że dla interesu pacjentów będzie korzystne rozdzielanie grup zawodowych zajmujących się diagnozowaniem chorób i nadzorem nad leczeniem oraz zajmujących się wytwarzaniem i sprzedażą leków. Ostatecznie lekarze uzyskali prawo nadzoru nad aptekarzami w zakresie dobrej praktyki przy magazynowaniu surowców aptecznych i produkcji leków, a farmaceuci prawo nadzoru prawidłowości wystawianych przez lekarzy recept. Powyższe zasady obowiązywały w Europie od XIII w. i w XIX w., kiedy powstała homeopatia, były powszechne na całym kontynencie. Homeopaci jawnie łamali te zasady. Z tego powodu homeopatia została zakazana jako doktryna, która może być uprawiana przez lekarzy. Zgoda na produkowanie leków homeopatycznych przez lekarzy-homeopatów mogłaby

---

<sup>17</sup> Obecnie Instytut Fundacji Roberta Boscha w Stuttgarcie finansuje m.in. badania nad historią homeopatii.

bowiem stanowić furtkę do produkcji przez nich także innych rodzajów leków i wprowadzania ich do bezpośredniego obrotu handlowego w osobistym kontakcie z pacjentem.

Rozwiązaniem tej sytuacji stało się zakładanie gabinetów homeopatycznych wyłącznie przez lekarzy praktykujących poza legalnymi strukturami regionalnego samorządu lekarskiego. Zakładali je jako terapeuci alternatywni, nie podlegający organom tego samorządu, zarazem tracąc prawo wykonywania zawodu lekarza – z powodu prowadzenia leczenia w sposób niezgodny ze standardem klinicznym, co było prawnie zakazane. Leki homeopatyczne produkowali z początku sami. Z czasem, wraz ze wzrostem popularności homeopatii, powstawać też zaczęły specjalne homeopatyczne laboratoria, zajmujące się produkcją leków oraz apteki homeopatyczne zajmujące się ich rozprowadzaniem. Liczba tych placówek zaczęła wzrastać w latach 30. i 40. XIX w., po ugruntowaniu pozycji homeopatii na rynku niemieckim.

W latach 30. XIX w. zaczęły także powstawać w Niemczech pierwsze szpitale homeopatyczne. Jednym z pierwszych wśród nich był szpital w Lipsku, który stał się ośrodkiem rozwoju homeopatycznej doktryny. W szpitalach tych leczyli nieliczni lekarze niemieccy, którzy zdecydowali się związać swoją karierę z homeopatią, oraz lekarze-imigranci, nie mający innej perspektywy prowadzenia praktyki wśród pacjentów z powodu braku nostryfikacji dyplomu. Większość terapeutów stanowili w nich jednak pracownicy pozbawieni formalnego wykształcenia lekarskiego. Z zachowanych źródeł wynika, że to oni należeli do najbardziej zagorzałych zwolenników homeopatii. Uzyskiwali bowiem w związku z wykonywaniem praktyki homeopatycznej wymierne korzyści materialne, pomimo braku dyplomu ukończenia studiów medycznych.

Działalność homeopatycznych gabinetów, aptek i szpitali odbywała się na podstawach prawnych zgodnych z ustawodawstwem dotyczącym wolności gospodarczej. W poszczególnych krajach niemieckich wydano odpowiednie ustawy w latach 1807–1815. Zgodnie z ich literą prowadzeniem działalności gospodarczej na własny rachunek mógł zajmować się każdy, kto uznawał się za osobę kompetentną. Efekty tej działalności miał weryfikować rynek. Jeżeli produkty oferowane przez rzemieślnika lub przedsiębiorcę były złej jakości lub nie odpowiadały oczekiwaniom klientów, nie znajdując nabywców, doprowadzały podmiot gospodarczy do upadku. Wyjątkiem w tej ustawie była działalność lecznicza i aptekarstwo. Podlegały one regulacjom i nadzorowi państwowemu i samorządowemu. By wykonywać zawody lekarza i aptekarza trzeba było wykazać się odpowiednim poziomem kompetencji. Można było także utracić prawo legalnego wykonywania zawodu, gdy wykazano, że kompetencje lekarza i aptekarza są niewystarczające, gdy popełniają błędy w praktycznym wykonywaniu swojej pracy, gdy łamią reguły etyki zawodowej.

Lekarze i aptekarze usiłowali przenieść te regulacje na osoby prowadzące działalność leczniczą poza legalnymi strukturami samorządu lekarskiego i aptekarskiego. Ich argumenty odwoływały się do walki z partactwem, walki z oszukańczymi praktykami komercyjnymi (oferowanie produktów o właściwościach niezgodnych z ofertą, tj. leków i metod terapeutycznych, które realnie nie leczą) i ochrony praw pacjenta. Działania te okazały się jednak nieudane. Niemieckie ustawodawstwo przemysłowe z lat 70. i 80. XIX w. potwierdziło wolność prowadzenia działalności gospodarczej dla wszystkich podmiotów, które dokonają rejestracji i opłacają stosowne podatki.

Homeopatia przyciągnęła większą uwagę w europejskim środowisku lekarskim w latach 1831–1832, gdy Europę zaatakowała przywleczona przez wojsko rosyjskie, przemieszczające się ze wschodnich guberni Rosji do walki z polskim powstaniem listopadowym, epidemia cholery. Jej zasięg był tak szeroki, a przebieg tak gwałtowny, że – nie znając jeszcze bakterii jako czynnika wywołującego tę chorobę – w europejskim środowisku lekarskim podjęto publiczną debatę dotyczącą istoty cholery, jej kryteriów diagnostycznych oraz najważniejszego schematu terapii. Za pomocą metod statystycznych wykazano wówczas, że stosowane przez lekarzy klinicznych metody terapii cholery były bezskuteczne. Porównując je ze skutkami terapii stosowanej przez homeopatów należało przyznać, że osiągnęli wyższy poziom wyleczeń. Ponieważ klinicyści zgodnie uznawali, że stosowane przez homeopatów leki nie mając wymiernej materialnie dawki nie działają realnie na organizm pacjentów, a mimo tego homeopaci osiągają pozytywne rezultaty terapii, postanowili przyjrzeć się tej terapii nieco bliżej. Okazało się, że za istotę jej powodzenia uznać można było obfite nawadnianie pacjentów (do 2 litrów osłodzonej wody), podawanie im kleików ryżowych lub słodzonego grysiku i zapewnienie chorym wypoczynku. W tym samym czasie lekarze kliniczni zalecali pacjentom leczenie w standardzie humoralnym, polegające na stosowaniu upustów krwi, środków przeczyszczających i wymiotnych. Leczenie to prowadziło do osłabienia chorego, nie mając żadnego wpływu na jego wyleczenie. Wspomniane tu obserwacje przyczyniły się do upowszechnienia się wśród klinicystów tzw. nihilizmu terapeutycznego, tj. zaniechania stosowania większości leków do czasu właściwego rozpoznania przyczyn chorób i wypracowania dostosowanego do nich modelu terapii. Jednak dla zwolenników homeopatii wspomniane wyżej porównanie stanowiło dowód empiryczny skuteczności ich własnej doktryny, nasilili więc starania o jej legalizację i wprowadzenie na europejskie uniwersytety. Starania te skończyły się całkowitym niepowodzeniem, ponieważ strona teoretyczna homeopatii była dla europejskich klinicystów nie do przyjęcia, ze względu na zawarte w niej absurdalne założenia i interpretacje.

W latach 1860–1880 w argumentacji klinicznej przeciw homeopatii pojawiły się nowe argumenty związane ze standardem bakteriologii oraz wyprowadzane z obszaru specjalizacji medycznych, wyłaniających się stopniowo z zakresu interny. Krytycy homeopatii wykazywali, że poglądy Hahnemanna, który wyprowadzał przyczyny wszystkich chorób z trzech chorób podstawowych, takich jak kiła, świerzb i figówka (które uważał za choroby skóry) są irracjonalne. Wykazanie przyczyny kiły za pomocą interpretacji zgodnej ze standardem mikrobiologii, tj. faktu, że choroba ta jest wywoływana przez krętka bladego, co potwierdzono eksperymentalnie, wydawało się stanowić ostateczny argument przeciw homeopatii. Skoro Hahnemann mylił się w ocenie jednego z trzech czynników, które miały wywoływać wszystkie choroby (tj. istoty kiły), wydawało się, że cała jego doktryna powinna być uznana przez jego zwolenników za irracjonalną. Tak jednak się nie stało. Od lat 80. XIX w. do wybuchu I wojny światowej większość członków wykształconych warstw społecznych poznała już w szkole standard mikrobiologii, dostosowało się także do niego państwowe prawo medyczne i sanitarne, a także regulacje samorządu lekarskiego i aptekarskiego. Nie przekonało to jednak części pacjentów, którzy pozostali zwolennikami homeopatii. Tworzyli oni rynek nabywców, o zaspokojenie potrzeb leczniczych których warto było się postarać producentom homeopatycznych leków i właścicielom homeopatycznych gabinetów i aptek.

Sukces rynkowy nazwy handlowej homeopatia sprawił, że niektóre powstałe latach 40. XIX w. laboratoria produkujące leki homeopatyczne zaczęły rozwijać produkcję, przekształcając się w fabryki farmaceutyczne istniejące do czasów obecnych. Z czasem wyparły one z rynku małe laboratoria produkujące leki homeopatyczne metodą chałupniczą. Właściciele fabryk homeopatycznych chcąc zachować wysokie przychody, które systematycznie osiągalni, zaczęli prowadzić skuteczną działalność lobbystyczną, umożliwiającą im uzyskanie odpowiednich regulacji prawnych dla zabezpieczenia istnienia ich firm i podtrzymania ich dochodowej działalności. Zaczęto zakładać stowarzyszenia pacjentów leczących się metodami homeopatycznymi i będące ich organami czasopisma. Stowarzyszenia te tworzyły zbiorowości współpracujących ze sobą klientów, nabywających produkty firm wytwarzających leki homeopatyczne. Finansowały kampanie popularyzujące homeopatię w społeczeństwie, opłacały koszty druku reklam w prasie, organizowanie różnego rodzaju szkoleń itp. Tworzyły także rynek zbytu dla produktów homeopatycznych rozprowadzanych w sprzedaży wysyłkowej, w tym kompletnych domowych apteczek homeopatycznych, umożliwiających nabywcom samodzielne leczenie chorób według dołączonej do nich instrukcji.

W początku lat 80. XIX w., wobec jawnej sprzeczności homeopatycznej doktryny z aktualnym, uwzględniającym odkrycia bakteriologii, standardem medycyny klinicznej przedstawiciele środowisk akademickich usiłowali wymusić na władzach

w Niemczech i Francji, w których to krajach przemysł homeopatyczny rozwinął się najbujniej, zakaz propagowania homeopatii jako doktryny sprzecznej z wiedzą naukową i czerpania zysków ze sprzedaży homeopatycznych leków wśród pacjentów. Władze nie zgodziły się jednak z argumentami lekarzy, przedkładając nad nie prawo do wolnej działalności gospodarczej w warunkach wolnej konkurencji. Stanowisko niemieckiego i francuskiego ustawodawcy opierało się na argumentacie o prawie do wolnej działalności gospodarczej, zgodnie z którym fabryki leków homeopatycznych tak długo będą mogły utrzymać się na rynku, jak długo utrzyma się popyt klientów na ich produkty. Tego rodzaju rozstrzygnięcie było efektem intensywnych działań „lobby homeopatycznego” skupiającego producentów leków homeopatycznych, angażującego w działania na rzecz homeopatii licznych i wpływowych pacjentów z wysokich warstw społecznych, którzy ze względu na swoje osobiste zapatrywania preferowali leczenie homeopatyczne, pomimo tego, że ze względów finansowych mogli korzystać z terapii klinicznej. Homeopatyczne lobby mogło sobie pozwolić na kosztowną kampanię propagandową na rzecz zachowania legalnego statusu produkcji i dystrybucji leków produkowanych fabrycznie, ponieważ koszty ich wytwarzania były bardzo niskie w porównaniu do zysków. Leki homeopatyczne wymagały do swojej produkcji znikomej ilości surowców poza wodą, cukrem i opakowaniami. Nie przechodziły także kosztownych testów oraz badań klinicznych. Istotne też było to, że działanie homeopatycznych leków nie było poddawane żadnym próbom klinicznym, obowiązującym we wszystkich przypadkach innych leków. Nowy lek homeopatyczny mógł więc być wprowadzony do produkcji i sprzedaży natychmiast po jego wymyśleniu. Nie wymagano od producentów leków homeopatycznych żadnych dowodów potwierdzających skuteczność produkowanych przez nich środków. Ich działanie miało być bowiem niematerialne, co uniemożliwiało jego określenie za pośrednictwem standardowych procedur, stosowanych w przypadku innych grup produktów farmaceutycznych.

Przemysł homeopatyczny nigdy nie poddał się, ani w XIX, ani w XX w., sprawdzającym procedurom klinicznym, pomimo wielokrotnych zachęt ze strony różnych instytucji naukowych. Nie udało się również farmaceutycznych koncernów homeopatycznych do tego zmusić. Między 1880 a 1918 r. w Europie legalnie działały gabinety homeopatyczne, a pracujący w nich terapeuci osiągalni zarobki umożliwiające im ignorowanie lokalnych oddziałów samorządu lekarskiego (jeżeli terapeuta był lekarzem powinien był uzyskać zgodę samorządu na wykonywanie praktyki zawodowej na terenie, który podlegał jego władzy; jeżeli terapeuta-homeopata nie był lekarzem, taka zgoda nie była mu potrzebna). Udało się jednak po wprowadzeniu do medycyny europejskiej standardu bakteriologii objąć praktykę homeopatyczną pewnym rodzajem państwowego nadzoru. Osoba pragnąca otworzyć praktykę homeopatyczną musiała ukończyć kurs sanitarny, mający w programie

podstawy bakteriologii. Rejestrując działalność gospodarczą homeopata musiał się zobowiązać się do przestrzegania państwowego ustawodawstwa sanitarno-zdrowotnego. W gabinetach homeopatycznych nie wolno było leczyć chorób zakaźnych, a po ich stwierdzeniu u pacjenta homeopata miał obowiązek ich raportowania do instytucji zajmujących się nadzorem sanitarnym. Nie wolno też było leczyć kobiet w ciąży oraz tzw. przypadków ostrych, zagrażających życiu. Mogło to być bowiem podstawą do oskarżenia homeopaty o narażenie pacjenta na utratę zdrowia lub życia. W tym duchu kształtowało się także popularne piśmiennictwo homeopatyczne. Wskazywano w pismach adresowanych do pacjentów, że homeopatia jest skuteczną metodą leczenia chorób przewlekłych, a nie ostrych. Stosowane przez homeopatów leki mają bowiem słabe i dość powolne działanie. W przypadku tzw. chorób ostrych i zakaźnych pacjenci powinni byli szukać pomocy u lekarzy klinicznych, w gabinetach i szpitalach. W ten sposób osiągnięty został upragniony przez homeopatów konsensus. Uzyskali oni prawo do praktykowania wśród pacjentów chorych przewlekle, którym ówczesna medycyna niewiele mogła zaoferować poza leczeniem objawowym oraz terapią uzdrowiskową. Skupili wokół swoich gabinetów również spore grono hipochondryków, a także osoby w starszym wieku, co zostało milcząco zaaprobowane przez klinicystów. Odciażyło bowiem ich gabinety, i ogólnie ubezpieczeniowy system medycyny publicznej, od nadmiernej liczby pacjentów.

Po I wojnie światowej i wielkich ofiarach, które przyniosła, popularność medycyny alternatywnej w Europie wzrosła również wśród pacjentów z wyższych warstw społecznych. Nastąpiło bowiem zmniejszenie ogólnego poziomu dochodów, a dotąd stosowane leki nie zwiększyły swojej skuteczności. Antybiotyki zostały bowiem wprowadzone do terapii dopiero w trakcie II wojny światowej, mimo że badania nad nimi prowadzono już w okresie międzywojennym. Popularność doktryn medycyny alternatywnej była szczególnie w Niemczech, zarówno w Republice Weimarskiej (1919–1932), jak i III Rzeszy (1933–1945). W tym kontekście homeopatia była z początku nie tylko tolerowana, lecz także wspierana przez władze. W okresie hitleryzmu problemy miały tylko stowarzyszenia homeopatyczne, czasopisma i przedsiębiorstwa produkujące leki homeopatyczne należące do Żydów lub z dużym ich udziałem. Środowisko homeopatyczne przeszło więc „aryzację” i podporządkowało się władzom.

Po II wojnie światowej, wraz szerokim wprowadzeniem antybiotyków do terapii, a także innych nowych leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwdepresyjnych i przeciwpsychotycznych, wydawało się, że moda na alternatywne terapie w Europie definitywnie się skończyła. Tak jednak się nie stało. W latach 60. XX w., wraz z upowszechnieniem standardu tzw. kontrkultury, upowszechniać się zaczęły także nowe tendencje w lecznictwie, oparte na sprzecznie wobec aktualnego standardu klinicznego (np. antypsychiatria). Zaczęły także odżywać stare dok-

tryny terapeutyczne, które w latach 1945–1968 zachowały swoich zwolenników i kilka procent rynku leków. Tak było także z homeopatią.

Po kryzysie zaufania do przemysłu farmaceutycznego, jaki wywołało przedwczesne wprowadzenie na rynek leki przeciwwymiotnego Thalidomid, który przyjmowany przez kobiety w ciąży powodował uszkodzenie płodu, na europejskim rynku farmaceutycznym wprowadzono regulacje prawne, które objęły także koncerny farmaceutyczne produkujące leki homeopatyczne. W latach 70. XX w. musiały poddać swoje produkty procedurom kontrolnym. Nie miały one na celu weryfikacji efektów klinicznych produkowanych w nich leków, ale jedynie warunki wytwarzania tych leków, pod kątem stosowania przez producentów obowiązujących w prawie europejskim standardów sanitarnych.

Produkowane obecnie i wprowadzane do legalnego obiegu przez europejskich producentów leki homeopatyczne muszą od tego czasu podlegać kontroli sanitarnej dotyczącej warunków ich produkcji. Jest to jedyne zabezpieczenie podmiotowych praw pacjenta, jakie udało się uzyskać od firm homeopatycznych, które nadal – jak w XIX w. – odwołują się do ustawodawstwa o wolności obrotu gospodarczego i ograniczeniu jego koncesjonowania przez państwo. Tego rodzaju argumentacja prawna jest trudna do podważenia, np. ze względu na stwierdzoną szkodliwość lub skutki uboczne leków homeopatycznych, co występuje w przypadku firm farmaceutycznych produkujących leki zgodne ze standardem klinicznym. Leki homeopatyczne nie posiadają bowiem materialnej dawki środka terapeutycznego, więc ich działanie (terapeutyczne lub szkodliwe) nie może być stwierdzone za pomocą standardowych procedur laboratoryjnych. Potencjalne skargi pacjentów prawnicy firm farmaceutycznych mogą w związku z tym odrzucić jako pozbawione materialnej podstawy dowodowej. Mogą się także powołać na swobodę wyboru przez pacjenta stosowanej przez niego metody terapii. Wybierając metodę homeopatyczną, krytycznie ocenianą przez lekarzy związanych ze standardem medycyny klinicznej, pacjent godzi się na możliwe skutki tej decyzji i nie może występować w związku z tym o odszkodowanie do firm farmaceutycznych za straty zdrowotne, wynikłe z jego suwerennej decyzji.

Homeopatia pozostała w Europie, tak jak to było w XIX w. „doktryną ubogich”. Klientami homeopatycznych gabinetów, aptek i magazynów zajmujących się sprzedażą wysyłkową, są głównie pacjenci o niskich dochodach, którzy z tego powodu mają problemy z uzyskaniem satysfakcjonującej ich pomocy lekarskiej świadczonej w standardzie klinicznym. Drugą grupę stanowią osoby starsze i chore przewlekle, trzecią – pacjenci o specjalnych potrzebach zdrowotnych, określanych przede wszystkim na podstawie przesłanek społecznych, a nie medycznych.

Marketingowa oferta utrwalająca popyt na usługi homeopatyczne jest wzbogacana wieloma wydawnictwami popularyzującymi założenia tej doktryny. Ich



wspólną cechą jest optymizm terapeutyczny, zgodnie z którym przedstawia się potencjalnym pacjentom homeopatię jako doktrynę „skuteczną”. Skłania się czytelników tych publikacji do uznania jej za doktrynę opartą na naukowych podstawach i zasadniczo wiarygodną<sup>18</sup>, pomimo jednoznacznego jej odrzucenia przez lekarzy klinicznych. Homeopatia nie jest po 1989 r. wyjątkiem na polskim rynku wydawniczym poświęconym medycynie alternatywnej. Propagowane są liczne koncepcje terapeutyczne, w tym będące spadkobiercami mesmeryzmu, doktryny opartej podobnie jak homeopatia na ezoterycznych podstawach<sup>19</sup>.

## Współczesny status prawny produktów homeopatycznych

W krajach Unii Europejskiej produkty homeopatyczne są dopuszczone do legalnego obrotu aptecznego<sup>20</sup>. Podstawy prawne ich sprzedaży w europejskich aptekach zostały określone dla państw-członków Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej (EWG) w 1965 r. Regulowała je dyrektywa nr 65/65/EWG. Była ona bardzo korzystna dla tych przedsiębiorstw farmaceutycznych, które zajmowały się wytwarzaniem leków homeopatycznych. Nie tylko uznała bowiem ich produkcję za legalną, a produkty homeopatyczne za leki, lecz także nie wprowadziła skutecznych mechanizmów nadzoru państwowego nad ich wytwarzaniem. Wydanie tej dyrektywy było wynikiem skutecznej działalności lobbystycznej przemysłu farmaceutycznego, zajmującego się produkcją leków wytwarzanych w standardzie homeopatycznym.

Dziesięć lat później zostały wprowadzone zmiany w prawie Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej, umożliwiające realizację praw państw zrzeszonych w EWG do nadzoru sanitarnego nad produkcją leków homeopatycznych. Podstawą prawną była Dyrektywa nr 75/319/EWG w sprawie zbliżenia przepisów ustaw, rozporządzeń i działań administracyjnych dotyczących lekarstw. W dyrektywie tej wprowadzono dodatkowe przepisy dla produktów homeopatycznych.

W latach 90. XX w. wprowadzono kolejne przepisy precyzujące status produktów homeopatycznych. Po raz pierwszy w prawie europejskim wprowadzono definicję leku homeopatycznego, na mocy dyrektywy nr 92/73/EWG z dnia 22 września 1992 r.

---

<sup>18</sup> Artykuły o wspomnianym tu charakterze publikowane są np. na łamach czasopisma „Homeopatia Polski”, a także w innych periodykach i książkach wydawanych w języku polskim po 1989 r.

<sup>19</sup> Por. np.: W. Blohm, *Hipnoterapia i autohipnoza. Nowe sposoby leczenia stanów lękowych, bólu, stresu i depresji*, tłum. J. Pawłowska, Warszawa b.r.

<sup>20</sup> Szerzej na ten temat por. M. Stych, *Status prawny homeopatycznych produktów leczniczych*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Produkty pochodzenia roślinnego w lecznictwie, dietetyce, kosmetyce, ekonomice i kulturze popularnej*. Lek roślinny, t. 4, Wrocław 2015, s. 213–237.

Po 2000 r. wprowadzono dalsze rozwiązania w tym zakresie. Dyrektywa nr 2001/83/WE zawierała tzw. definicję legalną leku homeopatycznego. Definicja ta została w niezmienionej postaci podtrzymana w dyrektywie nr 2004/27/WE. Powyższy stan prawny obowiązuje do chwili obecnej w krajach Unii Europejskiej.

Należy podkreślić, że przedłużające się od lat 60. XX w. do końca lat 90. tegoż stulecia prace nad wprowadzeniem do prawa europejskiego legalnej definicji leku homeopatycznego nadawały tej grupie produktów farmaceutycznych uprzywilejowaną pozycję na rynku. Wszystkie inne produkty lecznicze i spożywcze przed ich rejestracją musiały być bowiem odpowiednio zdefiniowane. Producenci leków homeopatycznych przez 40 lat skutecznie blokowali próby zrównania statusu prawnego wytwarzanych przez siebie produktów, słusznie obawiając się, iż mogą one nie utrzymać swojego dotychczasowego statusu, ponieważ nie można wykazać, że mają one jakiegokolwiek działanie. Tym samym mogłaby zostać zakazana ich legalna produkcja, na mocy rozwiązań prawnych obowiązujących w europejskim ustawodawstwie gospodarczym, zgodnie z którymi nie można oferować klientom do sprzedaży produktów, których właściwości są niezgodne z ich opisem, to znaczy m.in. takich, które nie działają w taki sposób, w jaki to jest klientom przedstawiane. Kwestie te rozwiązują m.in. przepisy o nieuczciwej konkurencji, na mocy których można byłoby udowodnić producentom leków homeopatycznych świadome oszustwo, działanie na szkodę klientów, a przede wszystkim nieuprawnione uprzywilejowanie wobec innych przedsiębiorstw farmaceutycznych, które muszą spełnić wysokie wymagania i przejść kosztowne i długotrwałe procedury związane z rejestracją leków produkowanych zgodnie ze współczesnym standardem klinicznym.

Na korzyść homeopatii i jej utrzymania się w legalnym obrocie farmaceutycznym działają po 2000 r. sukcesy rynkowe przemysłu zajmującego się produkcją suplementów diety. Wytwory tego przemysłu nie muszą, przed ich dopuszczeniem do rejestracji, przedstawić dokumentacji klinicznej dotyczącej ich skuteczności. Ich wytwórcy muszą jedynie, podobnie jak homeopatyczne firmy farmaceutyczne, poddać nadzorowi sanitarnemu procesy produkcyjne. Rozwiązania prawne, obowiązujące we współczesnym prawie europejskim, są bardzo korzystne dla obu tych gałęzi przemysłu, będąc zarazem poważne wątpliwości etyczne w europejskim środowisku lekarskim.

W Polsce produkty homeopatyczne – tak jak pozostałe leki – są dopuszczone do obrotu na podstawie artykułu 4 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy Prawo Farmaceutyczne z dnia 18 marca 2011 r. *O urzędzie rejestracji produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych*. W 2013 r. artykuł 4 ust. 1 pkt 1 został zmieniony ustawą z dnia 27 września 2013 r. *O zmianie ustawy Prawo Farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw*, która weszła w życie z dniem 25 listopada 2013 r. W dniu 18 marca 2014 r. został ogłoszony przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów

Lecznicych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych akt prawny pt. *W sprawie ogłoszenia urzędowego wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium RP*. Znalazły się w nim m.in. produkty homeopatyczne. Do chwili obecnej stan prawny leków homeopatycznych nie uległ w Polsce zmianie, pomimo starań członków Naczelnej Rady Lekarskiej, którzy wskazywali na niezgodność rozwiązań prawnych dotyczących homeopatii z ustawą o zawodzie lekarza.

Produkt leczniczy homeopatyczny został w polskim prawie farmaceutycznym zdefiniowany przez zastosowanie kilku istotnych pojęć. Ich wprowadzenie odróżnia leki homeopatyczne od wszystkich innych produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w Polsce. Definicja produktu homeopatycznego zawiera takie elementy, jak:

1. Sposób wytwarzania – lek homeopatyczny w trakcie produkcji musi być rozcieńczony i wstrząsany. Produkcja leków homeopatycznych musi być prowadzona wg specjalnej procedury, właściwej tylko dla tego typu produktów. Procedura ta została wpisana w 2005 r. do *Farmakopei europejskiej*.
2. Skład – w skład leku homeopatycznego muszą wchodzić naturalne substancje pierwotne lub ich mieszaniny, tj. rośliny, minerały, sole, jady zwierzęce.

Wszystkie kraje europejskie, które przystąpiły do Unii Europejskiej, muszą dostosować swoje prawo do już istniejących w Europie regulacji. Muszą też honorować wszystkie prawa nabyte podmiotów gospodarczych, działających na podstawie tego prawa. W Europie obowiązuje od 1960 r. strefa wolnego handlu, w związku z czym podmiot gospodarczy legalnie zarejestrowany w jednym z krajów Unii Europejskiej ma prawo rozprowadzania swoich produktów również w innych krajach UE. Są to rozwiązania korzystne dla przemysłu zajmującego się wytwarzaniem homeopatycznych produktów leczniczych. Leki homeopatyczne mogły bowiem na tej podstawie prawnej być wprowadzone do legalnego obrotu aptecznego i nie można ich usunąć z tego obrotu, bez wcześniejszego przyjęcia nowych, ogólnoeuropejskich rozwiązań dotyczących homeopatii.

Od 2018 r. w niektórych krajach europejskich, np. w Bawarii i Francji, lekarze kliniczni ponownie podejmują działania zmierzające do wykazania nie tylko braku jakiegokolwiek działania leczniczego homeopatii, lecz także mające udowodnić, że stosujący produkty homeopatyczne członkowie samorządu lekarskiego działają w sposób bezpośredni na szkodę pacjenta i łamią przepisy ustaw o zawodzie lekarza, zobowiązujące legalnie praktykujących lekarzy do stosowania w terapii leków o potwierdzonej skuteczności<sup>21</sup>. Szczególny sprzeciw lekarzy klinicznych

---

<sup>21</sup> Lekarze mogą obecnie zgodnie z prawem europejskim zalecać pacjentom stosowanie produktów homeopatycznych, których samodzielnie nie produkują. Ustawodawcy zakładali bowiem,

budzi podawanie pacjentom leków homeopatycznych w przychodniach i szpitalach. Klinicyści zwracają uwagę, że pacjent zgłaszający się na leczenie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do skorzystania z pomocy lekarskiej w aktualnym standardzie klinicznym. Jego prawo do wyboru terapii, gdy lekarz zaleca mu zastosowanie homeopatii w leczeniu prowadzonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, jest bardzo ograniczone. W przychodniach i szpitalach pacjentom trudno jest odmówić poddaniu się zalecanej przez lekarza terapii. Nie mają bowiem alternatywy, są bowiem przyjmowani na podstawie ubezpieczenia jedynie w wyznaczonych placówkach. Jeżeli ordynujący w nich lekarz okaże się zwolennikiem homeopatii, pacjent albo może stosować homeopatyczne produkty z wiarą w kompetencje lekarza i przekonaniem, że jest leczony skutecznie, albo może odwołać się do regionalnej Izby Lekarskiej, domagając się zmiany lekarza i kierunku terapii. Niewielu pacjentów jednakże decyduje się na takie postępowanie. W latach 2018–2019 w Izbach Lekarskich w Niemczech i we Francji, a następnie w sądach powszechnych odbyły się jedynie nieliczne sprawy przeciw lekarzom leczącym homeopatycznie w placówkach ubezpieczeniowych. Nie zakończyły się one skazaniem lekarza pomimo tego, że występującym w roli oskarżycieli lekarzom-klinicyzom udało się wykazać wystąpienie ewidentnych szkód zdrowotnych u pacjentów związanych z zastosowaniem u pacjentów homeopatii. Szkody te wiązały się z niezleceniem przez lekarza badań podstawowych, które powinny były wykryć rozpoczynający się proces nowotworowy, który doprowadził chorego do śmierci. Podobne skutki wystąpiły również w przypadku innych chorób, które nie zostały odpowiednio zdiagnozowane w standardzie klinicznym, pomimo tego, że w ramach ubezpieczenia medycznego pacjent miał do tego prawo. Postępowania karne i odszkodowawcze wobec homeopatów nadal trwają.

Jak dotąd jednak nie udało się europejskim klinicyzom doprowadzić do zmian w obowiązującym prawie europejskim dotyczących ograniczenia zakresu dostępności homeopatii lub nawet delegalizacji wytwarzania leków homeopatycznych. W obowiązującym w Unii Europejskiej, w tym także w Polsce prawie, od 2001 r. obowiązywały przepisy dotyczące obowiązku rejestracji i wytwarzania homeopatycznych produktów leczniczych w taki sam sposób, jak innych produktów leczniczych. W 2004 r. dyrektywa ta została zaktualizowana (2004/27/WE) na korzyść homeopatii. W art. 14 wprowadzono szczególną, uproszczoną procedurę rejestracyjną przewidzianą dla homeopatycznych produktów leczniczych. Wprowadzono dwa rodzaje tej procedury:

---

ze będą je zalecać pacjentom zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej (tj. domyślnie: praktykując w standardzie klinicznym).

1. Pełną – dla homeopatycznych produktów leczniczych ze wskazaniami leczniczymi.
2. Uproszczoną – dla homeopatycznych produktów leczniczych bez wskazań leczniczych.

Skutkiem tej dyrektywy jest możliwość wprowadzenia do legalnego obrotu aptecznego tylko takich produktów homeopatycznych, które uzyskały zgodę Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Możliwe są jednak wyłączenia z tej procedury.

Ustawa *Prawo farmaceutyczne* wprowadza pojęcie tzw. podmiotu odpowiedzialnego, który składa dokumenty rejestracyjne produktu homeopatycznego. Wymagania stawiane przy rejestracji tego produktu nie obejmują jednak, jak w przypadku innych leków, konieczności przedstawienia wyników badań klinicznych (i nieklinicznych) potwierdzających jego skuteczność. Farmakopealny opis produktu musi zawierać wyraźnie określone wskazania do leczenia za pomocą rejestrowanego leku, potwierdzone badaniami, których wyniki zostały opublikowane w piśmiennictwie naukowym. Tymczasem wytwórcy produktów homeopatycznych (na mocy art. 16 ust. 1), definiowani jako podmioty odpowiedzialne, zostali zwolnieni z konieczności dostarczania wyżej wymienionej dokumentacji, pod warunkiem, że stosowane do produkcji leków homeopatycznych substancje mają ugruntowane zastosowanie medyczne. Ustawodawca pomija przy tym kwestię, że w lekach homeopatycznych – w wyniku procedur zastosowanych przy ich produkcji – może nie być dającej się stwierdzić metodami eksperymentalnymi wymiernej dawki tych substancji. Ugruntowane zastosowanie medyczne np. rumianku nie oznacza bowiem, że w leku homeopatycznym, do którego produkcji użyto tego surowca, znajdą się jego jakiegokolwiek ślady. Rozwiązanie to dotyczy leków homeopatycznych ze wskazaniami lekarskimi. Te produkty homeopatyczne natomiast, które są rejestrowane bez wskazań lekarskich, nie wymagają żadnych dowodów swojej skuteczności terapeutycznej (art. 21 ust. 7 ustawy *Prawo farmaceutyczne*).

Przyjęte w polskim prawie farmaceutycznym rozwiązania powodują sprzeczność między ustawą *O zawodach lekarza i lekarza dentysty* (art. 45 ust. 1) z 1996 r. i *Kodeksem etyki lekarskiej* (art. 57 ust. 1) z 1991 r. (z późniejszymi zmianami). Zgodnie z tą ustawą, lekarz może stosować w leczeniu chorych tylko takie środki farmaceutyczne i materiały medyczne, które zostały legalnie, czyli zgodnie z *Prawem farmaceutycznym*, dopuszczone do obrotu na obszarze Polski. W roku wydania tej ustawy ustawodawca nie zakładał możliwości, że na obszarze Polski będą mogły być dopuszczone do legalnego obrotu aptecznego i uznane za leki produkty pozbawione jakichkolwiek właściwości leczniczych (jak jest w przypadku produktów homeopatycznych) lub których właściwości lecznicze są wątpliwe lub

niedostatecznie potwierdzone (jak jest w przypadku suplementów diety). Podobne założenie stało u podstaw *Kodeksu etyki lekarskiej*.

W artykule 4 ustawy *O zawodach lekarza i lekarza dentystry* z 1996 r. stwierdzono: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Z artykułem tym nie da się pogodzić rozpoznawania chorób zgodnego ze standardem homeopatycznym, ani leczenia chorych homeopatycznymi lekami. Nie są one bowiem zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Przypomnijmy, że nie było tak także nigdy wcześniej. Homeopatia nie była nigdy zaakceptowana przez środowisko europejskich lekarzy klinicznych, nie była wykładana na wydziałach lekarskich europejskich uniwersytetów, w wielu krajach wykonywanie praktyki homeopatycznej stanowiło podstawę do wykluczenia przez samorząd lekarski jego członka, podejmującego się leczenia pacjentów zgodnie z regułami tej doktryny, ze składu regionalnej Izby Lekarskiej, co wiązało się z zakazem wykonywania praktyki zawodowej na podległym jej terenie.

Tymczasem po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej zostały rozszerzone także na nasz kraj dotychczas posiadane przez producentów produktów homeopatycznych i suplementów diety uprawnienia do ich wolnej sprzedaży na terytorium całej Unii. W związku z tym polskie *Prawo farmaceutyczne* było zmuszone je uwzględnić. W ten sposób zostały dopuszczone do obrotu na polskim rynku produktów leczniczych także i takie produkty, które obiektywnych właściwości leczniczych nie posiadają (produkty homeopatyczne) lub ich właściwości są wątpliwe (suplementy diety).

W obecnym stanie prawnym obowiązującym w Polsce występuje więc, jak już wspomniałam, sprzeczność. Zgodnie z art. 57 ust. 1 *Kodeksu etyki lekarskiej* z 1991 r. i jego nowelizacjami z 1993 i 2003 r. (obowiązuje do chwili obecnej) lekarz ma obowiązek leczenia pacjentów według wymiernych kryteriów wyboru metody leczenia, jak i dokonania ich oceny zgodnej ze standardem klinicznym. Nie wolno mu stosować w terapii metod uznanych za przestarzałe, szkodliwe lub niezweryfikowane. Nie wolno także lekarzom w otwartej praktyce lekarskiej stosować metod jeszcze nie potwierdzonych przez naukę zgodnie ze standardem klinicznym. Terapie eksperymentalne są bowiem realizowane w Polsce wyłącznie pod nadzorem Komisji Bioetycznych. Lekarz ma w Polsce prawo do wyboru metody leczenia (art. 6 *Kodeksu etyki lekarskiej*), jednakże powinien wybierać je spośród metod potwierdzonych w standardzie klinicznym. Nie powinien więc wybierać homeopatii, ponieważ metoda ta nie znajduje potwierdzenia w standardzie klinicznym. Jednakże – także zgodnie z polskim ustawodawstwem – stosowanie produktów homeopatycznych przez lekarzy nie może być podstawą do wyciągania

wobec nich konsekwencji karnych. Produkty homeopatyczne zostały bowiem włączone w Polsce do legalnego obiegu, a zatem mogą być legalnie stosowane przez lekarzy, pomimo tego, że są jawnie niezgodne z aktualnym standardem klinicznym. Pacjent musi być jednak poinformowany o tym, że istnieją inne metody, które można zastosować oraz że polecany przez lekarza lek jest lekiem homeopatycznym. Zakłada się, że pacjent powinien znać i zrozumieć różnicę między lekiem zgodnym ze standardem klinicznym a produktem homeopatycznym i samodzielnie dokonać wyboru terapii, na co pozwala mu *Ustawa o prawach pacjenta* z 2008 r. Nie jest to jednak powszechne, co pozwala w praktyce na dowolność stosowania przez lekarzy produktów homeopatycznych.

Jedyną metodą ograniczenia stosowania produktów homeopatycznych na terenie Polski przez lekarzy należących do Izb Lekarskich mogą być więc zalecenia etyczne, wydawane przez Naczelną Radę Lekarską i rozpowszechniane wśród wszystkich lekarzy, zarejestrowanych w tych Izbach. Mają one jednak jedynie status zaleceń, a nie obowiązujących regulacji prawnych, ponieważ do stanowienia prawa w Polsce uprawniony jest jedynie Sejm, a wszelkie postanowienia wydawane przez korporacje zawodowe mają status niższy, niż prawo państwowe. Jeżeli więc ustawa sejmowa dopuszcza stosowanie homeopatii w Polsce, to samorząd lekarski nie może tego zabronić. W 2010 r. Naczelna Rada Lekarska wydała apel do wszystkich lekarzy, by prowadzili swoją działalność zgodnie z zasadami *Kodeksu etyki lekarskiej*, tj. by nie stosowali w swojej praktyce zawodowej produktów niezgodnych ze standardem klinicznym. Rada zwróciła się także do wszystkich wydziałów farmaceutycznych w Polsce z apelem o przekazywanie studentom farmacji rzetelnych wiadomości na temat homeopatii, wykazujących jej sprzeczność ze standardem medycyny klinicznej. Rada przypomniała o obowiązującym lekarzy w Polsce (zgodnie z art. 57 ust. 1 *Kodeksu etyki lekarskiej*) zakazem współpracy i współdziałania z osobami i podmiotami, które zajmują się leczeniem mimo nieposiadania do tego odpowiednich uprawnień. Prosiła o zapoznanie studentów farmacji z tymi regulacjami, by w swojej własnej praktyce zawodowej uwzględnili stanowisko (zdecydowanie negatywne) Naczelnej Rady Lekarskiej wobec homeopatii.

Powszechnie obowiązujące reguły prawne nie pozwalają w Polsce na postawienie konkretnemu lekarzowi zarzutu z powodu stosowania homeopatii jako metody niezgodnej z etyką zawodową. Zarzut taki można postawić lekarzowi jedynie wtedy, gdy będzie on stosował niezarejestrowane produkty homeopatyczne, niedopuszczone do legalnego obrotu w naszym kraju. Tak samo nie można postawić zarzutu farmaceucie z powodu sprzedaży homeopatycznych produktów leczniczych, znajdujących się w legalnym obrocie aptecznym. Można by jednak wystąpić przeciw farmaceucie z zarzutem naruszenia prawa farmaceutycznego, gdyby sam produkował leki homeopatyczne niezarejestrowane legalnie, a następnie wprowadzał

je do sprzedaży, albo sprzedawał leki homeopatyczne wyprodukowane przez inne osoby lub podmioty, które nie uzyskały formalnej rejestracji.

## **Podsumowanie.**

### **Etyczna ocena upowszechniania homeopatii przez lekarzy i farmaceutów**

Inaczej rzecz się ma w stosunku do oceny moralnej i etycznej leczenia zgodnego z zasadami homeopatii i sprzedaży leków homeopatycznych. Zgodnie z uzyskaną w trakcie studiów medycznych i farmaceutycznych wiedzą, tj. z aktualnym standardem Evidence Based Medicine, jest niemożliwe, by standard teoretyczny homeopatii oraz zasady produkcji leków homeopatycznych współczesny absolwent uczelni medycznej mógł uznać za racjonalne. Nie jest to możliwe, ponieważ teoretyczny standard homeopatii nie da się pozytywnie zweryfikować metodami klinicznymi, podobnie jak nie da się udowodnić przy pomocy akceptowanej w nauce współczesnej aparatury i metodologii, że rzeczywistość przyrodnicza, do której homeopatia się odnosi, faktycznie i realnie istnieje. W przypadku wszystkich innych koncepcji opartych na takich samych zasadach negatywne stanowisko ekspertów klinicznych zdecydowało by o wydaniu zakazu wykonywania zgodnej z nimi praktyki terapeutycznej przez lekarzy. Homeopatii udało się jednak w wyniku działań lobbystycznych zachować swój legalny status, pomimo tego, że na jej korzyść nie przemawiają żadne fakty kliniczne.

Lekarze i farmaceuci, którzy dzięki posiadanej wiedzy w pełni zdają sobie sprawę z braku właściwości terapeutycznej oferowanych przez homeopatów środków, homeopatyczną patologię, stanowiącą teoretyczną podstawę dla zgodnego z tą doktryną standardu terapii, uznają za absurdalną i stanowiącą zagrożenie dla pacjentów (którzy lecząc się homeopatycznie nie przeprowadzą we właściwym czasie diagnozy w standardzie klinicznym i nie podejmą terapii dostosowanej do rozpoznania opartego na przesłankach klinicznych), powinni w swojej praktyce zawodowej kierować się dyrektywą etyczną zmierzającą do ograniczenia rozpowszechnienia homeopatii wśród pacjentów i zmniejszenia ich wiary w jej skuteczność. Nie mogą doprowadzić (przynajmniej na razie) do delegalizacji homeopatii, mogą skutecznie eliminować jej stosowanie w praktyce. Lekarze nie powinni zalecać terapii homeopatycznej, zaś farmaceuci powinni doradzać zgłaszającym zamiar nabycia homeopatycznych leków pacjentom aptek inne produkty, o udowodnionej skuteczności. Takie działanie można traktować jako oparte na naczelnej dyrektywie etycznej obowiązującej w zawodach medycznych: dobro pacjenta niech będzie najwyższym prawem.



W wyniku skoordynowanej akcji informacyjnej uda się prędzej czy później doprowadzić do ograniczenia, a następnie całkowitego spadku popytu na oferowane przez homeopatów bezwartościowe produkty, przedstawiane klientom jako lecznicze. Zobowiązani do udzielania pacjentom prawdziwej informacji o lekach lekarze i farmaceuci powinni to czynić także (a może nawet szczególnie) w przypadku produktów homeopatycznych, których właściwości lecznicze są w świetle współczesnego standardu wiedzy medycznej niestwierdzalne. Ciesząc się zaufaniem pacjentów, powinni kierować ich uwagę na potrzebę regularnego przeprowadzania badań podstawowych i – w razie konieczności – podjęcia regularnej terapii prowadzonej w standardzie klinicznym. Powinni uświadamiać pacjentów, że innej drogi poradzenia sobie z chorobą nie ma. Nie może jej zastąpić ani samoleczenie, ani zażywanie suplementów diety, ani kuracja prowadzona zgodnie ze standardem homeopatii.

# Rola farmaceuty w profilaktyce irracjonalnych tendencji w przeżywaniu choroby przez pacjentów

### Wprowadzenie

Wystąpienie poważnej choroby jest ważnym momentem w ludzkiej biografii. Tylko niektórzy z pacjentów potrafią przyjąć do wiadomości diagnozę i dostosować do niej swoje dalsze postępowanie. Dzieje się tak przede wszystkim wtedy, gdy pacjent nie jest wobec choroby sam, gdy jego relacje społeczne są głębokie i trwałe i może liczyć na realne wsparcie otoczenia<sup>1</sup>. Przeżywanie poważnej choroby w życzliwym i wspierającym otoczeniu społecznym pozwala pacjentowi skoncentrować się na terapii, nie odczuwa on bowiem w tym stopniu, co pacjenci samotni lub nie mogący liczyć na pomoc rodziny, społecznych skutków choroby. Nie musi się obawiać np. utraty pracy lub konieczności podjęcia pracy gorzej płatnej, w czasie choroby jest bowiem wspierany przez pracującego współmałżonka, rodzeństwo albo dorosłe dzieci. Nie musi się też obawiać długiej rehabilitacji po chorobie, nie jest ona równoznaczna z osamotnieniem. Pacjent kontynuuje bowiem w jej trakcie satysfakcjonujące relacje społeczne nawiązane przed chorobą i podtrzymane także w jej trakcie. Ma szansę na spędzanie czasu wśród ludzi zdrowych, na uczestniczenie w ich życiu, nie koncentruje się w związku z tym jedynie na życiu własnym, swoich dolegliwościach i lękach.

Wagę relacji społecznych w przeżywaniu choroby podkreślają socjologia i antropologia medycyny<sup>2</sup>. Przedstawiciele tych nauk opisują chorobę nie w kategoriach medycznych, lecz społecznych, jako zdarzenie w życiu chorego i jego rodziny, prowadzące do transformacji dotychczas istniejących relacji społecznych. O ile te relacje wcześniej były prawidłowe, to jest silne, szczerze, oparte na wzajemności

---

<sup>1</sup> Por. B. Płonka-Syroka, W. Wójcik, A. Syroka (red.), *Choroba w perspektywie społecznej – dialog, edukacja, wsparcie*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 2, Wrocław 2017.

<sup>2</sup> W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław 2008; M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórowska, W. Piątkowski (red.), *Szkice z socjologii medycyny*, Lublin 1998; W. Piątkowski, *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Lublin 2004.

świadczeń i gotowości do udzielania osobom bliskim realnej pomocy w wymagających tego sytuacjach, to poważna choroba tylko je utrwała. Jest zdarzeniem, które integruje członków wspólnoty rodzinnej. Jest okazją do zrealizowania w praktyce zasad będących podstawą tego rodzaju wspólnoty, z których najważniejszą jest aktywne podejmowanie starań o zachowanie dobrostanu psychicznego i fizycznego jej członków. Rodzina, której członkowie chętnie spędzają ze sobą czas, którzy opowiadają sobie o problemach i wspólnie poszukują sposobów ich rozwiązania, słuchają wzajemnie swoich rad, a przede wszystkim znajdują radość w byciu razem i we współdziałaniu, będzie zdolna udzielić efektywnej pomocy każdemu z jej członków. Chory nie znajdzie się na marginesie rodziny, nie utraci zainteresowania bliskich swoją osobą, nie będzie czuł się winny z powodu choroby, nie będzie się obawiał prosić o pomoc.

W takim kontekście społecznym chory może podejść z odwagą do diagnozy, przyjąć ją do wiadomości, poważnie się zastanowić, w jaki sposób choroba może zmodyfikować jego życie, a następnie wprowadzić te modyfikacje w praktyce. Jest mało prawdopodobne, by – w kontekście udzielanego mu wsparcia społecznego i poczucia bezpieczeństwa czerpanego z satysfakcjonujących relacji rodzinnych – wystąpił u niego zespół symptomów określanych wspólnym pojęciem „syndromu niezgody na rzeczywistość”. Definiuję ten syndrom jako zespół odczuć, postaw, pragnień i zachowań zmierzających do odrzucenia klinicznej diagnozy choroby i wytworzenia autonomicznej perspektywy jej przeżywania, także wtedy, gdy nie da się potwierdzić realnego istnienia choroby na podstawie kryteriów klinicznych.

„Syndrom niezgody na rzeczywistość” może wyrażać się w postaci odczuwania objawów choroby nieistniejącej, aby uzyskać pożądaną przez pacjenta status chorego. Osoby należące do tej grupy mogą rzeczywiście odczuwać objawy chorobowe, które sprawiają im realne dolegliwości, jak i symulować ich występowanie tylko po to, by uprawdopodobnić pożądaną przez nich status chorego, z którego czerpią różnego rodzaju zyski emocjonalne, społeczne, a nawet finansowe.

Syndrom ten może także występować w postaci dysymulacji choroby, gdy osoba wykazująca realne objawy kliniczne lub w której organizmie toczy się proces chorobowy, który może być potwierdzony klinicznie, nie godzi się na przyjęcie do wiadomości diagnozy choroby. Nie chce bowiem wejść w rolę społeczną chorego, ze wszystkimi jej konsekwencjami. Osoby należące do tej grupy bagatelizują odczuwane dolegliwości, wytwarzają własne tłumaczenia ich przyczyn, próbują łagodzić odczuwane objawy za pomocą powszechnie dostępnych leków. Uznają się za osoby zdrowe, pomimo tego, że ich wygląd, ogólna kondycja, zdolność do wysiłku i wykonywania pracy zawodowej poważnie spadła. Niechęć do zaakceptowania diagnozy wiąże się u nich z lękiem przed utratą posiadanego przez nich statusu,

który uważają za możliwy do zachowania tylko jako osoby zdrowe, a którego po przyjęciu do wiadomości diagnozy nie da się, ich zdaniem, utrzymać.

W obu wspomnianych przypadkach reakcja pacjentów na wystąpienie objawów chorobowych jest nieprawidłowa i wiąże się dla nich z niebezpieczeństwem. Ma w związku z tym obiektywnie negatywne skutki. Pacjenci z grupy pierwszej, u których występuje nadmierne przeżywanie słabych objawów chorobowych lub wytwarzanie objawów realnie nie potwierdzonych klinicznie, mają tendencję do koncentrowania swojej biografii na swojej roli jako pacjenta („jestem alergikiem, więc całe otoczenie jest dla mnie potencjalnie niebezpieczne – nie wiem, co jeszcze może wywołać objawy alergii, na wszelki wypadek muszę więc uważać na wszystko, bo wszystko może mi zagrażać”). Pacjenci ci często przyjmują jakieś leki dostępne bez recepty lub suplementy diety, których zażywanie nie jest uzasadnione ze względów klinicznych. Środki te nie są zalecane przez lekarzy, którzy nie potwierdzają głębokiego przekonania pacjenta, że jest osobą ciężko chorą. Odgrywana rola osoby chorej znacznie ogranicza potencjalne możliwości życiowe tej grupy osób, zawęża je bowiem do wybranego przez nich schematu, którego sztywno się trzymają. Odnajdują w nim jednak bezpieczeństwo i satysfakcję, są bowiem w stanie wpływać na otoczenie społeczne domagając się od niego określonych świadczeń („kochaj mnie, bo jestem chory”, „dbaj o mnie, bo sama sobie nie poradzę, jestem taka słaba”). Możemy mówić w takim wypadku o korzyściach z choroby, osiągniętych przez tę grupę pacjentów. Są to jednak korzyści pozorne, ponieważ „leczyć” choroby realnie nieistniejące, mogą nie podejmować leczenia tych, których wystąpienie może realnie im zagrażać. Nie kontaktując się z lekarzami, którym nie ufają, opierają swoje bezpieczeństwo zdrowotne na samolecznictwie, albo korzystają z usług terapeutów alternatywnych wobec standardu klinicznego. Obie te strategie są niekorzystne dla ich zdrowia fizycznego.

Przyjęcie takiej strategii życiowej przez jednego z członków rodziny wskazuje na istnienie istotnych pierwotnych dysfunkcji w tej rodzinie. Zostało w niej już wcześniej zaburzone poczucie komfortu psychicznego, bliskości emocjonalnej i bezpieczeństwa, czy też radości ze wspólnego przebywania. Pojawienie się w takiej rodzinie osoby „chorej” może przywrócić jej funkcjonowanie do „normy”. Jest to jednak poprawa wyłącznie pozorna. Tak jak osoba „chora” odgrywa taką właśnie rolę, tak samo „odgrywają” ją pozostali członkowie rodziny. Mogą to być role „troskliwego ojca” lub „troskliwego męża”, a także syna lub córki, gdy dzieci są już dorosłe lub gdy trzypokoleniowa rodzina mieszka razem. Do odgrywania tych ról konieczne jest to, aby osoba sprawująca opiekę nad „chorym” miała ku temu realne możliwości finansowe. Opiekun musi być osobą samodzielną, by wypełniać wolę osoby, która weszła w rolę „chorej”. W rodzinie o opisanej tu strukturze

występujące w niej relacje między członkami są schematyczne i sztuczne. Problem ten jest obszernie opisany w literaturze psychologicznej, w której rozróżnia się różne typy pierwotnie dysfunkcyjnych rodzin, których w rolę osoby „chorej” wchodzi jeden z małżonków albo nastoletnie dziecko.

Pacjenci z grupy drugiej natomiast, u których występuje negowanie diagnozy klinicznej i brak gotowości do przyjęcia jej konsekwencji, takich jak zmiana stylu życia, porzucenie nałogów, poddawanie się systematycznym badaniom i systematyczne stosowanie zalecanej przez lekarza terapii, mają tendencję do tego, aby „żyć jak dawniej”, pomimo istnienia choroby, której istnienia nie chcą przyjąć do wiadomości („jestem zdrowy – pomimo tego, że coraz trudniej mi się oddycha, że często boli mnie głowa, że coś kłuje mnie pod łopatką, że moje ciało jakoś inaczej pachnie, że moja skóra robi się jakaś żółta, że na mojej skórze pojawiły się dziwne plamy, że coś mnie boli pod pachą, że nagle schudłem, mimo że się nie odchudzałem itp.; nie chcę nic zmienić w swoim życiu”). Odczuwane objawy chorobowe pacjenci z tej grupy tłumią jako nieistotne i usiłują je przeczekać, uznają, że większość z nich „sama przejdzie”, leczą je powszechnie dostępnymi bez recepty lekami. W przypadku badań kontrolnych medycyny pracy nie mówią lekarzowi o swoich dolegliwościach. Zatajają też ich istnienie przed rodziną. Dysymulacja choroby wiąże się z silną niechęcią osób z tej grupy do przyjęcia – na pewien czas, lub już na stałe – roli chorego. W ich świadomości wiąże się ona bowiem ze społeczną degradacją, z ograniczeniem dostępu do wszystkich atrakcji świata, które pacjent uznaje za dostępne jedynie osobom zdrowym.

I w tym przypadku dysymulacja choroby może świadczyć o występowaniu pierwotnej dysfunkcyjności rodziny. Osoba realnie chora tak silnie obawia się przyznania się do choroby wobec bliskich, że tłumii diagnozę nawet przed sobą. Ten rodzaj stosunków rodzinnych pojawia się np. w rodzinach ze znaczną różnicą wieku i statusu finansowego między małżonkami. Chory partner (najczęściej starszy mąż) obawia się utraty miłości młodej partnerki, gdy przyzna jej się do choroby, która może ją zaniepokoić co do trwałości statusu materialnego, który uzyskała wraz z małżeństwem. Mąż może się obawiać, że ten niepokój może skłonić żonę do poszukiwania innych mężczyzn o podobnym statusie, którzy zapewnią jej bezpieczeństwo socjalne na dłużej.

Dysymulacja choroby może także występować w pracy, szczególnie w przedsiębiorstwach zapewniających swoim pracownikom wyższy niż przeciętny poziom dochodów, w których praca spełnia zawodowe ambicje i aspiracje pracowników. Członkowie kadry kierowniczej lub specjaliści wysokiego szczebla tych przedsiębiorstw nie chcą przyznać się do choroby swoim zwierzchnikom lub współpracownikom. Obawiają się (często słusznie), że zostaną wymienieni przez pracodawcę na osoby młodsze lub zdrowsze. W rezultacie wypierają ze świadomości objawy

choroby, mimo że wyniki badań klinicznych potwierdzają jej istnienie. Czują się „zdrowi”, starając się funkcjonować na dotychczasowym poziomie, co jednak okazuje się z czasem bardzo trudne. Skutkiem tego bywa, że spotyka ich nagła „śmierć z przepracowania”. Przyznanie się do choroby, nawet w jej ostatniej fazie, byłoby dla pacjentów z tej grupy przyznaniem się do słabości, co jest dla nich niemożliwe ze względów psychologicznych. Podważyłoby to bowiem ich samoocenę.

We wszystkich omawianych tu przypadkach – wejścia w rolę chorego bez istotnych podstaw klinicznych oraz odmowy wejścia w tę rolę, pomimo występowania takich podstaw – możemy stwierdzić występowanie pierwotnej wobec choroby dysfunkcji w relacjach społecznych pacjenta. Osoby, które wchodzą bez właściwych podstaw klinicznych w rolę chorego pragną w ten sposób coś uzyskać, te które odmawiają wejścia w rolę pacjenta obawiają się coś utracić. Choroba staje się „zdarzeniem społecznym” w ich biografii, a nie zespołem objawów somatycznych, który należy poddać leczeniu. Jest „kartą w grze” prowadzonej przez nich z bliskimi, kolegami z pracy lub z pracodawcami, w której muszą obrać określoną strategię, by nie przegrać. Strategia jest dość łatwa do odtworzenia przez specjalistę, który udziela pomocy psychologicznej pacjentom z omawianych tu grup, o ile zwrócą się do niego o pomoc. Jest także przedmiotem rozwiniętych badań teoretycznych z zakresu psychologii, socjologii i antropologii medycyny.

Wiedza o istnieniu społecznych komponentów przeżywania choroby powinna pełnić istotną rolę w praktyce zawodowej absolwentów farmacji. Ze wspomnianych powyżej grup pacjentów wywodzi się bowiem duża grupa klientów aptek, dokonujących zakupu leków na podstawie autodiagnozy. Leki te są łączone w przypadkowy sposób, co naraża pacjentów na występowanie interakcji między nimi, o których nie wiedzą i nie czują się przez nie zagrożeni. Kupują je natomiast często i zażywają w dużych ilościach, nie mając świadomości że prowadzone przez nich samoleczenie znacznie wykracza poza standard kliniczny i wypełnia definicję medycyny alternatywnej.

Celem tego rozdziału jest przedstawienie wybranych przykładów nieprawidłowych reakcji pacjentów na chorobę, a wśród nich także reakcji irracjonalnych, ujętych w formę „syndromu niezgody na rzeczywistość”. Pacjenci dotknięci tym syndromem nie przyjmują do wiadomości diagnozy klinicznej nie dlatego, że nie są w stanie z obiektywnych względów jej zrozumieć. Brak akceptacji diagnozy klinicznej wynika u nich z innych względów: z zaburzonej relacji społecznych, które to zaburzenia choroba pogłębia w dodatkowy sposób.

## Diagnoza choroby jako zdarzenie inicjujące wejście w rolę chorego

Człowiek odbiegający poziomem sprawności od otoczenia społecznego, w którym żyje i wykazujący objawy, które sprawiają mu cierpienie, od najdawniejszych czasów czuł się z tego powodu odmiennie niż osoby uznawane za zdrowe. Choroba nie była przez chorych przeżywana jedynie na poziomie biologicznym, lecz zawsze wiązała się przyjęciem przez nich jakiejś roli społecznej, która określała ich relacje z otoczeniem. Role te zmieniały się wraz z wiekiem i były zróżnicowane ze względu na pozycję społeczną chorego.

W przypadku dzieci z rodzin zamożnych lub żyjących na bezpiecznym poziomie ekonomicznym choroba wiązała się ze zwiększeniem troskliwości rodziców wobec nich. Rodziny te miały bowiem dostateczne środki materialne, aby się o dzieci zatroszczyć. Ponieważ jednak aż do końca XIX stulecia nie znano skutecznych leków zdolnych wyleczyć powszechne w dzieciństwie choroby zakaźne, utrzymywała się wśród dzieci bardzo wysoka śmiertelność. Tylko 50% dzieci dożywało 18 roku życia, a ok. 25% umierało przed ukończeniem 7 lat. Choroby dzieci nie trwały zwykle długo, ponieważ brak efektywnych leków nie hamował ich przebiegu. W ciągu kilku dni lub tygodni dziecko umierało, nie wchodząc na trwałe w rolę społeczną chorego i nie wytwarzając w rodzinie określonych wzorców zachowań i rytuałów.

Inaczej było w przypadku chorób przewlekłych, takich jak gruźlica. Dzieci chorowały na nią przez kilka-kilkanaście lat, a długość okresu ich przeżycia zależała przede wszystkim od sytuacji materialnej rodziny. W rodzinach zamożnych próbowano je ratować, przeznaczając poważne środki na ich leczenie i rehabilitację. Relacje rodzinne ulegały wówczas transformacji. Rodzina przekształcała się we „wspólnotę z chorym dzieckiem” jako centrum. Gdy dziecko przeżyło, rodzina utrwalała silne już wcześniej więzi. Gdy umarło, czasem dochodziło do jej dekonstrukcji i rozpadu. Wytworzony wcześniej wzorzec, zgodnie z którym wszystkie emocje i działania rodziców skupiały się na podtrzymaniu życia chorego przewlekle potomka, po jego śmierci pozostawiał pustkę. Paradoksalnie, śmierć dziecka wywoływała u niektórych rodziców „syndrom niezgody na rzeczywistość”, ich reakcje na tę sytuację bywały nadmierne, a zarazem utrwalone. Często rodzice, szczególnie matki, przez wiele lat pozostawały w żałobie, nie potrafiąc nawiązać nowych satysfakcjonujących relacji z otoczeniem, tracąc zarazem dobry kontakt z mężem i z pozostałymi przy życiu dziećmi. Powyższy wzorzec występował najczęściej w tych rodzinach, w których relacje między małżonkami nie były oparte na pozytywnych wzajemnych emocjach i przywiązaniu, ale na schematycznym odgrywaniu przypisanym im przez społeczeństwo ról „dobrej matki” i „troskliwego ojca”.

W rodzinach biednych pojawienie się chorego przewlekle dziecka nie było odbierane w ten sposób. Dziecko to postrzegano w nich przede wszystkim jako

obciążenie, rodzice pokładali bowiem w dzieciach (szczególnie synach) nadzieję na pomoc w utrzymaniu domu. Dzieci pracowały zarobkowo od wczesnych lat, zarówno w mieście, jak i na wsi. Gdy w wielodzietnej rodzinie wiejskiej lub należącej do miejskiej biedoty urodziło się dziecko kalekie, lub gdy po kilku miesiącach lub latach życia okazywało się, że jest niepełnosprawne lub chore, stwarzało to poważny problem. Trzeba było bowiem je utrzymać, nie oczekując w zamian żadnych świadczeń. Rola przewlekłe chorego, szczególnie na ubogiej wsi, nie była dla dziecka wdzięczna. Dziecko otrzymywało niewiele pożywienia, którego większością dzielili się zdrowi członkowie rodziny. Nie było także leczone przez lekarza, z braku środków na ten cel. Często praktyką było za to podejmowanie prób jego „wyleczenia” przy pomocy lokalnej zielarki. Najczęściej nie były to próby skuteczne. Zdarzało się także, szczególnie w przypadku małych dzieci z niepełnosprawnościami, że zielarka podawała dziecku silnie działające zioła lub przygotowała tzw. „kąpiel życia”. Praktyki te wywoływały u dzieci silną reakcję, która miała być dla nich „próbą żywotności”. W ich wyniku słabsze umierały. Te, które przeżyły tę „próbę” uznawane bywały za zdolne do życia i gdy podrosły powierzano im proste prace (np. wypasanie bydła), które wykonywały aż do śmierci w wieku kilku – kilkunastu lat. W miastach wysyłano często natomiast chore lub kalekie dzieci „na zebry”. W ten sposób mogły pokryć chociaż część kosztów swojego utrzymania, a nawet przynieść do domu jakiś zarobek. Nieleczone i marnie odżywiane, chore i niepełnosprawne dzieci żyjące w ubogich rodzinach przeważnie szybko umierały. Ich śmierć zwykle nie wywoływała silniejszego żalu wśród członków rodziny, którzy uznawali ją za naturalne rozwiązanie trudnej dla nich sytuacji.

Z pochodzących z XIX w. źródeł (pamiętników, listów, a także form literackich stanowiących odzwierciedlenie ówczesnej świadomości społecznej) możemy odtworzyć reakcje chorych dzieci na występujące powyżej sytuacje. Część chorych przewlekłe dzieci z zamożniejszych domów wchodziła na trwałe w rolę chorego. Dotyczyło to szczególnie tzw. „chorowitych dziewcząt”, które odgrywały później tę rolę jako „chorowite kobiety”. Czerpanie przez nie satysfakcji ze społecznej roli chorego wiązało się z poważnymi problemami emocjonalnymi występującymi w ich rodzinach pochodzenia, opisanymi m.in. w książce Karen Horney pt. *Neurotyczna osobowość naszych czasów*<sup>3</sup>, które przenosiły następnie do rodzin własnych. W rolę chorego wchodziłi jednak również młodzi mężczyźni, wywodzący się z tzw. „chorowitych chłopców”. Nauczyli się bowiem wcześniej czerpać satysfakcję z jej odgrywania i grali ją często do końca życia. Funkcjonowanie tego wzorca relacji społecznych było możliwe dlatego, że rodziny w których „chorowite dzieci” się wychowywały dysponowały nadwyżkami finansowymi umożliwiającymi troskę

---

<sup>3</sup> Por. K. Horney, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, tłum. H. Grzegółowska-Klarkowska, Poznań 1986.



o nie. Nie liczono też w tych rodzinach na efekty ich pracy zawodowej. Rodziny te były jednak emocjonalnie dysfunkcjonalne, a pojawienie się w nich jako centrum integrującego relacje między ich członkami „chorego dziecka” wprowadzało jakiś rodzaj „poprawności”, w której nie związani głębszymi więzami emocjonalnymi małżonkowie mogli jakoś się odnaleźć.

Z pochodzących z tego samego okresu świadectw dokumentujących świadomość członków warstw ubogich możemy dowiedzieć się natomiast, że chore dzieci wiejskie i miejsce niechętnie wchodziły w rolę osób chorych, ponieważ kontekst społeczny, w którym żyły sprawiał, iż jej wypełnianie nie mogło dostarczyć im żadnego rodzaju satysfakcji. Traktowane w rodzinie jako „ciężar”, za wszelką cenę starały się nawiązać lub podtrzymać kontakt z rówieśnikami, starały się wykazać swoją użyteczność, a także atrakcyjność fizyczną. Pragnienie zdrowia i sprawności było u nich tak duże, że kiedy w końcu XIX w. pojawiła się możliwość uzyskania bezpłatnego wykształcenia (w wielu słabiej rozwiniętych państwach europejskich, w tym na ziemiach polskich położonych w zaborze austriackim i rosyjskim, zaczęto wówczas tworzyć sieć państwowych szkół elementarnych) niepełnosprawne dzieci chętnie z niej korzystały. Jeżeli udało im się zaleczyć chorobę (np. gruźlicę) oraz znaleźć sponsora, który opłaci ich wykształcenie<sup>4</sup>, częściej niż inne ubogie dzieci kończyli szkołę średnią, a nawet studia wyższe. Podejmowali pracę lekarzy, nauczycieli i księży, często wracając do środowiska pochodzenia (choć zwykle nie do swojej wsi lub miasteczka), ale już w zupełnie nowej roli: tym razem jako wykształceni i zdolni zarobić na swoje utrzymanie. Zaslugujący na szacunek i poważanie, a nawet na sympatię. Często z tej grupy wywodzili się lekarze-społecznicy, organizatorzy lokalnych instytucji edukacyjnych, czy spółdzielczości rolniczej. Przebycie w dzieciństwie poważnej choroby i pomoc uzyskana od innych ludzi w przezwycięzeniu jej skutków otwierała ich na potrzeby innych, znajdujących się w równie trudnej jak oni niegdyś sytuacji.

Doświadczenie ciężkiej choroby przeżytej w młodości miało za sobą jednak nie tylko wielu członków warstw plebejskich, lecz także wielu przedstawicieli drobnej szlachty. Dla bardzo wielu z nich było to poważne doświadczenie egzystencjalne, o cechach doświadczenia granicznego. W młodości ocierając się o śmierć, gdy jednak udało im się przeżyć, przez kolejne dekady życia wykazywali nadzwyczajny poziom aktywności, realizowanej na wielu polach. Zarówno w uprawie roli, czy działalności przemysłowej, jak na polu literackim. Ponieważ ówczesna medycyna nie dysponowała skutecznymi lekami, ich schorzenia możemy uznać jedynie za zaleczone, a nie poddane efektywnej terapii. Wiele osób z tej grupy przez wiele lat cierpiało więc z powodu objawów chorobowych, które u nich występowały.

---

<sup>4</sup> Sponsarami bywali księża, właściciele majątków szlacheckich, przedsiębiorcy. Stypendia państwowe można było otrzymać dopiero na studiach wyższych, przede wszystkim lekarskich.

To jednak nie choroba była zasadniczą osią ich biografii, emocjonalnym i psychologicznym centrum, wokół których ogniskowały się ich działania. Podejmowali różne rodzaje aktywnej działalności „pomimo choroby”, której istnienie przyjmowali do wiadomości i próbowali ją leczyć, ale nie definiowali sami siebie przede wszystkim jako osoby chorej, ale jako właściciela ziemskiego, przemysłowca lub twórcę. Nie możemy rozpatrywać ich reakcji na chorobę w kategoriach dysymulacji choroby. Ich aktywne życie nie było bowiem „ucieczką od choroby”, której diagnozy nie przyjmowali do wiadomości, ale próbą aktywnego „życia z chorobą” w stworzonych przez nią biologicznych warunkach. Do grona polskich twórców, których biografie można wpisać w ten schemat, należeli m.in. Ignacy Kraszewski czy Zygmunt Krasiński. Najbardziej znanym twórcą, którego biografia odpowiada temu schematowi w skali światowej, jest natomiast Ludwik van Beethoven.

W XX i XXI w. zarysowane tu sposoby reagowania na chorobę znalazły swoją kontynuację. Został zlikwidowany w Europie i w Polsce powszechnie występujący wcześniej analfabetyzm. Większość ludności Europy ma przynajmniej średnie wykształcenie, a w grupie do 40 roku życia prawie połowa ma już wykształcenie wyższe. Model medycyny publicznej w krajach europejskich opiera się obecnie na założeniu, że wszyscy członkowie społeczeństwa są w stanie zrozumieć kierowane do nich informacje dotyczące zdrowia i choroby. Władze zakładają, że wiedza ta wytworzy u członków społeczeństwa właściwy stosunek do choroby, której wystąpieniu należy zapobiegać, a gdy już wystąpi – należy ją leczyć. W idealnym modelu idealnego społeczeństwa zakłada się, że wszyscy jego członkowie będą pragnąć zdrowia, a nie choroby, a gdy już zachorują, to podejmą odpowiednie kroki, aby się wyleczyć korzystając z terapii w standardzie klinicznym. Tymczasem tak nie jest. Nie wszyscy obywatele dostosowują się do tego modelu, i to pomimo tego, że są w stanie zrozumieć kierowane do nich treści medyczne. Pozwala im bowiem na to wykształcenie. Nie chcą jednak tych treści zaakceptować, przyjmując wobec choroby jedną ze strategii opisanych w postaci „syndromu niezgody na rzeczywistość”.

Aby zrozumieć nieprawidłowe strategie reagowania na chorobę, oparte na niezgodzie na rzeczywistość diagnozy lub autodiagnozie wykazującej realne istnienie choroby nierzeczywistej, przyjrzyjmy się obecnie obowiązującemu w Europie liberalnemu modelowi medycyny publicznej, opartemu na założeniu istnienia idealnego podmiotu – człowieka, pragnącego zachować dobre zdrowie i gotowego podjąć odpowiednie kroki, by to pragnienie przekształcić w czyn.

## **Model medycyny publicznej obowiązujący w Europie, nawiązujący do idei społeczeństwa opartego na wiedzy**

Obowiązujący w Europie po 1945 r., a w Polsce po 1989 r. model medycyny publicznej ma charakter liberalny<sup>5</sup>. Jest oparty na zasadniczej idei filozofii liberalnej<sup>6</sup>, zgodnie z którą człowiek ma obowiązek podejmowana skutecznych starań zmierzających do samodzielnego zapewnienia sobie zdolności przeżycia, a także zapewnienia tej możliwości członkom swojej rodziny, za których odpowiada. W powyższym modelu państwo ma pełnić wobec zaspokajania potrzeb zdrowotnych swoich obywateli jedynie rolę substytucyjną, tj. pomocniczą.

Zgodnie z tą filozofią ludzie powinni we wszystkich dziedzinach swojego funkcjonowania zaspokajać swoje potrzeby przede wszystkim sami, a na pomoc w zaspokojeniu tych potrzeb przez innych mogą liczyć jedynie w ograniczonych przypadkach. Pomoc w rozwiązaniu swoich problemów zdrowotnych mogą uzyskać ze środków publicznych dopiero wtedy, gdy w żaden inny sposób nie będą w stanie ich rozwiązać własnymi siłami. Substytucyjny charakter pomocy medycznej definiuje jej zakres jako z założenia ograniczony do poziomu podstawowego. Pacjent, który pragnie uzyskać świadczenia medyczne poza kolejnością (np. wyjazd na rehabilitację do sanatorium) lub w wyższym standardzie (np. otrzymać w tymże sanatorium pokój 1-osobowy), w poszerzonym zakresie (zamiast dwóch – np. cztery zabiegi rehabilitacyjne dziennie) musi za to sam zapłacić. Koszty prywatnego leczenia może też pokryć prywatny ubezpieczyciel, u którego pacjent wykupił polisę. Zakłada się, że powinien to uczynić jak najszybciej po podjęciu pracy zawodowej, ponieważ zdoła wtedy zgromadzić na swoim koncie więcej środków. W starszym wieku, gdy będzie częściej korzystał z leczenia i rehabilitacji, będzie mógł otrzymać te świadczenia na lepszym poziomie niż przeciętny.

Wystąpienie konkretnej potrzeby zdrowotnej i niemożność jej samodzielnego zaspokojenia nie oznacza w liberalnym modelu medycyny, że potrzeba ta musi być w pełnym zakresie zaspokojona ze środków publicznych. Zakłada się, że samodzielnie odpowiadający za swoje życie człowiek powinien wykazać się niezbędną przecznością, aby sam zabezpieczyć się przed możliwymi niebezpieczeństwami. Powinien zrobić samodzielnie wszystko, by zaspokoić swoje potrzeby życiowe – uzyskując stosowne wykształcenie, podejmując pracę zawodową, zakładając trwałą

---

<sup>5</sup> Por. K. Prętki, *Reforma systemu opieki zdrowotnej jako element transformacji ustrojowej w III Rzeczypospolitej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek wobec choroby*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 3, Wrocław 2010, s. 222–233.

<sup>6</sup> Por. A. Chmielewski, *Spoleczeństwo otwarte czy wspólnota? Filozoficzne i moralne podstawy nowoczesnego liberalizmu oraz jego krytyka we współczesnej filozofii społecznej*, Wrocław 2001.

rodzinę, rodząc dzieci, które mogą udzielić mu wsparcia na starość, gromadząc oszczędności na lata, które spędzi na emeryturze, ubezpieczając się od chorób, wypadków i kalectwa itp. Zakłada się jednocześnie, że ponieważ ludzie w różnym stopniu wykazują się przezornością, pracują z różnym zaangażowaniem i starają się zapewnić sobie bezpieczeństwo socjalne i zdrowotne w różnym stopniu, ich poziom życia będzie zróżnicowany, podobnie jak ich zdolność do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych.

U osób mniej zamożnych nie wszystkie potrzeby zdrowotne zostaną zaspokojone w podobnym zakresie, jak u tych, których status socjalny będzie wyższy. W liberalnym modelu społeczeństwa uznaje się tę sytuację za naturalną. Brak jest bowiem koncepcji „jednolitych potrzeb uzasadnionych”. Za „uzasadnione” uważa się bowiem te potrzeby, które dany człowiek samodzielnie formułuje i samodzielnie dąży do ich zaspokojenia. Zróżnicowanie społeczno-ekonomiczne spowoduje jednak, że dla jednych realizacja tych potrzeb będzie możliwa do realizacji, a dla innych nie. „Uzasadniona”, a zarazem możliwa do zrealizowania, będzie np. potrzeba przeniesienia się w okresie późnej starości do dobrze wyposażonego i zarządzanego domu opieki, dysponującego stałą obsadą lekarską i pielęgniarską, przez osobę, która poświęciła młodość na zdobycie pożytecznego wykształcenia, a dojrzałość na wykonywanie oczekiwanej przez społeczeństwo, dobrze płatnej pracy. Kresem tak zaplanowanej i realizowanej biografii będzie spędzenie ostatnich lat życia w komfortowych warunkach, z dobrą opieką lekarską. Za nierealistyczne uważa się natomiast spełnienie tego rodzaju potrzeby przez osobę nisko wykształconą, pracującą w nisko płatnym zawodzie, która nie zgromadziła w życiu oszczędności i nie wykupiła prywatnej polisy zdrowotnej na starość. Z punktu widzenia równości praw obywatelskich osoba ta ma takie same prawo do formułowania swoich potrzeb, jak wymieniona wyżej. Powinna jednak o ich realizację zadbać sama. Skutkiem strategii życiowej, którą osoba ta wybrała, będzie najprawdopodobniej ograniczenie „uzasadnionej potrzeby” uzyskania jakiejś formy opieki w ostatnim okresie życia do zapewnienia kontaktu z miejscowym ośrodkiem pomocy społecznej, a następnie miejsca w hospicjum.

Ponieważ tak opisany model nie uwzględnia zagrożeń zdrowia publicznego związanych z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych, zostały do niego wprowadzone pewne specjalne regulacje. „Uzasadnioną” reakcją państwa na zagrożenie epidemiczne, jak również na wystąpienie epidemii, jest objęcie wszystkich obywateli tymi samymi rygorami sanitarno-epidemicznymi, a zarazem umożliwienie im dostępu do takich samych świadczeń medycznych (a czasem także opiekuńczych związanych z chorobą zakaźną). Podstawą ideologiczną, która jest tu wykorzystywana, jest zasada troski o dobro wspólne i zasada ochrony zasobów. Ponosząc wydatki na profilaktykę, diagnostykę i leczenie chorób zakaźnych, państwo „zawiesza”

podstawowy dogmat liberalizmu, zgodnie z którym każdy sam odpowiada za własne życie. W przypadku epidemii jest inaczej, także we współczesnym społeczeństwie opartym na wiedzy występują bowiem osoby, które nie podporządkowują się obostrzeniom użytecznym dla wszystkich, nie rozumieją potrzeby ich wprowadzenia lub nie są w stanie się do nich dostosować ze względów socjalno-bytowych. Państwo przyznaje więc sobie prawo do tego, by swoich obywateli zmusić do przestrzegania regulacji przeciwepidemicznych. Bierze też jednak na siebie finansowanie świadczeń medycznych dla wszystkich osób chorych, także tych, które nie wykazywały się wcześniej przezornością i troską o własne życie, nie zgromadziły oszczędności, nie mają gdzie mieszkać, czy też nie mają pracy. Ponosząc wydatki na ich diagnostykę i leczenie, państwo czyni to nie jednak nie przede wszystkim ze względu na nich, ale ze względu na dobro wspólne i politykę ochrony zasobów ludzkich w swoich granicach. Zabezpiecza bowiem w ten sposób pozostałych obywateli przed zagrożeniem epidemicznym. Powyższe założenia przyjęto w absolutystycznych państwach europejskich, takich jak Prusy i Austria, już w końcu XVIII w. W końcu XIX w., po wprowadzeniu do medycyny klinicznej standardu bakteriologii, upowszechniły się także w innych krajach europejskich, a w XX w. także w wielu innych krajach świata (jednak nie we wszystkich). System ochrony przeciwepidemicznej ma w całej Europie charakter państwowy. Jest finansowany ze środków centralnych i spójny pod względem prawnym we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

W przypadku tzw. „chorób zwykłych” sytuacja wygląda jednak inaczej, także w Unii Europejskiej. Zgodnie z deklaracją Światowej Organizacji Zdrowia z 1994 r. prawo do zdrowia uznaje się za należące do zakresu praw podstawowych<sup>7</sup>. Osoba chora i niepełnosprawna ma z tego względu niezbywalne prawo do leczenia i opieki, wynikające z jej godności jako osoby. Deklaracja WHO nie określa jednak w sposób obligatoryjny, jaki poziom świadczeń osoba chora powinna uzyskać. Podejmowane w latach 90. XX w. z inicjatywy WHO starania nad opracowaniem tzw. „koszyka świadczeń podstawowych”, obejmującego powszechnie dostępny i gwarantowany przez państwo w ramach systemu medycyny publicznej zakres opieki medycznej, nie zakończyły się pomyślnym rezultatem. Kwestie zdrowotne są bowiem w różny sposób regulowane w poszczególnych krajach świata, zgodnie z ich modelem ustrojowym, sytuacją budżetową oraz liczbą lekarzy i innego personelu medycznego, mogącego świadczyć usługi lecznicze i opiekuńcze na rzecz pacjentów.

W Europie obowiązują jednak ujednolicone standardy diagnostyczno-terapeutyczne, umożliwiające wszystkim mieszkańcom Unii leczenie na podobnym poziomie. Nie oznacza to jednak, że wszyscy mają równy dostęp do tych samych metod diagnostyki i terapii, jak również do tych samych leków. Z tego powodu w po-

---

<sup>7</sup> Por. *Deklaracja Karta Praw Pacjenta WHO z 1994 r.*

szczególnych krajach europejskich występują zróżnicowane problemy związane z przeżywaniem choroby przez pacjentów. W tych bardziej zamożnych są to przede wszystkim problemy egzystencjalne związane z diagnozą i przeżywaniem przez osobę chorą różnych niedogodności związanych z procesem terapii, w tych mniej zamożnych, jak np. w Polsce – problemy związane z ograniczonym dostępem do diagnozy i nowoczesnej terapii świadczonej w standardzie klinicznym. W tej sytuacji, kiedy pacjenci zachodnioeuropejscy podejmują leczenie poza standardem klinicznym można to uznać za wyraz ich osobistych preferencji (mogą bowiem bez większych problemów podjąć leczenie kliniczne), natomiast w Polsce problem uwarunkowań podejmowania przez pacjentów w standardzie alternatywnym wobec klinicznego musi uwzględniać ograniczoną dostępność do pełnego zakresu świadczeń klinicznych. Nie można w związku z tym automatycznie przenosić na pacjentów polskich wyników badań nad doświadczaniem choroby, prowadzonych w krajach zachodnioeuropejskich.

### **Polscy pacjenci w świetle obowiązujących unormowań prawnych**

Polskie ustawodawstwo uznaje pierwszeństwo w zaspokajaniu uzasadnionych potrzeb obywateli, w tym ich potrzeb zdrowotnych, przez rodzinę osoby chorej i niepełnosprawnej, na którą nałożono ustawowo taki obowiązek. Obowiązek ten dotyczy świadczenia pomocy materialnej i zapewnienia opieki chorym i niepełnosprawnym członkom własnej rodziny, bliższej i dalszej. Na świadczenia finansowe w chorobie mogą liczyć tylko osoby żyjące na poziomie minimum socjalnego albo – na drugim biegunie zamożności – właściciele prywatnych polis ubezpieczeniowych, zapewniających różnego rodzaju odszkodowania i dopłaty do świadczeń zdrowotnych.

Prawa pacjenta są w polskim systemie prawnym ustawowo uregulowane<sup>8</sup>. Substytucyjna rola państwa wobec obowiązków opiekuńczych rodziny czyni w Polsce z tejże rodziny komórkę niemal samowystarczającą, i to nie na zasadzie naturalnych bliskich więzi między jej członkami (gdy o pomoc w chorobie nie ma potrzeby zabiegać, jest ona bowiem postrzegana jako naturalna), ale na zasadzie prawnego przymusu, co umożliwia znaczne ograniczenie środków budżetowych przeznaczanych na pomoc osobom starszym, chorym przewlekle i terminalnie<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Por. M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2005; U. Drozdowska, *Cywilnoprawna ochrona praw pacjenta*, Warszawa 2007; D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2010.

<sup>9</sup> W Polsce ponad 20% społeczeństwa stanowią już osoby po 60 roku życia, które mają określony profil potrzeb zdrowotnych. Tymczasem instytucjonalny system opieki geriatrycznej praktycz-

Elementem omawianego tu stanu prawnego dotyczącego statusu osób chorych w Polsce jest system tzw. promocji zdrowia<sup>10</sup>, zgodnie z którym każdy obywatel naszego kraju może uzyskać potencjalny dostęp do informacji dotyczących jego własnej fizjologii oraz przyczyn i przebiegu najczęściej występujących chorób. Informacje te, zgodnie z założeniami tego systemu, można łatwo uzyskać w wydawnictwach popularnonaukowych uzupełniających wiedzę uzyskaną w trakcie edukacji szkolnej, w Internecie, jak również zwracając się z odpowiednim zapytaniem do lekarza rodzinnego. Zakłada się, że pacjent sam powinien aktywnie poszukiwać tego typu informacji, a po ich uzyskaniu samodzielnie wdrażać poznane zalecenia profilaktyczne w życie. Dowiedziawszy się np. o związku nadwagi z możliwością powstania cukrzycy powinien postarać się zmniejszyć masę ciała, poznawszy skutki nałogu nikotynowego powinien rzucić palenie, osiągnąwszy określony wiek powinien sam udawać się na badania profilaktyczne itp.

Model medycyny publicznej w Polsce opiera się na koncepcji społeczeństwa opartego na wiedzy, to jest złożonego z ludzi, którzy nie tylko przezwyciężyli analfabetyzm, ale których świadomość zdrowotna w pełni uległa medykalizacji, którzy rozumieją (przynajmniej w podstawowym zakresie) współczesny standard medycyny klinicznej oraz w pełni go akceptują, którzy reagują w sposób racjonalny i wolny od lęku na pojawienie się choroby, nawet ciężkiej lub przewlekłej, i mają ogólnie optymistyczne i prozdrowotne nastawienie życiowe, jak najdłużej umożliwiające im wykonywanie pracy zarobkowej, dającej im podstawy niezależności materialnej.

Promocja zdrowia jest odmiennym systemem popularyzacji wiedzy medycznej od systemu finansowanej przez państwo ze środków budżetowych profilaktyki, której zasady zostały opracowane przez specjalistów, są wdrażane w życie przez urzędników, realizowane przez lekarzy i pielęgniarki, i w którym to systemie

---

nie w Polsce nie istnieje. Brak jest – poza nielicznymi hospicjami i placówkami opieki paliatywnej – zintegrowanego systemu pomocy medycznej dla osób w wieku 60–90 lat, mogącego zapewnić im dobrą jakość życia, dostęp do specjalistycznej opieki lekarskiej, rehabilitacji, sanatoriów itp. W tej sytuacji grupa osób w wieku 60+ odczuwa najwyższy wśród polskich pacjentów poziom lęku związanego z własnym stanem zdrowia i ograniczeniem możliwości wypełniania dających satysfakcję ról społecznych. Wiele osób z tej grupy poszukuje rozwiązania tego problemu w sposób nieuzasadniony ze względów klinicznych. Jednym ze sposobów jest bagatelizowanie objawów choroby, mogące przyjmować skrajną postać dysymulacji, natomiast drugim – maksymalizowanie istniejących dysfunkcji zdrowotnych lub nawet „produktowanie objawów” klinicznych, w celu uzyskania świadczeń społecznych lub innych form wsparcia, niedostatecznie udzielanego przez rodzinę.

<sup>10</sup> Por. Z. Słońska, *Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *op.cit.*, s. 83–94; E. Korzeniowska, *Promocja zdrowia w Polsce. Socjologiczna analiza procesu innowacji*, ibidem, s. 95–131.

obywatel państwa jest otoczony stworzoną w sposób odgórny przez profesjonalistów i funkcjonującą w sposób profesjonalny strukturą, obejmującą świadczenia opiekuńcze i lecznicze oraz popularyzację wiedzy o chorobach, ich leczeniu i zapobieganiu ich wystąpieniu. System promocji zdrowia oddaje całokształt działań związanych z troską o własne zdrowie w ręce obywateli (z wyjątkiem ograniczonego zakresu świadczeń medycznych określonych jako obligatoryjne dla dzieci, np. szczepień, badań kontrolnych, czy badań kobiet w ciąży i badań okresowych pracowników w ramach systemu medycyny pracy), uznając ich za osoby najbardziej w tym zakresie kompetentne oraz obdarzone wolnością decyzji dotyczącą podjęcia leczenia, mające także wpływ na wybór metody terapii.

Większość pacjentów wpisuje się w powyżej przedstawiony model. Nie zawsze jednak tak się dzieje. Przyjrzyjmy się obecnie przyczynom tego zjawiska.

### **Polscy pacjenci we współczesnym modelu medycyny publicznej**

Profil pacjenta, zawarty w opisanej tu koncepcji, jest próbą implantacji liberalnej koncepcji człowieka do modelu stosunków społecznych uwzględniającego także osoby chore. Jest to jednak w świetle licznych poważnych polskich badań założenie utopijne, wygodne wprawdzie dla organizatorów świadczeń medycznych (określających ich strukturę i poziom funkcjonowania na możliwie jak najbardziej ograniczonym poziomie), jednakże nie odzwierciedlające problemów i oczekiwań pacjentów i ich rodzin. Pojawienie się poważnej choroby w biografii poszczególnego człowieka zmienia bowiem w zasadniczy sposób doświadczenie świata przez chorego<sup>11</sup>, zmienia perspektywę życiową jego samego i jego rodziny, rodzi nowe oczekiwania wobec bliskich i społeczeństwa<sup>12</sup>. Generuje też wysoki poziom

---

<sup>11</sup> Por. B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek (red.), *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, Wrocław 2010.

<sup>12</sup> Por. np.: Z. Marchewka, B. Szymańska, *Nefropatia cukrzycowa jako problem społeczny*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek wobec choroby*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 3, Wrocław 2010, s. 139–155; H. Wierciński, *Formy zarządzania przyszłością i niepewnością w środowisku osób dotkniętych chorobą nowotworową*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 6, Wrocław 2012, s. 273–296; M. Ledwoch, D. Borys, *Poczucie zmiany własnej osobowości u osób z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego*, [w:] S. Studen, M. Ledwoch (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Problemy człowieka chorego*, Lublin 2005, s. 7–14; B. Bereza, *Psychospołeczne aspekty doświadczania własnej choroby u osób z przewlekłą niewydolnością nerek*, ibidem, s. 15–38; S. Studen, P. Chamulak, *Poziom koherencji a radzenie sobie ze stresem u osób chorych na astmę*, ibidem, s. 61–88.



lęku<sup>13</sup>, z którym osoby chore radzą sobie nie zawsze w odpowiedni do ich rzeczywistej sytuacji zdrowotnej sposób.

Zasadniczą cechą konceptualizacji choroby, pojawiającej się w kontekście lęku przed chorobą jest jej obraz niezgodny ze standardem współczesnej medycyny klinicznej<sup>14</sup>. Pacjenci stwarzają sobie własny obraz choroby, niespójny ze sposobem jej przedstawiania przez lekarza, często o wiele bardziej groźny i niszczący ich psychikę i relacje społeczne. Człowiek opanowany lękiem zaczyna myśleć irracjonalnie, czego przykładem jest podejmowanie terapii przy użyciu różnych tzw. „dziwnych metod terapii”. Metod tych ten sam człowiek wcześniej by nie zaakceptował, a nawet nie zwrócił na nie uwagi, tak bowiem daleko wykraczałyby poza granice racjonalności, które akceptował. W sytuacji granicznej (np. diagnozy choroby nowotworowej) niektórzy pacjenci zmieniają jednak swoje poczucie rzeczywistości świata, uznając standard medycyny klinicznej za ograniczony. Zaczynają uznawać za realne istnienie np. „ustrukturyzowanej wody”, „pamięci kwantowej cieczy”, czy też innych idei popularyzowanych przez alternatywnych terapeutów. „Syndrom niezgody na rzeczywistość”, który u tej grupy pacjentów występuje, może przybierać postać podobną do tej, która cechuje świeżo pozyskanych wyznawców różnego rodzaju sekt. Porzucają wcześniej uznawane za racjonalne poglądy i zastępują je nowymi, zaczynają leczyć się za pomocą „nowych cudownych leków”, jednocześnie zmieniając system odżywiania, sposób spędzania wolnego czasu, upodobania, a nawet wygląd. Bywa, że transgresja ma charakter tak „całościowy”, że prowadzi do zerwania dotychczasowych więzów towarzyskich, a nawet związków z rodziną i porzucenia pracy. Człowiek opanowany ideą „nowej metody leczenia” i pragnąc za jej pomocą uratować swoje życie, domaga się od bliskich bezwzględnej akceptacji jego nowego światopoglądu. Gdy tak się nie dzieje, zrywa związki z dotychczasowym otoczeniem społecznym, które nie rozumie doniosłego charakteru metody, w którą pacjent uwierzył, nie podziela jego entuzjazmu dla niej, a nawet otwarcie uznaje ją za „idiotyczną”. Chory opanowany przez „syndrom niezgody na rzeczywistość” zdecydowanie przeciwstawia się tej ocenie. Każdą chwilę przeznaczoną na inne działanie niż terapia za pomocą metody, którą obecnie stosuje, uważa za straconą, pogłębiającą niebezpieczeństwo jego śmierci. Z badań przeprowadzanych wśród polskich pacjentów, którym udało się przeżyć poważną chorobę i uwolnić się po jej przebyciu od związków z różnego rodzaju „uzdrowicielami” jasno wynika, że w chwili nasilonego lęku o własne zdrowie i życie wcześniej posiadana przez

---

<sup>13</sup> Por. J. Oszewski, *Sposoby radzenia sobie ze stresem w zaburzeniach lękowych*, [w:] S. Studen, M. Ledwoch (red.), *op.cit.*, s. 89–105.

<sup>14</sup> Por. I. Taranowicz, *Stosowanie niekonwencjonalnych metod uzdrawiania jako strategia radzenia sobie z problemami zdrowia w społeczeństwie ryzyka*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii...*, s. 297–309.

nich wiedza nie miała dla nich znaczenia. Podstawową osią strategii ratunkowej nie był dla nich standard medycyny opartej na faktach, który w zarysie poznali w szkole, i który zgodnie z modelem promocji zdrowia mieli wraz z wiekiem uzupełniać czytając popularnonaukowe lektury. Nie były też wówczas dla nich ważne także poglądy lekarza prowadzącego terapię. Diagnoza poważnej choroby, postawiona przez lekarza, spowodowała bowiem u nich szok, a następnie wywołała silną reakcję lękową. Skutkiem tego był radykalny przełom w ich świadomości, zaś alternatywny terapeuta lepiej niż lekarz był w danym momencie w stanie uspokoić pacjenta i dać mu nadzieję na wyzdrowienie.

W literaturze przedmiotu na ten temat podkreśla się, że podstawą takiej właśnie reakcji pacjentów są trudności z nawiązaniem przez nich prawidłowej relacji terapeutycznej z lekarzami, opartej na zrozumieniu diagnozy i podporządkowaniu życia reżimowi terapii<sup>15</sup>. Wnioski z przeprowadzonych w Polsce badań pozwalają na wyraźne stwierdzenie, iż – niezależnie od poziomu wykształcenia i dobrobytu materialnego, w jakim przebiega życie danej osoby – zetknięcie się z problemem choroby o ciężkich i dokuczliwych objawach, choroby przewlekłej i nieuleczalnej, w zasadniczy sposób modyfikuje podejście do życia. Świadomość pacjenta ulega poważnej deformacji. Nie rozumuje on w sposób prawidłowy, ani nie ufa autorytetom, które wcześniej darzył zaufaniem. Trudno jest oczekiwać, że będzie się zachowywał racjonalnie, jak tego oczekują twórcy liberalnego systemu medycyny funkcjonującego w społeczeństwie opartym na wiedzy. Jeżeli pacjent czuje się „osamotniony w bólu”, jego reakcja na chorobę będzie miała charakter ucieczki<sup>16</sup>. Będzie uciekał tam, gdzie uzna, że poczuje się bezpiecznie. Bez realnie udzielonego pacjentowi wsparcia – przez lekarza i psychologa, a także przez rodzinę – jego postrzeganie rzeczywistości może w reakcji na diagnozę ulec znacznemu odkształceniu, a „syndrom niezgody na rzeczywistość” okaże się trwały i utrzyma się nawet po ustąpieniu objawów choroby, jeżeli pacjent ją przeżyje.

„Syndrom niezgody na rzeczywistość” utrzymuje się u niektórych chorych, dla których choroba była bardzo traumatycznym doświadczeniem, także po ponownym podjęciu przez nich leczenia w standardzie klinicznym. Podejmują ten krok namówieni przez rodzinę, a czasem przez przyjaciół i kolegów z pracy. Leczenie może jednak się przedłużać, ponieważ pacjenci nie wierzą w jego skuteczność, nie realizują w sposób konsekwentny zaleceń lekarskich (przyjmują np. leki od przypadku

---

<sup>15</sup> Por. E. Więckowska, *Umiejętność komunikowania się jako czynnik kształtujący efektywność relacji lekarz-pacjent i pacjent-lekarz*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Relacje lekarz-pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 10, Wrocław 2005, s. 259–266.

<sup>16</sup> Por. B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Osamotnieni w bólu*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 4, Wrocław 2018.

do przypadku), a jednocześnie z terapią kliniczną stosują zalecane przez alternatywnego terapeutę zioła. Nie zdają sobie sprawy z tego, że mogą one ograniczyć skuteczność leczenia, albo zwiększyć skutki uboczne zalecanych przez lekarza leków.

Wystąpienie w związku z diagnozą silnej reakcji lękowej nie kończy możliwych zdarzeń w biografii pacjenta związanych z chorobą. U części z nich mogą wystąpić tzw. urazy jatrogenne, modyfikujące ich świadomość w sposób trwały i utrzymujące ją w zmienionej formie przez dłuższy czas po ustąpieniu objawów klinicznych. Ich przyczyną są zwykle zaburzenia kontaktu osobowego z lekarzem, który nie potraktował pacjenta jako osobę, ale jako przypadek. Był zainteresowany sposobem przeprowadzenia kuracji i jej pomyślnym efektem, a nie przeżyciami pacjenta związanymi z chorobą i leczeniem. Pacjenci, którzy doznali urazu jatrogennego, mogą np. pozostać na zawsze w roli pacjenta, pomimo tego, że nic im już biologicznie nie dolega. Doznali bowiem swoistej „fiksacji” związanej z przeżywaniem choroby w perspektywie podległości wobec lekarza i jego woli. Nie potrafią odzyskać samokontroli i samostanowienia, i bez pomocy psychologicznej może to być dla nich bardzo trudne.

Inni pacjenci nie potrafią z kolei zaakceptować zmienionego w wyniku operacji kształtu ciała (np. po amputacji piersi, czy usunięciu narządów rodnych). Niektóre pacjentki po tego typu operacjach czują się „trwale uszkodzone”, „inne”, „odmienione” i „brzydkie”, nie potrafią uwierzyć, że mogą się podobać, że są godne miłości, że mogą pozostać w trwałym związku lub taką relację nawiązać. Operację ratującą życie traktują jak „niegojącą się ranę”, nie potrafią zaakceptować swojego ciała w nowej postaci. Obarczają winą lekarza i medycynę kliniczną za doznaną „krzywdę”, co staje się u części z nich podstawą do poszukiwania kontaktu z różnymi grupami, których podstawą działalności jest któraś z doktryn medycyny alternatywnej. I w tym wypadku mamy do czynienia z „syndromem niezgody na rzeczywistość”, z nie przyjęciem do wiadomości faktów klinicznych, które powinny być dla pacjentki zrozumiałe. Operacja, na którą kiedyś wyraziły świadomą zgodę i podpisały stosowne dokumenty, w sposób niewątpliwy miała na celu uratowanie ich życia. Ponieważ jednak po jej przeprowadzeniu wystąpiły w ich biografii różne niekorzystne zdarzenia (np. rozpad rodziny, utrata satysfakcjonującej pracy), za wystąpienie tych zdarzeń pacjentki winią chorobę, lekarzy i operację. Nie są w stanie ze względów emocjonalnych, które zaburzają ich zdolności poznawcze, podtrzymać zmedykalizowanej perspektywy, która wcześniej była podstawą ich zgody na wykonanie tej operacji. Zmieniają punkt widzenia na irracjonalny, koncentrując się na negatywnych skutkach społecznych, które wiążą z operacją, a nie na biologicznych, które – skoro nadal żyją – należałoby ocenić zdecydowanie pozytywnie.

Pisząc o „irracjonalnym zwrocie” w świadomości pacjentów, jako sposobie reakcji na diagnozę poważnej choroby, nie mam na myśli wyłącznie praktyk nawią-

zujących do medycyny ludowej lub alternatywnej. Chciałabym tu zwrócić uwagę na poszerzające stale swój obszar w Polsce praktyki samolecznicze oparte na auto-diagnozie. Stosujący je pacjenci nie sądzą bowiem na ogół, że leczą się w sposób niezgodny z obowiązującym w medycynie klinicznej współczesnym standardem terapeutycznym<sup>17</sup>. Elementy autodiagnozy składają sobie sami, na podstawie wiedzy uzyskanej z podręczników medycznych i legalnie nabywanych poradników, a po leki udają się do apteki. W tym momencie spotkać się mogą z absolwentem farmacji, który podejmie się interwencji w ich działanie samolecznicze. Samoleczący się pacjent nabywa bowiem zwykle te same leki bez recepty, w dużych ilościach i w przypadkowych połączeniach. Wraca więc często do tej samej apteki.

Absolwent farmacji, zgodnie ze współczesnym stanem prawnym w Polsce, ma nie tylko uprawnienia, lecz także obowiązek udzielania pacjentom porad dotyczących leczenia i wyboru leków dostępnych bez recepty. Prywatyzacja aptek w Polsce i radykalny wzrost ich liczby, a jednocześnie ograniczenie dostępności do świadczeń publicznej opieki medycznej, w której obowiązują limity przyjęć pacjentów i długie kolejki pacjentów oczekujących na wizytę lekarską, spowodowały zmianę oblicza systemu świadczeń medycznych w naszym kraju. Wcześniejszą rolę Zespołów Opieki Zdrowotnej, poradni i przychodni przyszpitalnych, przejęły czynne przez kilkanaście godzin dziennie apteki, w których pacjenci mogą nie tylko uzyskać poradę zdrowotną w zakresie najbardziej podstawowych schorzeń, lecz także od razu zakupić leki. System ten został z konieczności zaakceptowany przez polskich pacjentów, którzy udając się po poradę do apteki i od razu kupując w niej lekarstwo oszczędzają (w swoim mniemaniu) zarówno czas, jak i pieniądze. Nie muszą „tracić” ich na uznawaną przez wielu z nich za zbędną wizytę w prywatnym gabinecie, za którą musieliby zapłacić, albo też czekać w długiej kolejce po bezpłatną poradę w systemie medycyny publicznej. Zwracają się po poradę do farmaceuty, który jest łatwo dostępny i udziela jej za darmo. Gdy pacjent ją uzyska, proces samoleczenia jest w jakiś sposób kontrolowany, a leki polecane przez farmaceutę są dobrane w sposób odpowiedni do deklarowanych przez pacjenta objawów.

Nie zawsze jednak tak się dzieje. W aptekach pojawia się bowiem wielu pacjentów, których terapia ma charakter samoleczenia opartego na autodiagnozie. Pacjenci ci nie poszukują porady farmaceuty, lecz sami wiedzą, co im dolega i jak powinni się leczyć. Tacy pacjenci nie zdają sobie sprawy ze związanych z samoleczeniem zagrożeń<sup>18</sup>, wynikających np. ze zbyt późnego rozpoznawania poważnych schorzeń, których objawy chory łagodzi przyjmowaniem środków przeciwbólowych,

<sup>17</sup> Por. B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 3, Wrocław 2017.

<sup>18</sup> Por.: K. Małolepsza-Jarmołowska, *Samoleczenie czy samoszkodzenie? Interakcje i ich niekorzystne skutki*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii...*, s. 97–108.

a także z zagrożenia rozprzestrzeniania się chorób epidemicznych, związanego z pozostawaniem w pracy osób chorych zakaźnie.

System świadczenia przez farmaceutów z wyższym wykształceniem podstawowego poradnictwa medycznego, połączony z możliwością zakupu odpowiednio dobranych leków, który miał w założeniu pełnić rolę pomocniczą wobec niewydolnego systemu medycyny publicznej w Polsce, przyjął obecnie rozmiary równoległego systemu świadczeń medycznych. Obecnie ponad 40% rynku leków w Polsce stanowią pełnopłatne i nier refundowane przez budżet państwa tak zwane leki OTC, suplementy diety i parafarmaceutyki. Polski rynek farmaceutyczny różni się w tym zakresie znacząco od rynku innych krajów Unii Europejskiej, w których obrót lekami nadal jest silnie reglamentowany i to pomimo tego, że ich społeczeństwa są przeciętnie lepiej wykształcone od naszego. W otwartym obrocie bez recepty są tam dostępne preparaty witaminowe, różnego rodzaju mieszanki ziołowe w postaci herbatek lub kropli, środki higieniczne i odkażające, a także szeroka gama odżywek i proste leki przeciwbólowe typu aspiryna lub apap. Wszystkie inne produkty muszą być nabywane na receptę, w tym powszechnie dostępne w Polsce (nawet w supermarketach) silne środki przeciwzapalne typu ibuprofen. Dostępne w Polsce leki OTC, parafarmaceutyki i suplementy diety są relatywnie droższe niż leki przepisywane na receptę, są jednak często samodzielnie wybierane przez pacjentów, którzy znają je z reklam, przesadnie zachwalających ich właściwości. W porównaniu do leków sprzedawanych na receptę efektywność terapeutyczna leków OTC i suplementów diety jest zawsze słabsza lub wątpliwa, sprzedawane są bowiem w niskich dawkach, by nie doprowadzić do wystąpienia u pacjenta komplikacji zdrowotnych lub nawet zgonu.

Nie jest to jednak wiedza, którą dysponują pacjenci, którzy odnoszą się do leków OTC i suplementów diety z zaufaniem. Dla porównania, jedno opakowanie zapisywanego na receptę skutecznego w chorobach bakteryjnych antybiotyku kosztuje przeciętnie kilkanaście złotych, a jedno opakowanie pastylek „na gardło” (bez sprecyzowania o jaki rodzaj choroby chodzi, jaka jest jej przyczyna itp.), często o wątpliwej skuteczności, kosztuje tyle samo, a często więcej. Zapisywane na receptę leki refundowane są podawane w ramach terapii celowanej i mają za zadanie zlikwidowanie przyczyny choroby, a nie tylko jej objawów, podczas gdy sprzedawane bez recepty leki OTC, suplementy diety i parafarmaceutyki najczęściej tylko łagodzą przykre dla pacjenta objawy, takie jak chrypka, ból czy gorączka, nie mogą jednak doprowadzić do wyleczenia schorzenia niosącego pacjentowi cierpienie.

W liberalnym modelu publicznej opieki medycznej nie jest to jednakże uważane za mankament. Zgodnie z zasadą ponoszenia przez obywatela (i jego rodzinę) pełnej odpowiedzialności za własne zdrowie polski ustawodawca zakłada, że pacjent poważniej chory poszuka jednak porady lekarza, nie poprzestając na samoleczeniu.

Zakłada się zarazem, że utrudnienie dostępu do bezpłatnych usług lekarskich ma doprowadzić do znacznego ograniczenia nakładów na refinansowanie leków dotowanych przez państwo i na świadczenia socjalne wynikające z przebywania pacjentów na zwolnieniach lekarskich. Gdyby dane schorzenie zostało zdiagnozowane przez lekarza zgodnie z obowiązującymi schematami diagnostyczno-terapeutycznymi, mogłoby to doprowadzić do udzielenia choremu kilku (lub więcej) dni zwolnienia, z nakazem przebywania w domu, oraz zalecenia przyjmowania skutecznych leków działających przyczynowo, częściowo refundowanych przez państwo ze środków budżetowych. To samo schorzenie samodzielnie zdiagnozowane przez pacjenta, który nie jest w stanie rozpoznać jego przyczyny, zostanie zdefiniowane jedynie w kategoriach objawowych. Pacjent sam zakupi pełnopłatne leki OTC lub suplementy diety, nie skorzysta ze zwolnienia lekarskiego i refundowanych leków na receptę. Będzie się „leczył” po pracy lub w weekendy, co – jak sądzą projektodawcy tego systemu – ma być dla budżetu tańsze. Tak jednak nie jest. Terapia objawowa nie jest bowiem w stanie zastąpić leczenia przyczynowego, a pogłębiające się dolegliwości pacjenta przyczynią się ostatecznie do pojawienia się poważnej choroby lub niepełnosprawności. Podejmowane tutaj kwestie są przedmiotem licznych badań i analiz, dotyczących oceny skutków szerokiego dostępu polskich pacjentów do leków OTC i parafarmaceutyków. Ostateczne rozstrzygnięcia sygnalizowanych w tym rozdziale problemów należeć będą do polskiego ustawodawcy, określającego ramy polityki zdrowotnej w naszym kraju na najbliższe lata.

Przedstawiony powyżej kontekst tworzy tło dla sygnalizowanego przez polskich farmaceutów jako częste i powszechne zjawisko przyjmowania przez polskich pacjentów produktów farmaceutycznych w ramach samoleczenia także ze względów niemedyceńskich. Powszechna i łatwa dostępność do leków sprzedawanych bez recepty, parafarmaceutyków i suplementów diety może stać się bowiem okazją do leczenia również schorzeń realnie nie istniejących, których objawy nie są odczuwane przez pacjentów głównie w kategoriach somatycznych. Pacjenci z takiej grupy podejmują „leczenie” w innym celu. Jest nim chęć osiągnięcia określonych korzyści społecznych, związanych z chorobą. Proces „chorowania” odbywa się tu publicznie, chory przeżywa swoje schorzenie w relacji z innymi osobami. Zażywanie leków jest jednym z elementów strategii życiowej chorego, mającej podtrzymać w opinii osób bliskich pacjentowi przekonanie, że jest on „chory naprawdę”. Zażywane przez pacjentów z tej grupy leki przyjmowane są czasem zgodnie z ich opisem farmakopealnym, a czasem nie. Nie jest to bowiem dla pacjenta istotne, ważne jest dla niego to, jak on sam owe skutki ocenia. Leki te „likwidują” bowiem objawy, których lekarze nie potwierdzają w badaniach klinicznych tego pacjenta. Nie mogą także wywierać realnego wpływu terapeutycznego w dawce, w której pacjent je przyjmuje. Dla pacjenta podstawowym elementem

jego strategii życiowej, w której gra rolę osoby „chorej”, istotne jest natomiast co innego: fakt, iż „jest widziany” przez otoczenie społeczne jako osoba „zażywająca leki”, a więc „naprawdę chora”. Ważne jest tylko, aby zażywane leki nie były przykre w użyciu, wywołujące uciążliwe skutki uboczne (np. ból głowy, biegunka). Pacjent nie powinien w zasadzie w ogóle odczuwać ich działania (np. pobudzającego lub nasennego, przeczyszczającego lub zapierającego, podwyższającego czy obniżającego ciśnienie itp.), dającego się w sposób wymierny zaobserwować. Z tego wynika wielka atencja omawianej grupy pacjentów do stosowania metod klinicznie niewymiernych, takich jak homeopatia, bioenergoterapia, kuracja przy pomocy „ustrukturyzowanej wody” albo biorezonansu. Skutków działania tych metod nie da się wykazać metodami medycyny klinicznej zgodnie z przyjmowaną w niej metodologią, można więc uznać, że nie istnieją. Jednak pacjenci wierzący w ich skuteczność po ich zastosowaniu „czują się lepiej”, a gdy nie mają do nich dostępu ich stan zdrowia się pogarsza, ponieważ wierzą, że ich dobrostan fizyczny jest kontrolowany dzięki ich stosowaniu.

Obserwując pacjentów, których stan zdrowia się poprawia („czują się lepiej”) w wyniku zastosowania metod terapii, których działania nie da się potwierdzić w sposób wymierny zgodnie ze współczesną metodologią medycyny klinicznej, albo pogarsza się („czują się gorzej”), gdy mają problemy z dotarciem do takich metod (zakupem produktów uznawanych przez nich za „lecnicze” albo „profilaktyczne”, wykonaniem zabiegów „lecniczych” albo „profilaktycznych”) doświadczony lekarz kliniczny powinien rozważyć w diagnozie, czy nie ma do czynienia z „wytwarzaniem objawów chorobowych” przez chorego. Istotnym elementem diagnozy powinny być w tym przypadku nie tylko badania podstawowych parametrów biologicznych, lecz także wywiad społeczny. Objawy „wytwarzane” przez pacjenta mają bardzo indywidualny charakter, pomimo tego, że wszyscy członkowie polskiego społeczeństwa posiadają pewien zasób wiedzy ogólnej, która nadaje im podstawową strukturę. „Wytwarzanie” objawów odbywa się w większości poza świadomością chorego, nie ma więc charakteru oszustwa. Pacjent naprawdę „czuje się chory”, a obraz choroby podlega strukturyzacji z zastosowaniem pojęć, które uważa on za właściwe dla opisu odczuwanych przez niego objawów. Zjawisko to występowało także we wcześniejszych epokach, w których za przyczyny powstawania chorób uważano zaburzenie równowagi humorów, czy wędrowkę macicy po organizmie. Pacjenci, którzy „źle się czuli” rozpoznawali u siebie schorzenia z wykorzystaniem tych kategorii. Obecnie w tej samej roli może wystąpić nowotwór, bakterie i wirusy, czy promieniowanie, są bowiem w takiej roli postrzegane przez nowoczesną medycynę i pacjenci wiedzą, że są to pojęcia uznawane przez lekarzy za realnie istniejące. Nie są one jednak rzeczywistą przyczyną schorzeń danego pacjenta, ponieważ nie potwierdziły tego badania kliniczne. Pacjent jednak ich

wynikom nie wierzy. Obraz choroby, na którą uważa że cierpi, pacjent wypracował sam, nie uwzględniając wyników badań klinicznych i opinii lekarzy<sup>19</sup>.

Dobór leków dostępnych bez recepty, a także suplementów diety, kupowanych w aptekach przez pacjentów na podstawie autodiagnozy, jest symptomatyczny. Stosując dany produkt pacjent opiera się na własnych przekonaniach dotyczących jego właściwości terapeutycznych, które kształtuje sobie na podstawie wiadomości uzyskanych od znajomych, rodziny, z reklam, a także z Internetu. Uznaje, że dany produkt posiada w swoim składzie czynniki „leczące jego chorobę”, i to nawet wtedy, gdy w opisie farmakopealnym nie ma zaleceń odpowiednich do zwalczanych za jego pomocą objawów.

Kupowane przez autodiagnostujących pacjentów produkty apteczne mają im pomagać nie tylko w zwalczaniu objawów chorobowych, lecz także w poprawie funkcjonowania społecznego. Są to przede wszystkim środki zwiększające koncentrację, łagodzące napięcie, poprawiające funkcje seksualne lub korygujące niedostatki urody. W polskich reklamach leków dominuje bowiem przekaz, zgodnie z którym warunkiem pomyślnego funkcjonowania społecznego jest samokontrola, sprawowana także za pomocą leków i innych produktów farmaceutycznych. Jako warunek dobrostanu fizycznego i psychicznego, a przede wszystkim społecznego, reklama promuje przyjmowanie środków łagodzących ból, opóźniających objawy starzenia, poprawiających urodę, łagodzących napięcie nerwowe, a przede wszystkim zwiększających produktywność. Wszystko to możemy mieć na wyciągnięcie ręki, wystarczy tylko przejść się do apteki. I chorzy, którzy „źle się czują” właśnie to robią.

Gdy jednak zalecane w reklamach środki nie pomagają, rodzi się reakcja z kręgu „syndromu niezgody na rzeczywistość”. Pacjenci nie przyjmują do wiadomości, że aby lepiej się poczuli konieczne jest przeprowadzenie dogłębnych badań diagnostycznych, odnalezienie przyczyn sprawiających im problemy dysfunkcji przez lekarza, a następnie poddanie się terapii właściwie dostosowanej do rodzaju schorzenia. Ich rozumowanie przebiega inaczej. Myślą, że skoro powszechnie stosowane przez innych, reklamowane w mediach jako nadzwyczajnie skuteczne leki im nie pomagają, to znaczy, że „ich choroba jest bardzo ciężka”, nie dająca się wyleczyć stosowanymi przez wielu innych pacjentów skutecznymi środkami. Poszukują więc środków innych, oryginalnych lub „dziwnych”, pochodzących z dalekich krajów lub bardzo drogich, ale przyjmują je na podstawie autodiagnozy. Zwykle nie prowadzi to do wyleczenia choroby, jeżeli ona realnie nie istnieje,

---

<sup>19</sup> Szerzej na ten temat por.: K. Nartowski, A. Wiela-Hojeńska, Ł. Łapiński, *Przyczyny i zagrożenia samoleczenia oraz przyjmowania suplementów diety*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii...*, s. 157–195; E. Grochowska-Niedworok, B. Całyniuk, *Suplementacja z punktu widzenia racjonalnego żywienia na przykładzie magnezu*, ibidem, s. 197–211.



lecz jest przez chorego tylko „wytwarzana”. Po krótkiej poprawie samopoczucia, następującej po zastosowaniu samodzielnie dobranych leków, którym pacjent ufa (która może być interpretowana w kategoriach efektu placebo), jego stan zdrowia się pogarsza. Niektórzy pacjenci uzyskują dłuższą poprawę w wyniku stosowania „dziwnych leków”, które następnie polecają innym. Czy można w tym widzieć jakieś zagrożenie? Tak, ponieważ terapia ta bywa kosztowna, może skłonić chorego do zaniechania regularnego wykonywania podstawowych badań kontrolnych i potwierdzenia swojego stanu zdrowia przez lekarza. Chory przekonany co do tego, że stosując „dziwne leki” jest bezpieczny, może nie zauważyć pierwszych objawów poważnych schorzeń, które byłyby w tej fazie uleczalne. Terapia kliniczna zaczęta za późno może okazać się już nieskuteczna.

W dalszej części rozdziału przedstawię czytelnikom kilka przykładów terapii opartych na autodiagnozie, których podstawą jest świadomość pacjenta oparta na „syndromie niezgody na rzeczywistość”. Sposoby interpretowania dokuczliwych objawów, na podstawie których pacjenci stwierdzają, że „źle się czują”, są niezgodne z medycyną kliniczną. W każdym wypadku należałoby zbadać, jakie przesłanki skłoniły chorego do wyboru tej właśnie koncepcji, którą uznał za wiarygodną. Badania nad ogólnymi preferencjami autodiagnostujących i własną aktywnością terapeutyczną pacjentów w zakresie wyboru metody leczenia są prowadzone w Europie od lat 70. XX w. Powinny być jednak oparte na większych niż dotąd próbach i winny zostać przeprowadzone przez zespoły badawcze, w których składzie znaleźli by się specjaliści z różnych dziedzin. Na pewno jednak indywidualne wybory pacjentów poszukujących metod leczenia poza medycyną kliniczną pozostają niezgodne z modelem społeczeństwa opartego na wiedzy, w którym wszyscy wykształceni obywatele państwa powinni zaakceptować i zastosować w praktyce przekazywane im poglądy specjalistów. Dla niektórych z tych obywateli, czasem nawet dobrze wykształconych, poglądy specjalistów nie są wiarygodne, naruszają ich system wartości, są sprzeczne z tradycją, której wagę uznają albo z ich osobistym interesem.

### **Przykłady „chorób” opartych na autodiagnozie i metod ich samodzielnego leczenia przez pacjentów**

Polscy autodiagnostujący pacjenci poszukują, kupują i przyjmują różnego rodzaju środki pozostające w związku z modnymi w danym okresie fobiami społecznymi o charakterze zdrowotnym. W Polsce należy do nich przede wszystkim fobia mogąca być zdefiniowana jako „ekologiczna”. Jest ona związana z przekonaniem o powszechnym zanieczyszczeniu środowiska naturalnego i powstającym na sku-

tek tego zatruciu organizmu przez toksyny. Pacjenci przyjmują więc – na podstawie ich własnego wyobrażenia choroby – kupowane w aptekach produkty moczopędne, uznając je za skuteczne w procesie „detoksykacji” lub „detoksu”. Stosują je niezgodnie z opisem farmakopealnym i zalecanymi dawkami, znacznie je przekraczając. Ich wyobrażenie o mechanizmie stosowanej terapii jest proste: przyjęcie dużej dawki środków moczopędnych oczyści organizm z toksyn. Gdy będzie już oczyszczony, powinien sam powrócić do naturalnej równowagi. Interpretacja obrazu choroby i mechanizmu terapii, uznawanych za realistyczne, nawiązuje do ogromnej popularności w polskim społeczeństwie, jeszcze w XIX w., uproszczonej wersji patologii humoralnej o starożytnym rodowodzie. Prawie do końca XIX w. wydawane były w dużych nakładach w języku polskim popularne poradniki, w których jako podstawowa metoda profilaktyki była przedstawiana metoda oczyszczania organizmu. Należało przyjmować, szczególnie na wiosnę, zioła wspomagające diurezę, aby w ten sposób oczyścić organizm ze zwarzonych humorów. Wystarczy podstawić pod to ostatnie pojęcie słowo toksyny, a uzyskujemy ten sam model choroby, i ten sam model terapii. Nadużywanie środków moczopędnych i przeczyszczających może doprowadzić jednak do poważnych schorzeń, nie prowadząc zarazem do subiektywnej poprawy stanu zdrowia. Poczucie „bycia zatrutym przez toksyny” może też w inny sposób oddziaływać na świadomość pacjenta. Może on w końcu uznać, że żadne metody detoksykacji już mu nie pomogą i całkowicie pogrąży się chorobie. Subiektywne przeświadczenia odnoszące się do własnego zdrowia słabo poddają się bowiem modyfikacji.

Odmianą „fobii intoksykacyjnej”, wymagającej oczyszczania organizmu, jest fobia związana z zagrożeniem stwarzanym przez robaki (parazytofobia). Obraz choroby opiera się tu na przekonaniu pacjenta, że może mieć w jelitach nawet do 2 kg robaków, które wpływają rujnująco na jego zdrowie. Ich ruchami, a nawet samą obecnością w jelitach, tłumaczy sobie wszystkie dysfunkcje układu pokarmowego, zaparcia, biegunki, czy bóle, a nawet krwawienia z odbytu. Zgodnie z tym obrazem choroby, za właściwą formę terapii pacjent uznaje przyjmowanie w dużych dawkach środków przeczyszczających, stosowanie lewatyw, a nawet tzw. „głębokie płukanie jelit”. Żadne badania kliniczne nie potwierdzają występowania we współczesnej Polsce poważnego zagrożenia chorobami wywoływanymi przez robaki, ani przeświadczeń chorych, że ich waga w organizmie może wynosić nawet do 2 kg. Autodiagnostujący pacjenci nie dają się jednak przekonać argumentom klinicystów i z lęku przez robakami i wywoływanymi przez nie chorobami doprowadzają do wyczerpania organizmu przez częste stosowanie środków przeczyszczających. Terapia tego rodzaju może mieć także inne niekorzystne skutki dla równowagi ustroju. Źródeł omawianego tu obrazu choroby także poszukiwać można w XIX-wiecznych popularnych poradnikach. W 2 połowie tego stulecia

robaczyce były rzeczywistym zagrożeniem wśród ludności wiejskiej. Publikowano więc w dużych nakładach poradniki, jak sobie z nimi poradzić. Poglądy z tych poradników zdołały się utrwalić wśród niektórych pacjentów i nadal kształtują ich świadomość zdrowotną.

Ostatnio upowszechnia się także obraz choroby związanej z „zakwaszeniem organizmu”, mającym rzekomo prowadzić do zgubnych skutków zdrowotnych. Ogarnięci lękiem przed „zakwaszeniem” autodiagnostujący pacjenci kupują w aptece dostępne bez recepty preparaty wapniowe lub moczopędne, w przekonaniu że ich działanie „wyrówna poziom kwasu i zasad” (dzięki działaniu wapna) lub usunie z organizmu groźne dla zdrowia „kwasy”. Stosowanie terapii „odkwaszającej” bez kontroli lekarza i na podstawie autodiagnozy może, jak w poprzednio omówionych przypadkach, prowadzić do ogólnego rozstroju organizmu. Źródeł tego obrazu choroby należy poszukiwać zarówno w pozostałościach XIX-wiecznych tradycji leczniczych, jak i we współczesnej kulturze popularnej i w Internecie.

Od ponad dekady pacjenci chętnie przyjmują w Polsce preparaty magnezowe, które są przedstawiane w reklamach niemal jako panaceum na wiele schorzeń somatycznych oraz środek profilaktyczny. Brak dostatecznego poziomu magnezu jest ukazywany w reklamie nie tylko jako źródło przykrych dolegliwości (skurcze łydek, bezsenność), lecz także jako przyczyna zaburzenia ważnych dla pacjenta relacji społecznych, wynikających z braku odpowiedniej koncentracji lub zwiększonego poziomu nerwowości. Pacjenci przyjmujący magnez bez wskazań lekarskich, wynikających ze stwierdzonego przez specjalistę niedoboru tego pierwiastka, oczekują, że poprawi on ich funkcjonowanie w pracy, przywróci zaburzoną koncentrację, zlikwiduje nerwowość, doda wiary we własne siły. Przyjmowanie magnezu jest także uznawane przez autodiagnostujących pacjentów za zdolne poprawić ich relacje społeczne w domu – np. zmęczona wielogodzinną pracą mama po zażyciu magnezu znajduje siłę aby bawić się z dziećmi, odrabiać z nimi lekcje, czy być miłą i atrakcyjną dla męża. Nadmiar magnezu, powstający w organizmie w wyniku samodzielnej suplementacji preparatami zawierającymi ten pierwiastek, może stanowić poważne zagrożenie zdrowia i życia. Jest to jednak wiedza pozostająca poza świadomością pacjentów.

Przedstawione powyżej przykłady przyjmowania na podstawie autodiagnozy wybranych produktów dostępnych w legalnym obrocie aptecznym mają bez wyjątku charakter szkodliwy dla zdrowia pacjentów. Obraz choroby, do którego dostosowane były omawianej wyżej „terapię”, nie ma nic wspólnego z rzeczywistością opisywaną w kategoriach klinicznych. Mogę tu tylko dodać, że wśród osób, u których zebrałam informacje na temat omawianych tu metod, byli również pacjenci legitymujący się wyższym wykształceniem technicznym i humanistycznym. Nie stanowiło to jednak dostatecznej bariery dla uznania zmytyzowanego obrazu cho-

roby i związanych z nim metod leczenia za wiarygodne. Podobne wyniki uzyskali także inni polscy autorzy, prowadzący badania nad upowszechnieniem irracjonalnych przekonań dotyczących własnego zdrowia stanowiących uzasadnienie dla stosowania metod profilaktyki i terapii. Możliwość uzyskania wiedzy w standardzie klinicznym nie jest więc jednoznaczna z uznaniem tej wiedzy za wiarygodną i użyteczną praktycznie w ochronie własnego zdrowia i życia.

### **Lęk przed chorobą i ucieczka w chorobę jako uwarunkowania stosowania wybranych metod terapii**

Chciałabym na zakończenie przedstawić wybrane przykłady przyjmowania produktów farmaceutycznych na podstawie autodiagnozy – używanych z lęku przed chorobą oraz w związku z mechanizmem ucieczki w chorobę, kiedy rola chorego wydaje się autodiagnostującym pacjentom bardziej bezpieczną i owocną, niż normalne życie, związane z różnego rodzaju obciążeniami zawodowymi i obowiązkami, w których pełnienie powinni być zaangażowani, a pragną tego uniknąć.

Do często spotykanych w Polsce lęków tego pierwszego typu należy kancerofobia, to jest lęk przed chorobą nowotworową, gdy każdy ból lub okresowe niedomaganie jakiegoś organu postrzega się jako początki raka. Schorzenie to występuje szczególnie często w rodzinach, w których już wcześniej zdarzały się przypadki chorób nowotworowych, a także w otoczeniu społecznym pacjentów chorych na nowotwory. Ponieważ w świadomości potocznej rak postrzegany jest jako powstający na skutek oddziaływania różnego rodzaju zanieczyszczeń, typowym rodzajem działań samoleczniczych jest kupowanie produktów moczopędnych i przeczyszczających, mających na celu oczyszczenie organizmu. Pacjenci autodiagnostujący u siebie chorobę nowotworową (niepotwierdzoną przez lekarza, do którego się nie zwracają np. z powodu braku zaufania do efektywności terapii prowadzonej w standardzie klinicznym) stosują także różnego rodzaju zioła dostępne w legalnym obrocie aptecznym, mieszając je w dowolny sposób, niezgodny z farmakopealnym opisem tych produktów. Stosowane przez tę grupę chorych niestandardowe mieszanki przyczyniają się do pogorszenia ich ogólnego stanu zdrowia. Wbrew potocznym przekonaniom, że „zioła nie szkodzą”, ponieważ należą do produktów naturalnych, mają one przecież określone właściwości farmakologiczne. Autodiagnostujący się pacjenci nie są ich świadomi. Stosowanie ziół niedostosowanych do ogólnego stanu organizmu, w zbyt dużych dawkach, w mieszankach nie uwzględniających występujących pomiędzy nimi interakcji, a także interakcji między ziołami a lekami zalecanymi przez lekarzy ogólnych albo dostępnymi bez recepty, dzieje się zawsze ze szkodą dla dobrostanu pacjenta. Terapia oparta na autodiagnozie

rzadko znajduje bowiem potwierdzenie w faktach klinicznych, a jej przypadkowy z punktu widzenia klinicznego charakter źle rokuje dla zdrowia pacjenta.

Innym rodzajem lęku przed chorobą degradującą funkcjonowanie człowieka zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, jest lęk przed chorobą psychiczną, w tym szczególnie przed depresją, której pojęcie uległo szerokiej popularyzacji. Terapia oparta na samodzielnie postawionej diagnozie „depresji” jest najczęstszą w Polsce formą reakcji na zauważane przez pacjentów zmiany ich stanu psychicznego, pojęcie to jest bowiem powszechnie znane, a na rynku środków leczniczych dostępnych bez recepty znajdują się m.in. niedrogie preparaty ziołowe, np. na bazie dziurawca. Nazwa tych preparatów utworzona została w ten sposób, aby kojarzyła się autodiagnostującym się pacjentom z nazwą znanej im choroby – depresji. Przykładem może tu być oferowany bez recepty Deprim. Pacjenci z tej grupy kupują na podstawie autodiagnozy „depresji” także inne dostępne w ofercie aptecznej leki ziołowe i suplementy diety, wybierając je na podstawie reklam oraz tzw. propagandy szeptanej. Ponieważ większość polskich pacjentów uważa podjęcie terapii psychiatrycznej a nawet psychologicznej za uwłaczające ich godności, niebezpieczne lub ułatwiające (potencjalnie) zwolnienie z pracy, w przypadku zaburzeń emocjonalnych podejmują ich terapię sami, na podstawie wiedzy uzyskiwanej z Internetu lub z reklam. Mają w polskich aptekach do dyspozycji szeroką gamę produktów odprężających psychicznie i krótkotrwale poprawiających nastrój, żaden z nich jednak nie może zostać uznany za skuteczny w terapii depresji potwierdzonej klinicznie. Jeżeli więc zaburzenia nastroju i ogólnej motoryki psychicznej mają rzeczywiście charakter depresji stwierdzanej w kategoriach klinicznych, autodiagnostujący się pacjenci wpadają w pułapkę błędnego koła. Nie podejmując profesjonalnej terapii, która w większości przypadków okazała by się skuteczna, leczą się sami za pomocą środków przez nich uznawanych za stosowne i stosują je w przypadkowych dawkach lub kombinacjach. Nie może to doprowadzić do uzyskania trwałej poprawy stanu zdrowia, a wręcz pogłębia występujące zaburzenia.

Kolejnym przykładem lęku przed chorobą, inicjującego podejmowanie działań samoleczniczych opartych na autodiagnozie, jest postrzeganie naturalnych etapów procesu starzenia się w kategoriach choroby. Powszechny w kulturze masowej kult piękna, szczególnie w przypadku kobiecego ciała, wywołuje u wielu kobiet niedługo po ukończeniu 30 roku życia fobie związane z wagą i wyglądem skóry, paznokci i włosów. Należy tu odróżnić zachowania lękowe od racjonalnych starań dojrzałych i starszych kobiet o dobry wygląd i jak najdłuższe zachowanie sprawności, podejmowanych jednak ze świadomością nieuchronności upływu czasu i stopniowego ograniczania sprawności i obiektywnej atrakcyjności fizycznej. Lękowe nastawienie do zmian związanych z wiekiem prowokuje wiele kobiet do różnych typów autodiagnozy, w których subiektywnie wyolbrzymiają pojawiające się u nich doleg-

liwości i tworzą z nich choroby oparte na określonej symptomatologii. Opisany tu proces nie jest właściwy wyłącznie dla kobiet, w tym starszejących się i starszych, lecz występuje u obu płci. Obraz choroby jest tworzony ze składanych ze sobą symptomów w ten sposób, aby umożliwić osobie doświadczającej tych symptomów przyjęcie roli pacjenta na podstawie autodiagnozy.

Doskonałą ilustracją tego zjawiska jest PMS<sup>20</sup>, tj. tzw. zespół napięcia przedmiesiączkowego, który jest podważany w kategoriach klinicznych jako realnie istniejące schorzenie powszechnie występujące wśród kobiet w wieku rozrodczym. W kategoriach klinicznych schorzenie to występuje jedynie u nielicznych kobiet i wymaga terapii hormonalnej prowadzonej pod kontrolą lekarza, za pomocą leków wypisywanych na receptę. Tzw. „kobieca choroba” została jednak wykorzystana przez przemysł farmaceutyczny, oferujący autodiagnostującym u siebie to schorzenie pacjentkom szereg produktów dostępnych bez recepty. Kobiety zażywają polecane im leki i suplementy, pomimo braku konieczności ich przyjmowania uzasadnianej przez względy kliniczne. Upowszechnienie PMS jako choroby o powszechnym zakresie występowania przyczyniło się bez wątpienia do wzrostu zysków koncernów farmaceutycznych oferujących produkty i suplementy diety bez recepty, nie wiązało się jednak z obiektywną poprawą stanu zdrowia kobiet. Wiele z nich bowiem, akceptując na podstawie autodiagnozy powszechność PMS, uznawało na podstawie kryteriów subiektywnych występowanie u siebie tego schorzenia, co stworzyło podstawę do systematycznego kupowania i stosowania produktów przemysłu farmaceutycznego, których stosowanie było obiektywnie zbędne. Wiąże się to z potencjalnym pogorszeniem zdrowia pacjentek, ponieważ przyjmowanie wszelkich substancji, których stosowanie jest uznawane w kategoriach klinicznych za zbędne (w tym witamin, mikroelementów itp.) nie jest działaniem obiektywnie prozdrowotnym.

Autodiagnostujące się pacjentki stanowią grupę szczególnie podatną na działania reklamowe producentów szerokiej gamy preparatów odchudzających, odmładzających, poprawiających wygląd i kondycję skóry, włosów i paznokci itp. Reklamy konstruowane są w ten sposób, że ich fabuła podkreśla wyłącznie negatywne aspekty starzenia się, koncentrując uwagę kobiety na jej wyglądzie, opisywanym w fabułach reklam nie jako źródło osobistej satysfakcji kobiety wynikające np. ze sprawności fizycznej, ale narzędzie umożliwiające kobiecie uzyskiwanie oczekiwanych przez nią korzyści społecznych, przede wszystkim w relacjach z mężczyznami. Podkreśla się w tych fabułach, że po 30 roku życia bez farmakologicznego, dietetycznego i kosmetycznego wspomaganie kobieta traci urodę, a z tym możliwością uzyskiwania tych korzyści. Reklamy budzą w podatnych na nie kobietach

---

<sup>20</sup> Por. T. Cyrkot, B. Orlicz, „Kobieca choroba” – PMS w kontekście hegemonii medycyny współczesnej, [w:] W. Piątkowski, B. Plonka-Syroka (red.), *op.cit.*, s. 293–314.

lęk społeczny, który jest przez nie neutralizowany przez zakup kolejnych produktów farmaceutycznych umożliwiających poprawę wyglądu lub utrwalenie jego istniejącego stanu. Zastrzeżenia farmaceutów do tego rodzaju praktyk, opartych na autodiagnozie identyfikującej nieuchronne efekty starzenia się w kategoriach choroby, rodzi to, że stosowane przez kobiety z omawianej grupy preparaty bywają przyjmowane niezgodnie z zaleceniami dotyczącymi dawek uznawanych za bezpieczne, bez wymaganych w opisach produktów przerw albo przez bardzo długi okres. Kobiety często też łączą omawiane preparaty poprawiające lub utrzymujące urodę ze środkami przeczyszczającymi i moczopędnymi. Osiągając w rezultacie pożądaną wagę nie uzyskują jednak poprawy wyglądu i ogólnego samopoczucia, np. ze względu na nieprawidłowy dobór przyjmowanych środków, odwodnienie, zaburzenia hormonalne itp. Autodiagnostujące się pacjentki nie reagują na niepowodzenie kuracji odmładzająco-upiększających zgłoszeniem się do lekarza pierwszego kontaktu z prośbą o skierowanie do sanatorium, nie zwracają się do dietetyka lub rehabilitanta albo do profesjonalnej kosmetyczki. Nie poszukują więc możliwości wsparcia dostępnych w standardzie medycyny klinicznej, który może być im realnie pomocny w utrzymaniu zdrowia, kondycji i urody. Pacjentki z tej grupy, kierowane lękiem przed starzeniem się diagnozowanym w kategorii choroby, na niepowodzenie autoterapii reagują zakupem następnych produktów aptecznych, często o silniejszym działaniu, i stosowaniem ich w jeszcze większych dawkach. Opisywana tu postawa przyczynia się do negatywnych efektów, ocenianych w kategoriach ogólnego dobrostanu pacjentek i wyników badań klinicznych. Ostatnim etapem tego rodzaju terapii opartej na autodiagnozie bywa uzależnienie od zabiegów i operacji kosmetycznych, mające destrukcyjne skutki dla pacjentek, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym.

Ostatnim przykładem autoterapii podejmowanej z lęku przed chorobą jest „leczenie” menopauzy. Niezależnie od pogorszenia funkcjonowania niektórych kobiet w tym okresie, związanego z naturalnym etapem w ich fizjologii<sup>21</sup>, menopauzy nie należy pojmować jako choroby. Jest tak jednak przedstawiana w mediach, rodząc tym samym potężne lęki w dużej części kobiecej populacji. Podobnie jak w przypadku zespołu napięcia przedmiesiączkowego (PMS), którego natężone objawy są dokuczliwe jedynie w niewielkiej statystycznie grupie kobiet, tak i menopauza przeżywana jest przez kobiety w sposób zróżnicowany. Jeżeli kobieta kontroluje regularnie swoje zdrowie i przyjmuje leki zalecane w razie rzeczywistej potrzeby przez lekarza może przeżyć ten okres bez większych obaw. Jeżeli jednak postrzega

---

<sup>21</sup> Właściwe ujęcie okresu menopauzy opisanej w kategoriach klinicznych, psychologicznych i społecznych przedstawia praca dr Catherine Berger-Amssek pt. *Kobieta na półmetku. Seksualność i relacje z partnerem w okresie menopauzy. Zerwać z tabu i żyć twórczo*, tłum. E. Merel, Warszawa 2005.

menopauzę jako ciężką i poważną chorobę, zagrażającą podstawom jej dotychczasowej egzystencji, zaburzającą wcześniejsze relacje społeczne i niosącą szereg nie dających się opanować dolegliwości, i nie udaje się z tymi lękami po poradę lekarską, ale poprzestaje na autodiagnozie, staje się nabywcą szerokiej gamy produktów mających ją wspomagać w tym okresie. Wielokrotnie się przy tym zdarza, że kobieta przyjmuje preparaty w sposób niezgodny z farmakopealnym opisem tych produktów. Przyjmuje ich więcej niż jest to opisane w ulotce, w nadziei, że będzie zdrowsza i ładniejsza, albo przyjmuje je dłużej niż to jest zalecane przez producenta, nie robiąc wymaganych przerw. Jej nastawienie do przyjmowania leków „na menopauzę” można określić mianem uzależnienia, każdorazowe przerwanie ich przyjmowania budzi w kobiecie lęk przed zestarzeniem się, utratą atrybutów kobiecości itp. Schyłkową fazą tego rodzaju postawy może być wspomniane wyżej uzależnienie od zabiegów i operacji kosmetycznych, a także przejście do systemu alternatywnej opieki terapeutycznej świadczonej poza standardem klinicznym, co zawsze bywa dla pacjentów niebezpieczne.

Przechodząc do przykładów samoleczenia podejmowanego w kontekście ucieczki w chorobę trudno jest wskazać określony typ diagnozy lub grupę leków, które są przez tę kategorię pacjentów preferowane. Gdy choroba jest przeżywana przez pacjenta jako wyzwolenie od trudów codziennego życia lub strategia pozwalająca na prowadzenie w miarę bezpiecznej, choć dość schematycznej, egzystencji, nie jest istotne przypisanie się przez pacjenta do określonej grupy diagnoz, ale samo stwierdzenie, że jest on „naprawdę chory”. Obraz choroby, który pacjent demonstruje na zewnątrz jako wiarygodny (by odgrywać rolę chorego pacjent musi mieć „widownię” – najczęściej członków rodziny) może składać się z elementów diagnozy klinicznej postawionej niegdyś przez lekarza (np. reumatyzm czy astma) lub dobranych samodzielnie przez pacjenta, na podstawie lektur, wiadomości z Internetu, lub wiedzy o objawach pewnej klasy chorób, wynikającej z ich wcześniejszego wystąpienia u członków bliższej lub dalszej rodziny. Wbrew wynikom badań klinicznych, zdaniem pacjenta „choroba się pogłębia”, czemu lekarze kliniczni nie potrafią zaradzić. Problem tej sytuacji polega na tym, że człowiek wchodzi w rolę poważnie chorego pacjenta pomimo tego, że nie da się stwierdzić u niego metodami klinicznymi objawów żadnego konkretnego schorzenia o złym rokowaniu lub ciężkiego stanu ogólnego. Hipertrofia oceny stanu zdrowia wynikająca z autodiagnozy wprowadza w biografię pacjenta elementy gry, którą rozgrywa on z otoczeniem społecznym. Człowiek autodiagnostujący się jako poważnie chory wymaga od tegoż otoczenia zmiany swojego statusu – zwolnienia z niektórych (albo z większości) obowiązków, zainteresowania, troski, opieki, wsparcia finansowego związanego z niezdolnością do wykonywania pracy zawodowej, miłości itp.



Dla uwiarygodnienia swojego nowego statusu autodiagnostujący pacjenci potrzebują widocznych elementów, uchwytnych przez otoczenie i wywołujących pożądaną przez pacjenta zmiany. Jednym z najważniejszych atrybutów statusu osoby chorej jest przyjmowanie leków, okazjonalne lub stałe. Człowiek chory nie przyjmujący systematycznie leków nie może być pewien swojego statusu względem otoczenia, może bowiem nie być przez nie uznany za osobę „naprawdę chorą”, a jedynie symulującą chorobę lub rozczulającą się nad sobą. Jeżeli natomiast przyjmuje jakieś leki, status pacjenta jako osoby „naprawdę chorej” ulega potwierdzeniu w świadomości jego bliskich. Autodiagnostujący się pacjenci często z samego faktu nabywania i przyjmowania leków czynią swego rodzaju rytuał, utwierdzający ich w roli osoby chorej. W odgrywanie tego rytuału są regularnie włączani małżonek, małżonka, rodzice, dzieci, a nawet dalsi krewni i sąsiedzi. Elementem tego rytuału jest udanie się do apteki, a czasem także sam zakup leków OTC oraz rozmowa z farmaceutą. Proces zakupu leków, w trakcie którego osoba spoza rodziny poważnie traktuje chorobę autodiagnostującego pacjenta, wydaje mu leki, o które prosi, a czasem udziela także profesjonalnych porad, ma dla tego pacjenta poważne znaczenie. Utwierdza go w roli osoby „naprawdę chorej”, której należą się miłość i opieka, która nie może zarabiać i pracować, która nie może wykonywać domowych obowiązków, bo „to jej szkodzi”, nie może wyjechać na wakacje do określonej okolicy, ponieważ „jest to dla niej groźne” itp. Czasami pacjenci z omawianej grupy jedynie towarzyszą osobom z rodziny w zakupie leków OTC. Sam zakup leku wykonuje córka lub syn „chorego”. Zwykle towarzyszy temu demonstracyjne objawianie przez pacjenta objawów różnego rodzaju dysfunkcji albo niepełnosprawności. Poszerza się bowiem „widownia”, wobec której pacjent prowadzi swoją grę.

Pacjent „uciekający w chorobę” osiąga w ten sposób pożądaną przez siebie status chorego. Zapewnia mu on szereg profitów, takich jak zwolnienie z codziennych obowiązków domowych, rezygnację z pracy, której wykonywanie jest „ponad jego siły”, budzi litość i przywiązanie osób bliskich, zmusza ich do częstszego z nim przebywania i udzielania mu różnych form pomocy. Odróżnienie odgrywania roli chorego związanej z ucieczką w chorobę od rzeczywistych zmagania z objawami choroby przewlekłej jest możliwe nie tylko dla lekarza klinicznego, lecz także dla badaczy interakcji społecznych obserwujących zjawiska związane z przyjmowaniem leków. Osoby realnie chore w kategoriach klinicznych, które poddają się regularnej terapii, przyjmują bowiem na ogół postawę prozdrowotną i na co dzień zachowują się bez ostentacji. Licząc na wyleczenie lub przynajmniej utrzymanie względnie dobrego stanu zdrowia, pragną zachować kontakty społeczne sprzed wystąpienia choroby, utrzymać się w pracy itp. Rola chorego przeszkadza im w osiągnięciu tych celów, ukazują się więc publicznie jako osoby względnie zdrowe, ale z określonym obszarem dysfunkcji, do których się przyznają, nie robiąc z nich

tajemnicy. Kierują uwagę otoczenia społecznego na pozostałą im – mimo choroby – sprawność i zdolność do osiągnięcia wybranych życiowych celów, z których zamierzają czerpać satysfakcję. Osoby z tej grupy zażywają na ogół leki w ukryciu, nie czyniąc z tego działania podstawy do wytworzenia się związanego z terapią rytuału. Zażywanie leków traktują jako jeden z naturalnych zabiegów prozdrowotnych czy higienicznych, podobnie jak mycie zębów albo czyszczenie protez, który wykonuje się w samotności lub w ukryciu. Osoby chore, których proces leczenia przebiega prawidłowo, na ogół dbają o swój wygląd zewnętrzny, podejmując starania, aby jak najbardziej zbliżył się do naturalnego w ich grupie wiekowej i towarzyskiej.

Inaczej przeżywają chorobę pacjenci, których stan chorobowy został rozpoznany na podstawie autodiagnozy. Często czynią z przyjmowania leków publiczny rytuał o sztywnych zasadach, dający dodatkową okazję do społecznego zademonstrowania skali dolegliwości. Pacjenci zdiagnozowani w kategoriach klinicznych i pozostający pod stałą opieką lekarza godzą się zwykle bez większych oporów na zmianę zalecanego przez lekarza leku, wierząc, iż może być bardziej skuteczny, czy mniej szkodliwy, i ogólnie współpracują z lekarzem w zakresie wyboru form terapii. Pacjenci z grupy autodiagnostycznej bywają natomiast mało skłonni do zmiany produktu farmaceutycznego, do którego się przywiązali i którego przyjmowanie zostało w ich świadomości poddane procesowi rytualizacji. Nie godzą się na jego odstawienie i zastąpienie innym, ponieważ zdążyli już się zorientować, że skutki działania przyjmowanego leku (lub innych produktów aptecznych) są zasadniczo dla nich bezpieczne. Nie chcą ich zmieniać, ponieważ obawiają się że nowy lek (lub produkt) może mieć niebezpieczne dla nich działanie. Nie mogą o to zapytać lekarza, ponieważ z nim nie współpracują i sposób własnej kuracji określają sami. Nie wierzą także ulotkom towarzyszącym opakowaniom leków, ponieważ nie uznają ich za wiarygodne (nie są bowiem „dostosowane do ich choroby”, którą postrzegają jako przypadek unikalny). Boją się więc ryzykować zmianę leku. I nie ryzykują. Kupują przez wiele lat ten sam produkt lub grupę produktów i przypisują mu (im) wielką skuteczność terapeutyczną.

Warto też zauważyć, że u osób, które uciekają w chorobę ze względu na oczekiwane korzyści społeczne, także terapia prowadzona pod nadzorem lekarza ma znamiona autoterapii. Pacjenci modyfikują bowiem zalecenia lekarza, pomijają niektóre zapisywane przez niego leki, dodają do nich nowe kupowane bez recepty, zmieniają dawki, itp. Podobnie jak autodiagnostujący pacjenci przez długi okres stosują jeden lub kilka samodzielnie dobranych środków, którym przypisują nadzwyczajną skuteczność. W przypadku ucieczki w chorobę trudno jest wskazać na jedną grupę produktów farmaceutycznych, która może stać się świadectwem realnego istnienia choroby, o co pacjenci z tej grupy zabiegają. Występują wśród

nich często jednak produkty przeciwbólowe, ponieważ ból – niezależnie od jego przyczyny – jest objawem społecznie zrozumiałym i demonstrowany przez pacjenta może przyczynić się do wdrażania z powodzeniem jego życiowej strategii – odgrywania roli osoby chorej.

## **Podsumowanie**

Podsumowując niniejsze rozważania chciałabym stwierdzić, że stosowanie przez pacjentów szerokiej gamy produktów farmaceutycznych dostępnych w Polsce bez recepty, zarówno leków OTC, jak i parafarmaceutyków i suplementów diety, na podstawie autodiagnozy ocenić należy jako niebezpieczne zarówno dla pojedynczego pacjenta, jak i dla większej grupy i populacji, do której pacjent ten należy. Wszystkie środki sprzedawane w aptekach, poza homeopatycznymi, mają bowiem realne działanie farmakologiczne. Mają wyraźnie określone wskazania i przeciwwskazania, a także czas stosowania oraz dawki. W świadomości pacjentów przyjmujących te produkty na podstawie autodiagnozy albo ze względów nieuzasadnionych klinicznie, lecz będących wyrazem określonej strategii życiowej (np. wymuszania troski i opieki, świadczeń finansowych), wiedza o realnych działaniach przyjmowanych przez nich produktów jest na ogół znikoma. Elementy tej wiedzy czerpane z mediów, reklam, przekazu rodzinnego i sąsiedzkiego, nie mają na ogół rzetelnych podstaw w faktach.

Problem autodiagnozy i samoleczenia staje się we współczesnej Polsce poważną kwestią wymagającą rozwiązań strukturalnych. Wg badań prof. Włodzimierza Piątkowskiego tylko ok. 20% polskich pacjentów w przypadku wystąpienia objawów choroby zwraca się po pomoc do lekarza. Czynią tak najczęściej osoby zamożniejsze, dobrze wykształcone, pracujące i zamieszkałe w miastach. W pozostałych grupach społecznych dominuje w Polsce samoleczenie, oparte zarówno na okazjonalnie stawianej przez lekarza pierwszego kontaktu diagnozie, jak i na autodiagnostyce opartej na przypadkowych kryteriach.

Lekarze pierwszego kontaktu mają w związku z tym poważne problemy w prowadzeniu terapii dużej liczby chorych, ponieważ autodiagnostujący pacjenci przyjmują obok zalecanej terapii klinicznej także inne środki, stosowane wg własnego uznania, zgłaszają się na leczenie za późno, gdy choroba ma już charakter bardzo zaawansowany, przerywają leczenie kliniczne i zastępują je środkami dobranymi wg własnego uznania.

Jedyną możliwością przezwyciężenia problemów związanych z upowszechnieniem praktyk samoleczniczych opartych na autodiagnozie jest rzetelna edukacja zdrowotna w programie szkoły na poziomie przedmaturalnym, stanowiąca pod-

stawę dla dalszych działań samokształceniowych podejmowanych pod nadzorem lekarza rodzinnego. Aby działania te były skuteczne, konieczne jest przygotowanie literatury edukacyjnej, możliwej do nabycia w księgarniach, a być może i w przychodniach POZ, z której chorzy i ich rodziny mogliby uzyskać rzetelną wiedzę dotyczącą chorób, na które cierpią.

Zmniejszenie odsetka autodiagnostujących pacjentów i ograniczenie skutków społecznych samoleczenia będzie jednak w Polsce możliwe nie w wyniku działań edukacyjnych, ale w wyniku realnej poprawy dostępności do świadczeń medycznych w systemie medycyny publicznej także w mniejszych miastach i na wsi, gdzie zjawiska te występują w najszerszym zakresie. Działania w tym zakresie powinny być podjęte na poziomie centralnym i finansowane ze środków budżetowych.



## Rozdział 8

# Rola farmaceuty w upowszechnianiu efektywnych i racjonalnych modeli wsparcia społecznego pacjentów chorych przewlekle (na przykładzie choroby nowotworowej)

*Salus aegroti suprema lex esto*  
Hipokrates

### Wprowadzenie

Postępy medycyny w terapii chorób nowotworowych, a przede wszystkim ich wcześniejsze wykrywanie u pacjentów, związane z upowszechnieniem badań przesiewowych i samodzielnym zgłaszaniem się chorych na badania diagnostyczne sprawiły, że należałoby podejść na nowo do stworzonych już dawno temu teorii dotyczących postępowania z chorymi na nowotwory. Postępowanie to opierało się na założeniu, że są to choroby nieuleczalne, o względnie krótkotrwałym przebiegu, w których od momentu postawienia diagnozy do czasu śmierci pacjenta mija zazwyczaj mniej niż pięć lat. Tymczasem w latach 20. XXI w. tego rodzaju założenie nie wydaje się uzasadnione. Wczesna diagnostyka nowotworów i wdrożenie bardziej efektywnych niż pół wieku temu metod terapii nie tylko znacznie wydłużyły życie pacjentów, lecz wielu z nich umożliwiły wyleczenie. Diagnoza choroby nowotworowej dla wszystkich chorych jest jednak nadal poważnym przeżyciem, z którym nie powinni zmagać się sami. Współczesna humanistyka rozważa związane z tym kwestie zarówno na poziomie teoretycznym, jak i praktycznym<sup>1</sup>. W poświęconych problematyce nowotworów publikacjach coraz więcej badaczy traktuje je jako choroby przewlekłe. Należałoby więc zastanowić się, czy wszystkie strategie radzenia sobie z tymi chorobami, popularyzowane wśród pacjentów uznać

<sup>1</sup> Por. D. Penkala-Gawęcka, *Kulturowe wymiary zdrowia, choroby i leczenia w świetle badań antropologii medycznej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 1, Wrocław 2008, s. 19–34; eadem, *Antropologia medyczna dzisiaj: kontynuacje, nowe nurty, perspektywy badawcze*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław 2008, s. 219–441; B. Płonka-Syroka, *Antropologia medycyny – geneza i pole badań*, [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Lublin 2010, s. 181–193.

należy za nadal efektywne<sup>2</sup>. Chory, którego stan ogólny szybko się pogarsza i nie ma nadziei na wyleczenie oczekuje bowiem innych form wsparcia niż ten, którego całkowicie udało się wyleczyć (ale choroba była dla niego poważnym wstrząsem), albo taki, który będzie zmagał się z chorobą przez wiele lat. W niniejszym rozdziale chciałabym rozważyć kilka kwestii, związanych z wydłużeniem życia pacjentów na choroby nowotworowe oraz poddać ocenie kilka wybranych metod wsparcia, które umożliwią im poradzenie sobie z nowotworem jako chorobą przewlekłą.

Na wstępie pragnę przytoczyć dane statystyczne odnoszące się do sytuacji demograficznej polskiego społeczeństwa. Zgodnie z definicją Organizacji Narodów Zjednoczonych uznaje się za stare te społeczeństwa, w których odsetek osób, które przekroczyły 65 rok życia jest wyższy niż 7%. Tę granicę Polska przekroczyła już dawno, w 2011 r. w wieku powyżej 65 lat było już 5 mln obywateli, co stanowi 14% populacji kraju. Obecnie w grupie tej znajduje się już ok. 9 mln Polaków. Według szacunków demografów w 2030 r. w tej grupie wiekowej znajdzie się już 25% polskiego społeczeństwa, co oznaczać będzie zrównanie z sytuacją demograficzną w Europie Zachodniej, którą cechują wydłużenie przeciętnej trwałości ludzkiego życia powyżej 80 lat, występowanie w populacji stosunkowo wielu osób około 90-letnich, zmniejszenie dzietności rodzin i zwiększenie migracji młodych ludzi w wieku produkcyjnym za pracę nie tylko w inne regiony kraju, lecz także do innych państw. Pojawi się w związku z tym zjawisko podziału osób w wieku powyżej 50 lat na dwie grupy, z których pierwsza będzie zamieszkiwała samodzielnie, natomiast druga wraz z dziećmi albo rodzicami. W tej pierwszej grupie znaczący odsetek stanowić będą osoby wymagające stałej lub okresowej instytucjonalnej opieki świadczonej nie ze względów ekonomicznych (w grupie tej będą bowiem występować liczne osoby o średnich i wysokich dochodach), lecz związanej z pogarszającym się z wiekiem stanem zdrowia. Dla zaspokojenia potrzeb tej grupy osób należałoby zorganizować, na wzór krajów Europy Zachodniej, różne rodzaje instytucjonalnej opieki, takie jak np. tzw. mieszkania nadzorowane, zapewniające lokatorom domu dla osób starszych całodobową opiekę pielęgniarstwa i łatwy dostęp do opieki lekarskiej, lub instytucję asystenta zdrowotnego (również już istniejącą w Europie), który towarzyszył by osobom chorym w długotrwałej chorobie, organizując badania lekarskie, zapewniając dostęp do psychologa itp. Drugą grupę tworzyć będą osoby zamieszkujące wraz z rodziną, dla których również należałoby

---

<sup>2</sup> Szerzej na temat potrzeby wsparcia społecznego u pacjentów z chorobą nowotworową oraz wpływu poziomu jej zaspokojenia na przebieg terapii i samopoczucie pacjenta por. H. Wierciński, *Formy zarządzania przyszłością i niepewnością w środowisku osób dotkniętych chorobą nowotworową*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 6, Wrocław 2012, s. 273–296.

stworzyć instytucjonalne formy wsparcia, jeżeli w strukturze rodziny znajduje się osoba przewlekle chora, nie tylko na chorobę nowotworową. Tego rodzaju system praktycznie dotąd w Polsce nie istnieje, mimo że w teorii skonstruowano jego załączki. Rodziny osób chorych przewlekle uzyskują w naszym kraju niezadowalający poziom pomocy, wymaga się za to od nich heroicznego wsparcia udzielanego chorym. Prognoza, w której przyjmujemy, że wielu chorych na choroby nowotworowe będzie z nimi żyło względnie długo i że zostaną one z czasem zaliczone do grupy chorób przewlekłych, o ile potraktujemy ją poważnie – jak rzeczywistość, która wkrótce stanie się prawdopodobna (ze względu na to, iż w krajach o podobnym do naszego poziomie rozwoju kulturowego już obecnie jest rzeczywistością), stawia przed organizatorami publicznej opieki medycznej ogromne zadanie, którego nie da się efektywnie wykonać bez właściwego zaplanowania i rozmieszczenia środków, które mogą być na ten cel przeznaczone z funduszków publicznych.

Dlaczego można postawić prognozę, iż o chorobach nowotworowych będziemy w przyszłości w Polsce myśleli w kategoriach chorób przewlekłych, a nie nagłych, kończących się dla pacjenta szybkim zgonem? W odpowiedzi na to pytanie odwołać się możemy do danych statystycznych odnoszących się do śmiertelności w Unii Europejskiej pacjentów zapadających na najczęściej niegdyś występujące nowotwory. Należy do nich np. rak szyjki macicy, który jako choroba śmiertelna wśród polskich pacjentek nadal licznie występuje, z powodu braku ich gotowości (a nie braku dostępu) do poddawania się badaniom profilaktycznym. W Europie zachodniej choroba ta została już praktycznie opanowana jako zagrożenie w skali populacji, gdyż wcześniej wykrywana w wyniku badań profilaktycznych poddawana jest skutecznej terapii. Podobnie rak piersi, u nas nadal będący w skali roku przyczyną tysięcy zgonów kobiet, w Europie zachodniej został już prawie wyeliminowany jako zagrożenie masowe. Stało się to w efekcie przeznaczenia znacznych środków publicznych na profilaktykę i edukację pacjentów, na poddawanie się kobiet systematycznym badaniom profilaktycznym oraz ze względu na szybki dostęp do refundowanej terapii. Możliwość dostępu do badań profilaktycznych oraz masowe korzystanie z nich przez pacjentki spowodowały, że wyżej wymienione choroby nie są już w Europie zachodniej powszechnym zagrożeniem. Działania w skali państwa i wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa doprowadziły do zmiany statusu tych chorób nowotworowych, tak jak to się wcześniej stało w przypadku gruźlicy, której przyczyny poznano w końcu XIX w., a jako chorobę masową opanowano w Europie w 2 poł. XX w., wraz z wprowadzeniem do terapii antybiotyków, a do profilaktyki masowych badań przesiewowych, szczepień ochronnych i prześwietleń RTG.

Efektywność terapii wcześniej rozpoznawanych chorób nowotworowych doprowadziła jednakże do powstania nowej kategorii potrzeb pacjentów, oczekujących



wsparcia społecznego. Grupę tę łączy traumatyczne doświadczenie onkologicznej diagnozy i jej skutki, których doświadczać będą przez dalsze życie – takie jak mastektomia, jedno – lub obustronna, bezpłodność w wyniku usunięcia narządów rodnych, operacyjnie wywołana menopauza, a także nadwaga, którą niektóre pacjentki traktować mogą jako poważną dolegliwość, w istotny sposób zaburzającą ich relacje rodzinne i funkcjonowanie społeczne. Niedocenianie przez pracowników służby zdrowia psychologicznych potrzeb pacjentek, u których objawy choroby nowotworowej zostały wyleczone, wynika najczęściej z tego, że lekarze z klinicznego punktu widzenia uznają te pacjentki za zdrowe lub dopiero w przyszłości (i to nie na pewno) zagrożone wznowieniem choroby nowotworowej.

Ograniczenie najczęściej występujących typów chorób nowotworowych w populacji (u mężczyzn raka prostaty, żołądka, wątroby i płuc) doprowadzi do ich zastąpienia w statystykach przez bardziej zróżnicowane jednostki chorobowe, o różnej etiologii. Należy szacować, że wraz ze wzrostem ogólnej kultury medycznej społeczeństwa, której przejawem będzie systematyczne poddawanie się badaniom profilaktycznym, pomimo względnie dobrego samopoczucia i nie odczuwania żadnych objawów choroby, a także natychmiastowe zgłaszanie się do lekarza i poddawanie się leczeniu w przypadku zauważenia niepokojących objawów chorobowych, nastąpi – jak na zachodzie Europy – upowszechnienie rozpoznawania chorób nowotworowych w ich wczesnych stadiach, dające szanse na efektywną terapię. Takiej postawie pacjentów wyjść jednak musi naprzeciw publiczny system opieki zdrowotnej, którego organizacja opierać się powinna na zasadach powszechnego dostępu pacjentów do diagnostyki chorób nowotworowych, do skutecznej i bezpłatnej terapii, a wcześniej – do powszechnych programów profilaktycznych i edukacji zdrowotnej.

Przedstawiając optymistyczną prognozę dotyczącą ograniczenia śmiertelności w polskiej populacji pacjentów z chorobą nowotworową, chciałabym zwrócić uwagę na fakt, iż zasygnalizowane wyżej procesy zachodzą w Polsce już obecnie. Mamy już bowiem do czynienia z pojawieniem się dużej grupy pacjentów, dla których wystąpienie choroby nowotworowej – jednorazowe lub w kilku rzutach – stanowiło jedynie epizod w biografii. Jest to grupa licząca setki tysięcy „byłych chorych”. I to pojęcie pragnęłabym właśnie problematyzować stawiając jako kwestię do dyskusji – czy w ogóle w odniesieniu do chorób nowotworowych możemy posługiwać się tym pojęciem? Czy doświadczając w wymiarze osobistym, rodzinnym i zawodowym diagnozy choroby nowotworowej i zmagając się z jej przebiegiem, naznaczonym cierpieniem fizycznym, lękiem społecznym, egzystencjalnym, a nierzadko i metafizycznym, zmagając się z uciążliwościami diagnostyki i terapii lub czekając na jej wdrożenie, można przeżyć to doświadczenie choroby w taki sposób, że nie pozostawiło by to żadnych śladów w biografii? Nie zaważyło na dalszym przebiegu życia, na relacjach z bliskimi i na oczekiwaniach wobec nich

wyrażanych? W literaturze przedmiotu występuje w tej kwestii kilka stanowisk, z których niektóre chciałabym tu przypomnieć. Poznanie tych stanowisk przez studentów farmacji pozwoli im ukształtować sobie własny pogląd na ich temat, a także wprowadzić go we własnej praktyce zawodowej. Farmaceuta spotka się bowiem zapewne w swojej pracy zawodowej z problemami osób chorych na choroby nowotworowe i ich rodzin. Powinien w związku z tym dysponować wiedzą, którą będzie mógł w tym przypadku wykorzystać dla dobra pacjenta.

## **Model Elisabeth Kübler-Ross i jego krytyka**

Pierwszy i najstarszy model systemowego wspierania osób chorych na chorobę nowotworową wiąże się z badaniami amerykańskiej lekarski dr Elisabeth Kübler-Ross, która po II wojnie światowej prowadziła badania nad umieraniem. Opracowany przez nią model wsparcia był dostosowany do ówczesnego standardu medycyny<sup>3</sup>. Pacjenci z chorobą nowotworową stanowili szczególnie interesujący obiekt badań, ponieważ śmierć spotykała ich w środku życia, o wiele lat wcześniej niż ich rówieśników, a poprzedzał ją zaledwie kilkumiesięczny (lub rzadziej kilkuletni) okres choroby o terminalnym rokowaniu. Trwał on od momentu wystąpienia u chorego uciążliwych objawów, które skłoniły go do udania się do lekarza, poprzez etap postawienia diagnozy nowotworu, następnie narastania cierpienia do wywołanej chorobą śmierci. Zgodnie ze stanem wiedzy medycznej owych czasów, który nie dawał pacjentom z chorobą nowotworową dłuższych szans na przeżycie, dr Elisabeth Kübler-Ross określiła zasadniczy kierunek systemowego wsparcia, jakie może i powinno być udzielane tej grupie chorych – jako pomoc w umieraniu. Analizując w szczególności jej wyobrażenia o przeżyciach pacjentów chorych na chorobę nowotworową, opisane w kilku wydanych przez nią książkach, dostrzec możemy tendencję do ich uporządkowania na wzór opisów klinicznych. W psychice osoby chorej występować miały, wg tej autorki, charakterystyczne, następujące po sobie etapy, z których pierwszym miał być szok związany z diagnozą, a następnie zaprzeczanie chorobie, targowanie się o życie, aż do etapu rezygnacji, zakończonego śmiercią pacjenta. Ponieważ liczne obserwacje kliniczne nie potwierdzały opisywanej przez autorkę stadialności, zmodyfikowała ona oryginalną postać swej koncepcji godząc się na przesuwanie się przez pacjenta w obu kierunkach strzałki czasu, tak w kierunku z nią zgodnym, jak i przeciwnym, kiedy ponownie pacjent miał powracać do jednego z wcześniejszych etapów reagowania na chorobę.

---

<sup>3</sup> E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżał-Nawrocka, Warszawa 1979; eadem, *Pytania i odpowiedzi na temat śmierci i umierania*, tłum. K. Sobiepanek-Szczęsna, b.m. 2010; eadem, *Koło życia. Rozważania o życiu i umieraniu*, tłum. J. Korpanty, b.m. 2010.

Jak Kübler-Ross wyobrażała sobie pomoc choremu, opisanemu przez koncepcję stadiów umierania? Musimy naprzód odpowiedzieć sobie na pytanie, co w jej ujęciu miało być celem tej pomocy, a potem rozważyć zalecane przez nią środki. Otóż za cel wszelkich działań mających prowadzić do udzielenia pacjentowi wsparcia autorka uznała uzyskanie pogodzenia się przez pacjenta z nieuchronnością własnej śmierci. Należało w tym celu doprowadzić do dekonstrukcji spistości jego świadomości osobowej, do wyróżnienia w niej elementów „ziemskich” i cielesnych oraz „nieziemskich” i metafizycznych. Towarzyszący pacjentowi lekarz, pielęgniarka, psychiatra lub psycholog miał, zdaniem autorki, wytworzyć u pacjenta z chorobą nowotworową, której diagnoza miała charakter potwierdzony, postawę odrzucenia wszystkiego, co było dotąd dla niego podstawą egzystencji, to jest zarówno relacji osobowych, takich jak miłość do współmałżonka, rodziców albo dzieci, jak zaangażowanie w podejmowane wcześniej działania zespołowe (nawiązane zarówno w związku z wykonywaniem pracy zawodowej, jak i traktowane jako hobby). Pacjentom należało wg Kübler-Ross ułatwić oderwanie się od wszelkich rodzajów dotychczasowej aktywności, które stanowiły dla nich źródło życiowej satysfakcji (takich jak kariera zawodowa, posiadane dobra materialne, czy dzieła sztuki). Wg lekarki tylko odrywając się od życia człowiek będzie mógł zgodzić się na szybką i nieuchronną destrukcję swego ciała, nie walczyć z nieuchronnością śmierci, nie podejmować starań wiodących do zachowania życia, w tym mających na celu zahamowanie lub ukrycie postępującego oszpecenia związanego z chorobą nowotworową.

Towarzyszenie w umieraniu pacjentowi choremu na nowotwór w ujęciu Kübler-Ross miało prowadzić do głębokiego przetransformowania psychiki pacjenta. Celem tych działań było uzyskanie subiektywnej zgody pacjenta na szybką i nieuchronną śmierć niedługo po potwierdzeniu diagnozy nowotworu. Pacjent miał prawo jedynie walczyć z bólem, a jeżeli nie było to możliwe, lekarz powinien był skłonić chorego do akceptacji nieuchronności bólu.

W książkach Elisabeth Kübler-Ross z jawną krytyką i dezaprobatą spotykają się wszystkie reakcje psychologiczne pacjentów, niezgodne z postulowanym przez nią modelem stadiów reagowania na chorobę nowotworową oraz przejawy oporu pacjenta przed wdrożeniem w życie zalecanych przez nią porad psychologicznych. Kübler-Ross oceniała negatywnie sytuację, w której na wieść o diagnozie choroby nowotworowej u pacjenta nie wystąpiły objawy depresji, albo też pacjent próbował podejmować walkę z chorobą, w jej przekonaniu i tak nieuchronnie kończąca się porażką. Wg tej lekarki było też negatywną reakcją pacjenta na diagnozę choroby nowotworowej odczuwanie poczucia przywiązania do dotychczasowego życia, poczucia satysfakcji z jego dotychczasowego przebiegu, pogłębienie relacji uczuciowych z rodziną itp. Kübler-Ross uważa takie reakcje za wyraz niedojrzałości psychologicznej osób, które zachorowały na nowotwór, za dążenie do wyparcia

objawów chorobowych, które i tak nie zatrzyma procesu chorobowego i nie zahamuje procesu umierania na nowotwór. Wg jej poglądów wyrazem dojrzałej reakcji pacjenta na diagnozę nowotworu powinna być świadoma zgoda na śmierć i odizolowanie się od wszystkich ziemskich przywiązań. Jej zdaniem, tak człowiekowi łatwiej jest umierać, skoro jest to nieuchronne.

Podobnie lekarka ocenia starania personelu medycznego zmierzające do podtrzymania psychicznego pacjentów, polegające na ukazaniu im wartości ich dotychczasowego życia, efektów wykonanej pracy, urodzenia i dobrego wychowania dzieci, dla większości ludzi zdrowych będących głównymi źródłami satysfakcji. Potępia także pomoc pacjentom udzielaną przez personel medyczny w ich dążeniu do zachowania godności osobistej, osiąganą przez utrzymanie tak długo, jak to jest możliwe, estetycznego wyglądu i zapachu ciała, a także zachowanie estetycznego (domowego) wyglądu pomieszczeń szpitalnych. To wszystko autorka uważa nie tylko za zbędne, ale wręcz szkodliwe dla chorych, bo oferuje im różne rodzaje oszustwa, które w perspektywie szybko i nieuchronnie następującej śmierci czynią pacjenta nie gotowym na jej przyjęcie.

W świetle dzisiejszego stosunku do osób w zaawansowanym wieku, w tym także chorych terminalnie nie tylko na choroby nowotworowe, można się zastanowić nad celowością popularyzacji w Polsce kontrowersyjnych poglądów tej lekarki. Pierwsze polskie wydanie jej książki pt. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, opublikowane w 1979 r. w wydawnictwie PAX, wydawało się jeszcze zgodne z tragiczną statystyką umieralności chorych na choroby nowotworowe, którym ówczesna medycyna nie mogła zbyt wiele oferować. Od czasu powstania angielskich wersji jej książek, które zostały opublikowane w latach 60. XX w., na podstawie badań prowadzonych w latach 50. minionego stulecia, minęło jednak ponad pół wieku, a w medycynie klinicznej jest to cała epoka, w tym także w onkologii. Obecnie istnieje już po postawieniu diagnozy choroby onkologicznej znacznie większa niż, w latach 50. czy 60. XX w. szansa na jej przeżycie, a nawet na całkowite wyleczenie. Chorym powinno się w związku z tym oferować wsparcie dostosowane do ich potrzeb, a nie skłaniać ich do postawy rezygnacji z życia i zgody na szybką śmierć. Może się bowiem zdarzyć, że wyleczeni z choroby nowotworowej pod względem klinicznym, pozostaną w sposób trwały naznaczeni przeżyciem urazu jatrogennego, związanego nie tylko z diagnozą, lecz także z opartą na niewłaściwych podstawach próbą „udzielenia pomocy” psychologicznej, zgodnie z modelem stworzonym w książkach amerykańskiej lekarki.

Szerokie spopularyzowanie poglądów Elisabeth Kübler-Ross w latach 60. XX w. w zachodniej medycynie onkologicznej umożliwiło lekarzom klinicystom ich weryfikację, której wspomniane poglądy pomyślnie nie przeszły. Okazały się jedną z wielu nadinterpretacji doświadczenia klinicznego, w których osobiste

przekonania autora zostały w tak dużym stopniu narzucone na materiał badawczy (tj. przeżycia pacjentów), że doprowadziły do jego deformacji. Nie wytrzymała przede wszystkim próby czasu podstawowa hipoteza tej autorki dotycząca mającego występować u wszystkich ludzi (niezależnie od kontekstu kultury, w której się urodzili i wychowali) tego samego charakteru procesu umierania, którego cechą miało być występowanie kolejnych stadiów tego procesu, od momentu postawienia diagnozy aż po śmierć kliniczną. Praktyka kliniczna (kontakty lekarzy z pacjentami onkologicznymi i obserwacje ich przeżyć), a także badania psychologów klinicznych nie potwierdziły tej hipotezy. Obecnie nie jest ona traktowana przez lekarzy jako poważna koncepcja naukowa. Zwracam na to uwagę przyszłym absolwentom farmacji, którzy mogą spotkać się z pytaniami pacjentów, a także osób chorych i ich rodzin na temat statusu i aktualności koncepcji Elisabeth Kübler-Ross oraz sensu zapoznania się przez chorych i ich rodziny z jej modelem, aby wprowadzić go w życie we własnej praktyce życiowej. Uważam, że sensu takiego brak, mimo że książki tej autorki są wydawane w języku polskim także współcześnie. Mogą bowiem wyrządzić pacjentom więcej krzywdy, niż udzielić im realnej psychologicznej pomocy.

Postępy onkologii sprawiły, że stworzony przez Kübler-Ross model pomocy psychologicznej pacjentom z chorobą nowotworową, dostosowany do postawionej przez nią (i odrzuconej kilka lat później przez onkologów i psychologów klinicznych) hipotezy o obiektywnym i powtarzalnym charakterze reakcji wszystkich pacjentów na diagnozę choroby nowotworowej, od momentu postawienia tej diagnozy do fazy terminalnej, należy uznać za anachroniczny i niedostosowany do potrzeb pacjentów.

### **Model wsparcia w chorobie oparty na afirmacji podmiotowości chorego**

Z doświadczeń klinicystów polskich i europejskich, psychologów i księży mających kontakt z pacjentami chorymi na nowotwory, w tym także z osobami umierającymi na tę chorobę, wyłania się zupełnie inny obraz ich świadomości, a także oczekiwań. Pacjenci w momencie postawienia diagnozy choroby nowotworowej zachowują się na ogół w podobny sposób, jak przy innych poważnych schorzeniach. Odczuwają wzmożone poczucie wartości i ważności własnego życia, starają się więc podjąć racjonalne kroki, aby jak najdłużej je zachować. Pacjenci czynią to nie tylko z egoistycznych pobudek, lecz także z poczucia związku ze swoim wcześniejszym życiem oraz nawiązanymi w czasie jego trwania relacjami. Starają się podjąć leczenie, które większość z nich w pierwszej fazie po otrzymaniu diagnozy onkologicznej uważa za potencjalnie skuteczne, nie tylko dla samych siebie (tj. aby zachować swoje życie), lecz także dla innych i w celu dokończenia realizacji wcześ-

niej postawionych przez siebie celów. Mogą one być bardzo różne, zależne od tego, co było dla pacjenta ważne i w jakim kierunku angażował swoje siły. Wiele kobiet, po otrzymaniu diagnozy choroby nowotworowej, podejmuje wysiłek terapii i godzi się na wszystkie związane z nią uciążliwości, by dożyć chwili, gdy dzieci skończą szkołę podstawową, zdadzą maturę lub skończą studia. Pacjentki chcą przy tym być, troszczyć się o dzieci i cieszyć się ich sukcesami. Dla mężczyzn ważną osią integracji ich psychiki w walce z chorobą nowotworową może być chęć dokończenia rozpoczętych zadań związanych z wykonywaniem pracy zawodowej, zarówno indywidualnej, jak i zespołowej. Pacjenci w trakcie terapii starają się nie zrywać kontaktu z miejscem pracy zawodowej, cieszą się z kontaktów podtrzymywanych przez współpracowników, kreślą perspektywy powrotu do pracy „po chorobie” (jeżeli uda się ją całkowicie wyleczyć), lub „pomimo choroby” (jeżeli związane z chorobą zagrożenie pozostanie). Pacjenci obu płci w momencie uświadomienia sobie powagi diagnozy onkologicznej nie tylko nie mają zamiaru zrywać związków ze swoim wcześniejszym życiem, lecz wręcz przeciwnie: starają się je podtrzymywać, w nadziei, że powrócą do swoich zadań, powinności, obowiązków i znowu będą czerpać satysfakcję z ich wykonywania.

W zaostrzających się fazach choroby nowotworowej, gdy możliwość całkowitego wyleczenia jawi się pacjentom jako wątpliwa (mimo zapewnień lekarzy) lub gdy lekarz informuje ich (zgodnie z wymaganiami *Kodeksu etyki lekarskiej*) o możliwości wystąpienia zagrożenia życia, pacjenci nie dążą do całkowitego oderwania się od przeszłości, a wręcz przeciwnie, zmierzają do jakiegoś rodzaju utrwalenia swojej osoby, zarówno w świadomości bliskich, jak i otoczenia społecznego. Czasami są to działania bardzo intymne i indywidualne (spisanie wspomnień z najważniejszych wydarzeń życia z zamiarem ich przekazania potomkom, uporządkowanie „papierów” osobistych, zebranie i uporządkowanie pamiątek rodzinnych, fotografii itp.), innym razem pacjent podejmuje się napisania „dzieła życia”, stworzenia najlepszego obrazu itp. Wielu zamożnych ludzi podejmuje w takiej fazie choroby działania prospołeczne, mające utrwalić ich imię wśród potomnych. Fundują biblioteki i muzea, stypendia edukacyjne i artystyczne, spisują testamenty, w których duże środki przeznaczają na szlachetne cele. Działania tego rodzaju występują w kulturze europejskiej od wieków i były wspierane przez wszystkie instytucje oficjalnych religii spotykane na tym kontynencie od czasów Cesarstwa Rzymskiego, poprzez średniowiecze i czasy nowożytne, po współczesność. Miały one bowiem charakter konstruktywny, pozwalały osobie starej lub terminalnie chorej wytworzyć w swojej świadomości przekonanie, że „nie umrę cały” (*non omnis moriar*), a moje życie nie zostanie całkowicie unicestwione i pozostanie utrwalone w pamięci bliźnich. Dopóki żyję, zawsze coś mogę dla innych zrobić. Jeżeli poważna choroba, która była podstawą omawianych tu działań ustąpiła, chory nie doznawał w związku

z nimi psychicznego urazu o charakterze jatrogennym. Gdy wyzdrowiał, czuł się mocniejszy, jego życie odzyskiwało sens, a postanowienia dotyczące dzielenia się z innymi czy też porządkowania własnych spraw pozytywnie wpływały na jego dalsze życie. Również w standardzie medycyny, od starożytności do czasów współczesnej medycyny klinicznej, uznaje się za istotne wzmacnianie podmiotowości pacjenta. To poczucie integracji psychicznej, poczucie indywidualnej sprawczości względem własnej biografii oraz osadzona w nich wiara w wyzdrowienie okazują się niezwykle korzystnymi przesłankami procesu walki z chorobą, w wielu przypadkach zakończonym wyzdrowieniem. Pisma lekarskie ze wszystkich epok potwierdzają, że pacjenci o silnej motywacji do walki o własne zdrowie i życie lepiej radzili sobie z chorobami.

Przed wytworzeniem się profesjonalnej psychologii, co nastąpiło dopiero w drugiej połowie XIX w., osobami towarzyszącymi pacjentom w wieku starszym i chorym terminalnie byli właśnie lekarze, wspierający pacjentów w walce z chorobą. Pacjentom towarzyszyli także kapłani różnych religii. Ich praktyka w kontakcie z pacjentami opierała się na koncepcji wsparcia podmiotowości pacjenta, a nie na jej negacji, jak proponowała Elisabeth Kübler-Ross. Zauważono bowiem przez wieki, że pacjentom łatwiej jest wyzdrowieć, kiedy głęboko tego pragną i wierzą, że jest to możliwe. Jest im także łatwiej umierać, gdy mają świadomość tego, że coś ważnego po sobie pozostawili (zarówno dzieci, jak i wymierne efekty swojej pracy zawodowej czy artystycznej). Przy pomocy lekarzy i księży pacjenci stawiali sobie pytania: Czy dobrze przeżyłem swoje życie? Czy go nie zmarnowałem? Czy okazałem się pożyteczny? Ponad ich osobiste cierpienie i lęk przed śmiercią przedkładane bywały ważne pytania egzystencjalne, które w kulturze europejskiej mają utrwaloną tradycję. Znajdowały one swoje odbicie w Biblii<sup>4</sup> i w chrześcijańskiej teologii fundamentalnej<sup>5</sup>. Wg większości współczesnych autorów dla większości pacjentów uświadomienie sobie własnej śmiertelności wiąże się z wyraźnym odczuciem wartości własnej podmiotowej egzystencji, z afirmacją życia oraz nadzieją na jego dalsze kontynuowanie. Nadzieja ta występuje także wtedy, kiedy pacjent uświadamia sobie, poinformowany przez lekarzy, że perspektywa dalszego przeżycia sięga kilku lat, a czasem zaledwie kilku miesięcy. U wielu pojawia się wówczas nadzieja metafizyczna, niezwykle ważna w osobistej perspektywie pacjenta umierającego. Wzmocnienie odczucia własnej podmiotowości w perspektywie spodziewanej śmierci może dać pacjentowi znacznie więcej pożytku, niż propono-

---

<sup>4</sup> F. Rosiński, *Stosunek do chorych i niepełnosprawnych w czasach biblijnych*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek (red.), *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, Wrocław 2010, s. 369–387; por. też: W.S. Chomik, *Choroba i cierpienie w nauczaniu Jana Pawła II*, ibidem, s. 395–406.

<sup>5</sup> P. Liszka, *Wydarzenie śmierci przeżywane przez chrześcijanina*, ibidem, s. 407–431.

wane przez Kübler-Ross odwrócenie się od świata i zamknięcie wszystkich z nim dotychczasowych związków i relacji.

Wg prof. Piotra Liszki<sup>6</sup> praktyki pomocowe ukierunkowane na wzmocnienie w obliczu śmierci podmiotowości pacjenta są znacznie bardziej wartościowe ze względu na swoją efektywność, niż skłanianie pacjentów do porzucenia wszystkich związków z wcześniejszym życiem, co wiąże się nieuchronnie z zablokowaniem możliwości odczuwania satysfakcji z własnych dokonań lub przeżyć. Prof. Liszka zaleca zupełnie odmienny od koncepcji Elisabeth Kübler-Ross zestaw praktyk związanych z udzielaniem wsparcia osobom terminalnie chorym. Są one skierowane przede wszystkim do osób wierzących i mają na celu uzyskanie u pacjenta świadomości trwałości jego egzystencji po zakończeniu jej materialnego wymiaru. Chorych należy wspierać w przekonaniu, że ich życie miało wielką wartość oraz sens, że są trwale zapisane nie tylko w pamięci innych ludzi, lecz także mają obiektywną wartość ich czyny i ich wymierne rezultaty. Wsparcie udzielane umierającym powinno podkreślać ich dokonania, a nie kazać – w perspektywie śmierci – o nich zapominać, wyrzekać się z nich dumy i radości.

Prof. Liszka kieruje swoją propozycję pomocy także ku osobom niewierzącym stojącym w perspektywie śmierci, twierdząc, że i w tym wypadku należy podkreślać wagę ziemskich dokonań chorego, kierować jego uwagę na wartościowe rezultaty jego działań, by umierając pacjent miał poczucie sensu tego, czemu poświęcił życie. Nie odrzucenie więc ziemskiej egzystencji, ani nie kierowanie na siłę ludzkiego myślenia na życie pośmiertne prof. Liszka uważa za cel psychoterapii osób umierających, ale uzyskanie akceptacji życia. W swojej praktyce duszpasterskiej stwierdzał, że była to często najlepsza droga do pogodzenia się chorego z Bogiem, a nawet do odzyskania albo uzyskania pod koniec życia łaski wiary.

Psychoterapia oparta na afirmacji życia, podmiotowości chorego, bezwzględnej wartości jego życia, może wywierać dwa rodzaje skutków. Pierwszy z nich ma miejsce wtedy, gdy choroba nowotworowa realnie postępuje i z czasem nie ma już możliwości jej wyleczenia. Chory godzi się ostatecznie z perspektywą śmierci. Uzyskując wcześniej wgląd we własne życie, stara się pogodzić z osobami bliskimi by „zachowały go w dobrej pamięci”, stara się przekazać potomnym swoje sprawy w sposób uporządkowany (testament, uregulowanie wszystkich kwestii majątkowych, zgromadzenie i uporządkowanie rodzinnego dziedzictwa – pamiątek itp.), nie podejmuje ryzykownych decyzji życiowych niemożliwych do zrealizowania w związku z pogarszającym się stanem zdrowia. Drugim skutkiem tak prowadzonej terapii afirmatywnej jest stan psychiki pacjenta po wyzdrowieniu z choroby nowotworowej lub osiągnięciu trwałej poprawy, dającej nadzieję na długie dalsze

---

<sup>6</sup> Ibidem.



życie. Terapia afirmatywna nie wywiera destrukcyjnego wpływu na emocjonalność pacjenta, nie zaszczepia w nim zwątpienia w sens życiowych wysiłków, podkreśla radość i satysfakcję z osiągniętych rezultatów, podnosi też wspólnotowy aspekt ludzkiej egzystencji, zarówno w rodzinie, jak i w środowisku pracy. Po całkowitym pokonaniu choroby albo po znaczącym zahamowaniu jej postępu i zmniejszeniu uciążliwości objawów chory ma do czego wracać, jest gotowy na wznowienie wcześniej podejmowanej aktywności, oczekuje jej podjęcia i wierzy, że pozwoli mu ona uzyskać nowe rodzaje satysfakcji.

Podsumowując efekty stosowania modelu wsparcia opartego na afirmacji podmiotowości chorego z efektami zastosowania modelu Elisabeth Kübler-Ross możemy stwierdzić, że model afirmatywny okazuje się znacznie bardziej efektywny. Przede wszystkim jest korzystny dla chorych, w których przypadku onkologiczna diagnoza była wprawdzie poważną traumą, jednak leczenie kliniczne okazało się skuteczne i chorzy powrócili do zdrowia i wcześniej wykonywanej aktywności. Nie zerwali bowiem swoich więzi z życiem i otoczeniem społecznym, zachowując je jako kapitał do jego odbudowy po chorobie. W przypadku zastosowania modelu wsparcia opartego na zaleceniach Elisabeth Kübler-Ross mogą tymczasem wystąpić poważne problemy w psychice i życiu emocjonalnym ozdrowieńców, mogą też występować trudności w ich funkcjonowaniu społecznym po chorobie. Dekonstrukcja psychiki chorych dokonywana za pomocą wsparcia udzielanego wg wskazań amerykańskiej lekarki może być bowiem tak głęboka, że pacjenci ci wymagać będą psychoterapii korekcyjnej, która może okazać się długotrwała. Skala urazów jatrogennych związanych z chorobą nowotworową może być bowiem w takim przypadku znacznie powiększona przez psychoterapię nie adekwatną do współczesnego poziomu wiedzy medycznej, w którym diagnoza choroby nowotworowej nie jest w większości przypadków równoznaczna z szybką i nieuchronną śmiercią pacjenta. Współcześni chorzy na choroby nowotworowe mają w związku z tym inne niż wcześniej problemy, do których należy dostosować metody wsparcia społecznego.

## **Terapia racjonalno-emotywna Alberta Ellisa**

Innym rodzajem terapii wykorzystywanej w celu udzielenia wsparcia pacjentom z chorobą nowotworową jest psychoterapia racjonalno-emotywna Alberta Ellisa<sup>7</sup>. Autor tej metody stawiał sobie za cel doprowadzenie pacjentów do wyraźnego rozróżnienia obiektywnej rzeczywistości materialnej od sądu o niej. Zgodnie z tym

---

<sup>7</sup> A. Ellis, *Terapia krótkoterminowa lepiej, głębiej, dalej*, tłum. A.M. Mydlarska, Gdańsk 2001; A. Ellis, C. MacLaren, *Terapia racjonalno-emotywna. Podręcznik*, wyd. 2, tłum. M. Warmińska-Biszcza, Gdańsk 2011.

założeniem wsparcie udzielone pacjentowi powinno go skłonić do wytworzenia postawy „oderwania” się od postrzegania materialnej rzeczywistości jako zdolnej człowiekowi narzucić w sposób deterministyczny pewne odczucia i generować pewne zachowania, także o charakterze przymusowym. Zgodnie z poglądem Ellisa człowiek jest całkowicie wolny, żyje wprawdzie w świecie, którym rządzą prawa i przymusy, jednakże im nie podlega, jeżeli potrafi się od nich uwolnić. Koncepcję Ellisa możemy potraktować jako całkowite przeciwieństwo modelu Elisabeth Kübler-Ross, która twierdziła, że pacjent nie jest w stanie wyzwolić się od determinant biologicznych związanych z chorobą nowotworową, a celem terapii jest przekonanie pacjenta, aby determinanty te zaakceptował. Wg Ellisa nie tylko nie jest to konieczne, lecz nawet nie jest to możliwe. Ludzie reagują bowiem na problemy dotyczące ich ze strony świata zewnętrznego bardzo indywidualnie. Celem terapii powinno być podkreślanie tego indywidualizmu i uzyskanie przez pacjenta zdolności do przeżywania choroby nowotworowej w zindywidualizowany sposób, pozwalając mu zarazem osiągnąć przed spodziewaną śmiercią maksymalny zakres dostępnej mu satysfakcji.

Wg Alberta Ellisa pacjent, który doświadcza choroby nowotworowej zachowuje autonomię w swoich reakcjach na nią. Nie jest więc przez chorobę zdeterminowany, ale aby ją przeżyć powinien się do niej w jakiś sposób przystosować. Przystosowanie pacjenta do faktu pojawienia się choroby w jego biografii musi mieć charakter realistyczny, tj. być oparte na tego rodzaju przesłankach, które pacjent byłby gotowy zaakceptować wcześniej jako człowiek zdrowy. Jest to bardzo istotna teza dostarczająca argumentów na rzecz odrzucenia przez pacjenta oferty wszelkiego rodzaju metod medycyny alternatywnej, które przed wystąpieniem choroby pacjent z pewnością uznałby za irracjonalne. Poszukując metod leczenia, pacjent powinien korzystać jedynie z tych, które opierają się na faktach, tj. zgodnych ze standardem współczesnej medycyny klinicznej. (Evidence Based Medicine). Jeżeli nawet terapia kliniczna nie okaże się skuteczna, to przynajmniej istnieje na to jakaś szansa, podczas gdy terapie alternatywne opierają się na oszustwie, z góry więc przekreślają szansę na wyleczenie przy ich pomocy.

Po uzyskaniu diagnozy choroby nowotworowej pacjent powinien postarać się zrozumieć swoją chorobę zgodnie ze standardem klinicznym i podporządkować się zaleceniom lekarzy. Im wcześniej etap ten nastąpi od momentu postawienia diagnozy, tym więcej ma chory szans na przeżycie. Przyjęcie do wiadomości diagnozy onkologicznej powinno bowiem spowodować, że pacjent uzyska wiedzę o tym, na czym powinien w najbliższym czasie skoncentrować swoją poznawczą perspektywę i motywowane przez nią działanie. Aby poradzić sobie z chorobą pacjent powinien wytworzyć w sobie taki rodzaj świadomości, który pozwalał by mu zaakceptować wystąpienie choroby. Nie powinien buntować się przeciwko temu, szukać winnych,

poszukiwać przesłanek metafizycznych itp. Chorobę powinien potraktować jako fakt, który się zdarzył, który zdarzał się wcześniej innym ludziom i będzie też zdarzał się kolejnym. Akceptacja choroby powinna opierać się na uznaniu tego, że nie jestem wyjątkiem wśród innych ludzi, oni także chorują, a niektórzy umierają. Może się to zdarzyć także i mnie, ale nie musi. W ten sposób, akceptując chorobę, pacjent może ją włączyć do swojej biografii i zaprojektować dalsze życie w jej obecności. Choroba onkologiczna na zawsze już z nim bowiem pozostanie, chory będzie musiał uwzględnić jej istnienie, stosować metody profilaktyki, podporządkowywać swoje działania wymogom terapii, itp.

Świadomość, którą chory uzyskał po pomyślnym przeprowadzeniu wyżej wskazanych myślowych procedur, powinna skłonić pacjenta do określenia na nowo swoich celów życiowych. Musi bowiem sprawdzić, opierając się na realistycznych podstawach związanych z diagnozą onkologiczną, które z nich nadal może z powodzeniem zrealizować, a które nie. Chory musi wypracować nowy model życia, które nie powinno być podporządkowane „optyce cierpienia”, lecz powinno pozwolić mu żyć w sposób zadowalający, pomimo występowania choroby.

Człowiek, który zbuduje swoją biografie z chorobą nowotworową, a nie przeciw niej, ma szansę na przeżycie dalszego życia w sposób satysfakcjonujący. Nie oznacza to, że zdoła uniknąć cierpienia. Ono bowiem może się zdarzać w trakcie terapii i po niej. Pacjent powinien jednak oswoić się z myślą, że cierpienie jest immanentną cechą ludzkiej egzystencji. Jego podłożem nie są wyłącznie choroby (w tym nowotworowe). Cierpienie może być reakcją na wiele bodźców otoczenia, także o charakterze społecznym, a nie medycznym. Cierpienie dotyka okresowo wszystkich ludzi, a nie tylko pacjenta z chorobą nowotworową. Człowiek powinien uczyć się sprostać cierpieniom i niepowodzeniom. Ludzie uczą się tego przez całe życie i większość z nich osiąga w tym zakresie pomyślne rezultaty.

Podstawowym celem terapii wg Ellisa, który pacjent powinien osiągnąć, jest odmityzowanie obrazu choroby nowotworowej i nadanie jej statusu choroby przewlekłej, dającej się w pewien sposób kontrolować pomimo okresowych nawrotów. Ludzie cierpią z powodu wielu przewlekłych chorób i próbują je leczyć zgodnie z aktualnym poziomem medycyny. Tak samo jest z chorobami nowotworowymi, w których szanse pacjentów na efektywne leczenie cały czas rosną. Demityzacja zagrożenia ze strony chorób nowotworowych ma swoje precedensy w historii medycyny. Przykładami chorób masowych, które niegdyś rodziły paniczne reakcje w społeczeństwie, nie tylko wśród pacjentów, są np. dżuma, kiła, czy gruźlica. Współcześnie normalną reakcją na diagnozę każdej z tych chorób jest podjęcie leczenia zgodnego z aktualnym standardem klinicznym, a nie szok, depresja i uciekanie się do pomocy terapii alternatywnych. Podobny proces miał miejsce także w przypadku innych chorób o masowym zakresie występowania, takich jak np. cukrzyca czy

epilepsja, które u większości pacjentów są obecnie skutecznie leczone, lub przynajmniej ich przebieg jest dobrze kontrolowany. W większości wcześniej rozpoznanych chorób nowotworowych rokowania dla pacjenta co do wyzdrowienia lub przynajmniej zahamowania postępów choroby są pomyślne. Powinien on więc jak najszybciej poddać się terapii w standardzie klinicznym, a nie poddawać się stanom lękowym albo reakcjom eskapistycznym. By tak się stało, konieczne jest nie tylko dostarczenie pacjentom wiarygodnych informacji dotyczących perspektyw leczenia, lecz także udzielenie im wsparcia w przeżywaniu choroby nowotworowej. Wsparcie to w bardzo wielu przypadkach warunkuje samo podjęcie terapii (łagodząc lęk przed diagnozą i rozpoczęciem leczenia), a także utrzymanie się pacjenta w reżimie terapeutycznym. Powinni go udzielać nie tylko członkowie rodziny, lecz także przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych, którzy na różnym etapie leczenia nawiązują osobisty kontakt z chorym. Jest to bowiem, ze względu na wysoki poziom zaufania do przedstawicieli nauk medycznych, wsparcie bardzo skuteczne.

Pozytywny program terapii racjonalno-emotywniej Ellisa wydaje się szczególnie przydatny do zastosowania u pacjentów, w których przypadku udało się zahamować postępy choroby nowotworowej, a nawet doprowadzić do trwałego wyleczenia. Często pozostają wtedy u nich urazy związane z wcześniejszym doświadczeniem choroby nowotworowej i lęk przed jej powrotem. Podobny proces występuje nie tylko w przypadku chorób nowotworowych, lecz także w przypadku innych chorób przewlekłych<sup>8</sup>.

Efektywne wykorzystanie terapii racjonalno-emotywniej Ellisa jest możliwe zarówno samodzielnie przez pacjenta, z wykorzystaniem dostępnych w polskim przekładzie prac tego autora, jak i z pomocą wykwalifikowanego psychologa. Należy być jednak ostrożnym przy korzystaniu ze streszczeń jego doktryny terapeutycznej publikowanych w popularnych poradnikach lub czasopismach, ponieważ mogą one nie tylko nie oddawać intencji twórcy tej metody, ale znacząco ją przeinaczać, przekształcając ją w trywialną doktrynę „pozytywnego myślenia” o problemach, których nie da się uniknąć i z którymi trudno jest walczyć – należy więc do nich się przyzwyczaić. Ellis zaleca inną drogę: należy przyjąć do wiadomości istnienie choroby, podjąć konkretne działania, by się z niej wyleczyć i poprawić swój stan zdrowia, a następnie realizować własne cele życiowe określone w ten sposób, by dało się je zrealizować pomimo istnienia choroby.

---

<sup>8</sup> Por. A. Bogusz, *Relacje między pacjentem a lekarzem jako czynnik wpływający na zaufanie pacjenta do opieki zdrowotnej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 201–223; M. Zatoński, *O potrzebie badań nad przemianami samoświadomości pacjentów poddawanych dializie*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *ibidem*, s. 225–234.

## Autoterapia Davida Servana-Schreibera

W niektórych z poradników dla chorych na nowotwory pojawiała się inny model reakcji na diagnozę onkologiczną. Jego istotą jest przekonanie pacjenta, że nie zostało mu zbyt wiele czasu na realizację wszystkich pragnień i marzeń. Powinien więc wybrać te, na których najbardziej mu zależy i szybko przystąpić do ich realizacji. Nie powinien od uzyskania diagnozy starać się realizować oczekiwań stawianych mu przez innych ludzi lub różne instytucje (w tym rodzinę, Kościół i inne wspólnoty, do których wcześniej należał i z których celami i programami jakoś się identyfikował), lecz skoncentrować się na sobie i przeżywaniu spełnienia własnych pragnień. Najbardziej znanym przykładem odzwierciedlającym tę strategię radzenia sobie z chorobą nowotworową jest książka niedawno zmarłego lekarza, Davida Servana-Schreibera pt. *Antyrak. Nowy styl życia*<sup>9</sup>. Diagnozę choroby nowotworowej jej autor potraktował jako pretekst do uzyskania „zwolnienia z życia”: w tym porzucenia wykonywania zawodu (mimo względnie dobrego samopoczucia i zachowania sprawności fizycznej) i rezygnacji ze wszelkich dążeń i ambicji związanych z jego wykonywaniem. Autor z momentem postawienia diagnozy wszedł w rolę chorego, która stała się dla niego podstawowym elementem samoidentyfikacji. Jego poglądy ulegać zaczęły postępującej mityzacji, także w kategoriach klinicznych. Autor odrzucił standard medycyny klinicznej i „nawrócił się” na medycynę alternatywną, w której skuteczność daremnie wierzył. Zmarł w 2012 r., zgodnie z diagnozą kliniczną, której nie był gotów przyjąć do wiadomości. W ostatnich latach życia, dopóki jego stan zdrowia na to pozwolił, stał się krzewicielem hedonistycznego podejścia do życia, powiązanego z korzystaniem z metod leczenia niedających się uzasadnić klinicznie.

Popularność książek Servana-Schreibera w Europie Zachodniej może wyjaśniać powiązanie jego strategii wobec raka (którą radził zastosować także innym chorym) z konsumpcyjnym stylem życia, nastawionym na maksymalizację przyjemnych doznań i ekscytujących przeżyć. Diagnoza choroby nowotworowej dla pacjentów żyjących na wysokim poziomie materialnym (dla których jego strategia była dostępna) miała wiązać się z redefiniowaniem przez nich celów życiowych w ten sposób, by zdążyli jak najwięcej skosztować z dostępnej im oferty pokus i rozrywek, „w czasie, który jeszcze pozostał”. Mieli opuścić ten świat „nasyceń” i „zrealizowani”, wydając na te cele zgromadzone wcześniej środki finansowe.

---

<sup>9</sup> D. Servan-Schreiber, *Antyrak. Nowy styl życia*, tłum. P. Amsterdamski, G. Kołodziejczyk, b.m. 2008. Por. też tego autora: *Można żegnać się wiele razy*, tłum. W. Melech, b.m. 2012; *Zdrowiej! Pokonaj lęk, stres i depresję. Naturalne metody zwalczania depresji i stresu. Bez leków i psychoanalizy*, tłum. B. Krupa, b.m. 2009.

Należy postawić pytanie o wartość terapeutyczną metody, która może doprowadzić – w przypadku nieoczekiwanego wyzdrowienia lub względnie trwałego zahamowania rozwoju choroby – do poważnych problemów z ponowną adaptacją ozdrowieńca w społeczeństwie, jako jednostki funkcjonującej w oparciu o relacje międzypersonalne oparte na wzajemności, a nie jedynie odbiorcy świadczeń ze strony innych ludzi, usprawiedliwianych przez proces nowotworowy i potencjalną bliskość śmierci. Uleczeni pacjenci, którzy podporządkowali kilka lat życia realizacji własnych hedonistycznych celów i zerwali w tym czasie wszystkie relacje oparte na zobowiązaniach wobec innych (głównie współmałżonka, rodziców i dzieci) mogą w przypadku wydłużenia się życia z chorobą nowotworową mieć poważne problemy. Odrzucona wcześniej rodzina nie oczekuje już ich powrotu, ich miejsce pracy jest już dawno zajęte, a zawodowe kontakty i znajomości dawno zerwane. Jeżeli chory na nowotwór zdążył w międzyczasie roztrwonić większość majątku, jego życie staje się trudne. Przyzwyczajony do konsumpcji na wysokim poziomie, korzystania z luksusowego stylu życia i nieliczenia się z wydatkami, pozostaje z niewielkim zapasem środków do życia, brak mu głębszych kontaktów towarzyskich (zamożni „przyjaciele” z czasów, gdy wspólnie z nimi wydawał zgromadzone środki na hedonistyczne cele zwykle nie są już nim zainteresowani, gdy ich już nie posiada) i ma poważne problemy z powrotem do dawnej pozycji zawodowej. Często powoduje to przyjęcie stylu życia opartego na uzależnieniu od alkoholu i narkotyków, i prowadzi do przyspieszonej śmierci, która nie byłaby jeszcze konieczna ze względów klinicznych związanych z poziomem zaawansowania choroby nowotworowej.

### **Choroba jako usprawiedliwienie „zwolnienia z życia”**

W wielu popularnych poradnikach występuje twierdzenie o udowodnionej roli stresu w genezie chorób nowotworowych. Poradniki te wykorzystują koncepcję stresu Hansa Seyle’a jako teorię bazową, przetwarzając ją odpowiednio do rodzaju choroby, w której ją stosują. Koncepcja Seyle’a podawana jest w nich zwykle w znacznym uproszczeniu, co nadaje jej często inne znaczenie niż to, które przypisywał jej sam autor. Nie zawsze ich treść spełnia rygory standardu medycyny akademickiej, jednak przez część chorych na choroby nowotworowe omawiane tu poradniki są przyjmowane jako właściwa recepta na ich życiowe problemy, zarówno związane z wystąpieniem choroby nowotworowej, jak i występujące wcześniej.

Przedstawienie stresu jako czynnika wywołującego pojawienie się objawów choroby nowotworowej przybiera w omawianych poradnikach postać następującej sekwencji:

1. Człowiek pracuje z nadmiernym wysiłkiem, zbyt przejmując się zadaniami, które ma do wykonania lub stawiając sobie cele, które większość ludzi uznałaby za wygórowane.
2. Człowiek pozostaje w relacjach społecznych, które nie przynoszą mu satysfakcji, a do których kontynuowania czuje się zobowiązany ze względów religijnych, moralnych, czy obyczajowych.
3. Przymusy, które człowiek na siebie nakłada w związku z pracą zawodową albo relacjami społecznymi prowadzą go do nadmiernego odczuwania stresu.
4. Zbyt wysoki poziom stresu inicjuje chorobę nowotworową, obniżając naturalny poziom odporności człowieka.
5. Za wystąpienie choroby nowotworowej człowiek jest więc odpowiedzialny sam – prowadzi bowiem na własne życzenie stresujące życie, przyjmuje na siebie zbyt wiele zadań i zobowiązań i nie potrafi się od nich uwolnić.

Celem terapii prowadzonej w tym standardzie ma być uzyskanie przez chorego siły, która pozwoli mu wyplątać się z zadań, relacji i zobowiązań, które pacjent uznaje za stresujące i które „przyczyniły się” do wystąpienia choroby. W wyniku terapii nie powinien odczuwać z tego powodu poczucia winy. Jego choroba jest bowiem dostatecznym usprawiedliwieniem takiego zachowania. Człowiek ma prawo do obrony. Jeżeli czuje, że jego zobowiązania są nadmierne, a relacje, w których pozostaje nie sprawiają mu satysfakcji, to powinien je przerwać i skoncentrować się na sobie<sup>10</sup>.

W przytaczanych tu poradnikach można także przeczytać, że można poznać po zlokalizowaniu obszaru choroby nowotworowej, z jakim rodzajem stresu dany pacjent się zmaga. Choroba ma bowiem – za pomocą języka objawów somatycznych – „komunikować” człowiekowi, co powoduje u niego nadmierne napięcie, które wyzwała proces chorobowy.

Pierwsze objawy choroby nowotworowej są w tym ujęciu dostateczną podstawą dla całkowitego przeorientowania swojego życia i obranie „nastawienia na siebie”, co jest usprawiedliwiane koniecznością ratowania swojego zdrowia i życia. Pacjenci, którzy przyjęli tę perspektywę, zmieniają np. miejsce zamieszkania nie pozostawiając rodzinom adresu, porzucają pracę, zawieszają wszystkie rodzaje świadczeń materialnych lub osobistych na rzecz bliskich i „zaczynają wszystko od nowa”, traktując chorobę jako usprawiedliwienie. Pozostanie w dotychczasowych relacjach i dotrzymanie zobowiązań jest przez nich pojmowane jako wiodące do zagrożenia ich życia, przed czym mają prawo się bronić.

---

<sup>10</sup> Najbardziej znaną formą terapii opartej na tym standardzie jest metoda O. Simontona. W medycynie zachodnioeuropejskiej nie jest zaliczana do metod akademickich, w Polsce cieszy się popularnością wśród terapeutów pracujących z pacjentami onkologicznymi. Wśród polecanych w tej książce lektur znajdują się publikacje dr. Tomasza Witkowskiego, przedstawiające krytyczne argumenty dotyczące metody Simontona.

Ocena przedstawianej tu strategii w kategoriach klinicznych jest jednoznacznie negatywna. Pacjenci akceptujący tę strategię rzadziej niż inni podejmują leczenie kliniczne, rzadziej podporządkowują się reżimowi terapeutycznemu (szczególnie wtedy, gdy wymaga on rezygnacji z ich przyzwyczajzeń lub zmiany stylu życia, np. zaprzestania stosowania używek). Każdy rodzaj zaleceń odbierają bowiem jako ograniczenie ich wolności. Pacjenci z tej grupy mają również tendencję do przerywania leczenia, stosowania wielu produktów „leczniczych” oferowanych przez terapeutów alternatywnych lub poddawania się alternatywnym metodom terapii. Ich wiara i uwaga przeskakuje często od jednej metody do drugiej, żadnej z nich nie ufają bowiem w sposób dostateczny. Łączy ich nieufne lub negatywne nastawienie wobec lekarzy klinicznych, których uznają za niedostatecznie zaznajomionych z (uznawanymi przez nich za istotne) czynnikami definiującymi chorobę nowotworową. Argumentacji klinicznej nie przyjmują, nie są bowiem w stanie jej zrozumieć albo (gdy rozumieją) nie uznają jej za wiarygodną.

Trudno jest udzielać grupie pacjentów realizujących wyżej opisaną strategię realnego wsparcia w przeżywaniu choroby nowotworowej. Pacjenci ci są bowiem trudni we współpracy dla członków zespołu terapeutycznego, który się nimi opiekuje. Często nawiązują kontakt z przedstawicielami medycyny klinicznej w przypadku pojawienia się pierwszych objawów, które ich zaniepokoją. Po usłyszeniu diagnozy onkologicznej kontakt ten jest zrywany, ponieważ pacjenci próbują leczyć się sami, według własnych strategii „minimalizowania stresu”. Kiedy objawy choroby nowotworowej stają się bardziej uciążliwe, a własne strategie terapii, wsparte medycyną alternatywną, okazały się bezskuteczne, pacjenci ci wracają do lekarza. Gdy dowiadują się, że na wyleczenie może już być za późno, obarczają za to winą lekarzy, a nie swoją postawę wobec choroby.

Nigdy nie należy przestać próbować dotrzeć ze wsparciem do pacjentów z opisywanej tu grupy, choć może to być bardzo trudne. Nie wiadomo bowiem, który z pracowników systemu opieki medycznej przełamie nieufność pacjenta, skłoni go do podjęcia współpracy z lekarzem, podporządkowania się reżimowi terapeutycznemu. Wsparcie i zrozumienie powinno być jednak udzielane pacjentowi jako osobie, a nie strategii postępowania wobec choroby nowotworowej, którą wybrał. W kontakcie z lekarzem, farmaceutą, analitykiem medycznym pacjent powinien spotykać się ze spójnym komunikatem, który może do niego dotrzeć. Brzmi on:

1. Choroba nowotworowa nie jest wyrokiem śmierci, wielu chorych może zostać całkowicie wyleczonych, a u innych choroba przyjmuje postać przewlekłą. Przy właściwym leczeniu pacjent ma szansę na długie i satysfakcjonujące życie.
2. Nie można uważać choroby nowotworowej za konsekwencję słabości pacjenta, który nie był zdolny do obrony przez zewnętrznymi naciskami, i dlatego zachorował. Pacjent nie powinien winić siebie za to, że zachorował.



3. Choroba nowotworowa nie może zostać wywołana przez „złe emocje” lub nieprawidłowe relacje w rodzinie lub w pracy. Pacjent nie powinien winić osób z najbliższego otoczenia (rodzina, koledzy, środowisko pracy) za to, że zachorował.
4. Nowotwór jest schorzeniem o naturze biologicznej, a nie społecznej. Diagnostyka onkologiczna opiera się na poszukiwaniu biologicznych przyczyn choroby u danego pacjenta i opracowaniu schematu terapii odpowiedniego do rodzaju rozpoznania.
5. Jeżeli życie osobiste i zawodowe pacjenta jest przez niego uznawane za niesatysfakcjonujące, to ma prawo podjąć wysiłek, aby to zmienić. Nie powinien jednak korzystać z choroby jako argumentu uzasadniającego tę zmianę. Niezadowolony z życia i choroba są to bowiem zjawiska należące do zupełnie innych porządków.

### **Wsparcie pacjentów z chorobą nowotworową w oparciu o metody pedagogiki zdrowia**

W polskim piśmiennictwie naukowym została zaproponowana metoda udzielania pomocy pacjentom chorym na chorobę nowotworową. Popularyzujący tę metodę autor, dr. hab. Dariusz Białas, uznaje za jej podstawę autonomię chorego i jego odpowiedzialność za własne zdrowie oraz życie, co występuje w połączeniu z trwałym zachowaniem przez pacjenta prawidłowo ukształtowanych przed pojawieniem się choroby relacji społecznych<sup>11</sup>.

Program pedagogiki zdrowia można ująć w formie kilku najważniejszych punktów:

1. Osoby wspierające pacjenta chorego na nowotwór (rodzina, lekarze i inni pracownicy służby zdrowia) powinny wspierać jego dążenie do dalszego uczestniczenia w relacjach społecznych, które były dla niego źródłem pozytywnych przeżyć i przynosiły mu poczucie sensu życia oraz satysfakcję. Jeżeli pacjent obawia się podtrzymywania tych relacji ze względu na możliwość odrzucenia przez osoby zdrowe, czy brak zainteresowania przez te osoby podtrzymywaniem tych relacji, należy pacjenta przekonać do ich niezrywania. Pozwoli to bowiem pacjentowi, w przypadku zahamowania szybkiego przebiegu choroby i przekształcenia jej w chorobę przewlekłą, na zachowanie bliskich kontaktów

---

<sup>11</sup> D. Białas, *Strategia narracyjna w procesach edukacji zdrowotnej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym...*, s. 75–91.

z ważnymi dla niego osobami z kręgu zawodowego i towarzyskiego, które będą nie tylko potencjalnym źródłem satysfakcji, lecz także umożliwią mu powrót do pracy i jej wykonywanie w znanym pacjentowi i akceptowanym przez niego otoczeniu społecznym.

2. Należy przekonać pacjenta i wspierać go w przekonaniu, że pomimo wystąpienia choroby powinien nadal wypełniać swoje zobowiązania wobec bliźnich, zarówno w rodzinie, jak i w pracy, podobnie jak to się dzieje w przypadku innych chorób przewlekłych. Pacjent powinien na tyle, na ile jest to możliwe zachowywać się „po diagnozie” tak jak dotychczas, i na ile jest to możliwe nadal wykonywać czynności osobiste i zawodowe, które wykonywał. Takie postępowanie pozwoli „oswoić” chorobę, przyjmując ją do wiadomości jako sprawę związaną z normalnym trybem codziennego życia, a nie jako „katastrofę zmieniającą w życiu wszystko”.
3. U pacjenta należy wytworzyć gotowość do korzystania z pomocy ze strony innych. Pacjent powinien zrozumieć, że ma prawo domagać się pomocy, korzystając ze wszystkich dostępnych form wsparcia, jakie przewiduje polskie prawo. Powinien prosić o pomoc członków rodziny i instytucje społeczne poświęcone wspieraniu osób niepełnosprawnych i chorych. Przyjęcia pomocy pacjent nie powinien traktować jako upokorzenia. Jeżeli jest osobą zamożną, można mu zwrócić uwagę na to, że gdy jego zdrowie się poprawi, sam będzie w stanie wspierać innych, znajdujących się w potrzebie.
4. W modelu pedagogiki zdrowia pacjent nie powinien czuć się wykluczony ze społeczności, w której żyje, z powodu diagnozy choroby nowotworowej. Należy mu uświadomić, że jeżeli tak się dzieje, to często jest tak „na własne życzenie” chorego, który wstydzi się choroby, nie chce się pokazywać publicznie, nie chce rozmawiać z osobami zdrowymi. Tak być ani nie powinno, ani też nie musi. Pacjent onkologiczny powinien czuć się jak osoba dysponująca pełnią dotychczasowych praw podmiotowych. Choroba nie powinna go też uwalniać od obowiązków, którym nadal może sprostać.

Omawiany tu model znajduje odbicie z warstwie pojęciowej, która jest stosowana na określenie osób przewlekle chorych. Dziś określamy je jako „osoby z niepełnosprawnością” lub „niepełnosprawnościami”, a nie jak niegdyś „osoby niepełnosprawne”. To nie choroba definiuje zakres ludzkiej podmiotowości, jest jedynie cechą przygodną wobec podmiotowości danej osoby. Kiedyś mówiło się gruźlik, epileptyk, czy cukrzyk, a dziś stosuje się określenia chory na gruźlicę, na epilepsję czy cukrzycę.

W przedstawianej tu koncepcji pedagogiki zdrowia chorobę pojmuje się jako proces fizyczny dotykający ciała chorego, a nie jego całej istoty. Człowiek-osoba posiada w dyspozycji swoje ciało, właśnie to, a nie inne, właśnie w takim stanie,

w jakim ono się znajduje. Nie może tego ciała zmienić na inne, nie ma też drugiego życia, chyba że uwzględniając jego poziom metafizyczny. Wystąpienie choroby przewlekłej (w tym nowotworowej, traktowanej jak każda inna) powinno być w myśl tej koncepcji potraktowane przez pacjenta jak każde inne zadanie, z którym spotyka się w swoim życiu i za którego realizację odpowiada, zarówno wobec siebie, jak i wobec bliskich. Zarówno ze względu na siebie, jak i ze względu na nich pacjent powinien aktywnie włączyć się z proces terapii, powinien walczyć z depresją, a także oczekiwać na należne mu wsparcie bliskich i otoczenia społecznego. Powinien także umieć je przyjmować, unikając skrajności. Z jednej strony taką skrajnością jest postawa roszczeniowa wynikająca z przyjęcia przez pacjenta społecznej roli chorego i koncentracji wszystkich jego emocji, myśli i działań na przeżywaniu choroby. Pacjent włącza w to przeżywanie wszystkich bliskich. Drugą skrajnością jest izolacja, nastawienie na samodzielne radzenie sobie z chorobą, zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznym, fałszywie pojmowana dzielność.

Ze względu na różnorodny charakter uszkodzeń związanych z chorobą nowotworową, wynikających zarówno z niej samej, jak i z konieczności zastosowania danego rodzaju terapii, pacjent definiujący siebie jako osobę, a nie wyłącznie jako ciało, powinien w myśl założeń pedagogiki zdrowia wytworzyć w sobie gotowość do pogodzenia się z utratą niektórych narządów, zmianą ich wyglądu estetycznego albo funkcji. Tylko uprzedmiotowienie chorego organu (np. piersi albo nogi), który wymaga amputacji, uznanie tego fragmentu za część ciała wymagającą lekarskiej interwencji dla ratowania całości, dla podtrzymania życia, które pacjent powinien potraktować jak najwyższą wartość, może doprowadzić chorego do osiągnięcia satysfakcji życiowej po utracie fragmentów ciała lub jego wybranych organów. Pacjent onkologiczny nie powinien postrzegać po operacji swojego ciała w kategoriach braku, utraty dotychczasowej sprawności i całości. Po okaleczającej fizycznie operacji zachowa bowiem życie, co powinno być dla niego źródłem radości, a nie traumy. Żyjąc ma bowiem szansę na spełnienie wielu swoich pragnień i zrealizowanie wielu zamierzeń, Nie jest w tym przypadku istotne, że jego ciało nie będzie po amputacji „kompletne”.

Zgodnie z koncepcją pedagogiki zdrowia pacjent powinien przez udzielone mu wsparcie uzyskać nową perspektywę, postrzeganą jako szansa na dalsze szczęśliwe i odpowiedzialne życie, a nie definiowanie samego siebie wyłącznie w kategoriach braku, kalectwa i niepełnosprawności. Dlaczego wytworzenie takiej perspektywy ma być dla niego pomocne? Ponieważ jest realistyczne. Innej możliwości pacjent bowiem nie ma, jeżeli zdecyduje się podpisać zgodę na okaleczającą jego ciało operację. Brak takiej zgody, zgodnie z opinią lekarza prowadzącego terapię, oznacza bowiem śmierć.

Zalecając koncepcję pedagogiki zdrowia jako skuteczną metodę wsparcia pacjentów z chorobą nowotworową, zwracam uwagę na najważniejsze jej aspekty:

1. Pacjent „wtajemniczony” w proces chorobowy, rozumiejący jego istotę, osiąga stan, w którym choroba przestaje być dla niego niezrozumiałym źródłem cierpień. Łagodzi to lęk spowodowany chorobą, a zarazem osłabia poczucie niechęci do ciała, które wielu pacjentów onkologicznych postrzega jako wrogie i obce. Ciało staje się źródłem zagrożenia życia, co bywa przez pacjentów bardzo silnie odczuwane.
2. Pacjent rozumiejący istotę choroby, na którą cierpi, pogodzony z tym, że wystąpiła, może podjąć świadomą walkę o wyzdrowienie. Zyskuje pewność siebie, związaną ze świadomością, że „nie jest ciałem” oraz że „ciało go nie zabije”, o ile będzie stosował się do zaleceń lekarzy, także tych związanych z okaleczającą operacją.
3. Zgoda na okaleczającą operację jest etapem, w którym pacjent odzyskuje kontrolę nad swoim życiem. Zyskuje pewność, że decyzja o dalszym życiu w pełni do niego należy, nie jest kwestią przypadku, szczęśliwego trafu, ale wypadkową jego własnych działań podjętych w celu ratowania życia.
4. Po okaleczającej operacji pacjent powinien osiągnąć nowy poziom integracji z ciałem. Powinien je zaakceptować w takim kształcie, jaki uzyskało w wyniku działań chirurga. Osoby udzielające wsparcia powinny skłaniać pacjenta do oglądania swojego ciała w lustrze, do opowiadania o swoich przeżyciach w chorobie. Adresatem tych opowieści pacjenta może być zarówno lekarz czy psychoterapeuta, jak i inny życzliwy pracownik szpitala (pielęgniarka, analityk medyczny itp.), a także osoby z otoczenia społecznego pacjenta.
5. Sformułowanie przez pacjenta opowieści o chorobie jako o zdarzeniu minionym pozwala mu przejść do ostatniej fazy godzenia się na rzeczywistość. Zrozumienie i pełne odczucie, że choroba minęła, że należy już do przeszłości, pozwala o niej opowiadać w ten sposób. Im więcej czasu mija od okaleczającej operacji onkologicznej, tym opowieści chorych są mniej obciążone emocjonalnie. Wywołują u nich mniej bólu i rozpatrywania faktu utraty części ciała lub jego organu. Pacjent przekonuje się z czasem, że nadal żyje, że jego życie może być satysfakcjonujące i ciekawe, i ten właśnie punkt widzenia zaczyna w jego świadomości dominować. Podobnie jak w jego profilu emocjonalnym.
6. Ostatnim etapem tego procesu jest dalsze życie pacjenta, w którym przebyta jakiś czas temu operacja onkologiczna przestaje być już punktem granicznym, podobnie jak wcześniej diagnoza onkologiczna. Pacjent zaczyna dzielić swoje życie w inny sposób, np. do matrycy córki i po niej, przed i po urodzeniu się wnuków, albo do rehabilitacji i po niej. Są to dla pacjenta bardzo ważne zdarzenia, w jakikolwiek sposób już jednak nie powiązane z chorobą. To nie choroba

wyznacza etapy biografii pacjenta, ale jest postrzegana jako zdarzenie, które wydarzyło się na pewnym etapie tejże biografii, której cezurę są wyznaczone przez czynniki społeczne, a nie medyczne.

### **Wsparcie udzielane pacjentom onkologicznym przez stowarzyszenia pacjentów**

Ostatnim elementem systemu wsparcia społecznego, który chciałabym podjąć w tym rozdziale, zanim przejdę do wniosków końcowych, jest problem zrzeszania się chorych na nowotwory w grupy wyodrębnione ze społeczeństwa na podstawie onkologicznej diagnozy. Są to zarówno grupy zrzeszające się na portalach społecznościowych w Internecie, jak i spotykające się w realnym otoczeniu społecznym. Nie podważając ogólnie sensu tego rodzaju aktywności, o ile wypływa ona z rzeczywistych potrzeb chorego, a nie jest mu w jakikolwiek sposób narzucana, pragnę wskazać na mogące tu wystąpić zagrożenia.

Pierwszym z nich jest organizowanie różnego rodzaju grup pacjentów rejestrowanych przez Internet przez producentów leków (w tym dostępnych bez recepty) i suplementów diety itp., tworzących w ten sposób sieć klientów swoich produktów, a w miarę potrzeb także lobby możliwe do wykorzystania w mediach i różnego rodzaju kampaniach społecznych w celach popularyzacji swoich produktów na tle oferty konkurencji, a także wyszukiwania chorych jako potencjalnych uczestników nielegalnych badań.

Drugim zagrożeniem związanym ze zrzeszaniem się pacjentów onkologicznych w Internecie jest możliwość infiltracji tej grupy przez terapeutów świadczących usługi niezgodne ze standardem klinicznym, producentów środków leczniczych o niepotwierdzonej klinicznie skuteczności, produktów nie dopuszczonych do legalnego obrotu aptecznego i importerów takich środków z zagranicy. Nie jest to zagrożenie nieuzasadnione, ponieważ obserwacje rynku usług paramedycznych i nielegalnych produktów leczniczych, jaki ukształtował się w Polsce w latach 1990–2020, je potwierdzają. Aby zapisać się na alternatywną terapię wystarczy kilka minut, a zakupiony przez Internet alternatywny produkt leczniczy zostanie dostarczony klientowi najpóźniej w kilka dni.

Trzecim zagrożeniem wreszcie, o którym chciałabym tu wspomnieć, jest zamykanie się osób chorych onkologicznie we własnym gronie i skupianie się przez nich na chorobie, która staje się zasadniczą osią organizacji ich egzystencji. Sądzę, że skupianie się pacjentów onkologicznych w wyodrębnionych ze względu na chorobę homogenicznych grupach nie powinno być ani jedynym, ani też najważniejszym czynnikiem ich pozadomowej aktywności. Normalnym środowiskiem osób chorych

przewlekłe, w tym na choroby nowotworowe (podobnie jak na chorych na cukrzycę, nadciśnienie, choroby zwyrodnieniowe, czy choroby układu krążenia) powinno być środowisko osób zdrowych, w którym chorzy ci uczestniczą na równych prawach, w sposób dostosowany do swoich oczekiwań, możliwości oraz potrzeb. Naturalnym tego rodzaju środowiskiem powinna być dla pacjenta rodzina, w której życiu chory powinien aktywnie uczestniczyć, nie koncentrując się wyłącznie na objawach choroby i podtrzymując wszystkie rodzaje nawiązanych wcześniej relacji. W środowisku pozarodzinnym natomiast alternatywą dla stowarzyszeń pacjentów powinny być normalne kontakty towarzyskie nawiązane przez chorego przed pojawieniem się choroby, zarówno w miejscu pracy, jak i w miejscu zamieszkania. O jakość tych kontaktów pacjent powinien zadbać sam, a nie wyłącznie oczekiwać na wsparcie i pomoc otoczenia. Diagnoza choroby i proces leczenia, o ile nie prowadzą do całkowitego unieruchomienia chorego, powinny jak najmniej zmieniać w życiu pacjenta. W Polsce setki tysięcy starszych ludzi, z których wielu jest w różnym stopniu niepełnosprawnych i chorych, czynnie uczestniczy w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Ten rodzaj aktywności, nastawiony na kontakt z rówieśnikami i podejmowanie wielu różnych rodzajów zajęć, dostarczających osobom starszym przyjemnych wrażeń, poszerzających ich horyzonty, rozwijających hobby na pewno należy ocenić wyżej, niż udział w grupach, w których jedynym ogniwem łączącym ich uczestników jest diagnoza choroby i jej wspólne przeżywanie. W Europie Zachodniej miliony ludzi korzystają ze zróżnicowanej oferty typu out door, organizowanej zarówno przez lokalne władze samorządowe<sup>12</sup>, jak

---

<sup>12</sup> Por. B. Płonka-Syroka, *Organizacja przestrzeni publicznej z uwzględnieniem specjalnych potrzeb zdrowotnych osób niepełnosprawnych i starszych na przykładzie Gór Polabskich w Saksonii*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Kaźmierczak, S. Jandziś, A. Syroka (red.), *Tradycje i perspektywy rozwoju kultury uzdrowiskowej w Iwoniczu-Zdroju w kontekście europejskim*. Kultura uzdrowiskowa w Europie, t. 10, Wrocław 2018, s. 241–267; eadem, *Organizacja przestrzeni publicznej w parkach narodowych Sächsische Schweiz w Saksonii i Gramvousa na Krecie z uwzględnieniem osób niepełnosprawnych i starszych. Studium porównawcze*, [w:] P. Sałustowicz, S. Kalinowski, B. Goryńska-Bittner (red.), „*Bliżej ludzi*” – programem dla nauk społecznych? Bielefeld 2018, s. 249–273; eadem, *Rośliny lecznicze w ofercie marketingowej uzdrowisk i miejscowości wypoczynkowych w Szwajcarii Saksońskiej i okolicach*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Rośliny w lecznictwie, w środowisku naturalnym i w krajobrazie kulturowym*. Lek roślinny, t. 6, Wrocław 2017, s. 265–276. W przytoczonych tu publikacjach przedstawiam, w jaki sposób przestrzeń publiczna została wszechstronnie zaaranżowana pod kątem możliwości przebywania w niej osób niepełnosprawnych i starszych, a także jakie rodzaje aktywności podejmowanej wspólnie z osobami zdrowymi są im w tej przestrzeni oferowane. Kontrastem dla tego sposobu organizacji przestrzeni publicznej jest park narodowy Gramvousa, w którym nie podjęto żadnych działań integracyjnych, mimo że jest to w pełni możliwe, uzasadnione społecznie i przyczyniłoby się do wzrostu dochodów osiąganych przez mieszkańców obszaru parku żyjących z turystyki.

i stowarzyszenia wolontariuszy. Kontakt z osobą chorą może być dla osób zdrowych okazją do gruntownego przemyślenia swego życia, nowego określenia jego priorytetów oraz otwarcia się na potrzeby innych. Dla osób chorych natomiast kontakt z osobami zdrowymi jest koniecznością i potrzebą, którą powinniśmy uznać za naturalną oraz jak najszerzej wyjść jej naprzeciw.

## **Wnioski**

Podsumowując niniejsze rozważania chciałabym wskazać priorytety, jakie uznaję za podstawowe w określeniu roli rodziny i otoczenia społecznego w udzielaniu wsparcia osobom chorym na choroby nowotworowe.

1. Przeżywanie choroby nowotworowej przez pacjenta nie powinno odbywać się w samotności. Już na etapie pierwszych objawów, które budzą niepokój chorego i mogą stanowić podstawę do szukania przez niego pomocy lekarskiej, członkowie rodziny i otoczenia społecznego powinni aktywnie wspierać pacjenta i dopomóc mu w przełamaniu lęku przed diagnozą, której chory potencjalnie się obawia, co opóźnia moment rozpoczęcia badań. Przekonanie chorego do poddania się badaniom diagnostycznym w nowoczesnym standardzie klinicznym powinno być traktowane jako obowiązek moralny wobec osoby bliskiej, a także jako wyraz miłości lub sympatii do niej. Osoby stojące wobec zagrożenia rozpoznaniem choroby nowotworowej zbyt często reagują bowiem irracjonalnie, a ich postawa lękowa odwołująca się do diagnozy i rozpoczęcia efektywnej terapii może mieć decydujący wpływ na ich dalsze życie, w tym samym na jego przedwczesne zakończenie ze względu na podjęcie terapii w zbyt zaawansowanym stadium choroby nowotworowej.
2. Członkowie rodziny i otoczenia społecznego powinni po postawieniu diagnozy choroby nowotworowej zdobyć podstawową wiedzę dotyczącą choroby bliskiej im osoby, utrzymaną w standardzie klinicznym. Powinni współpracować z lekarzem prowadzącym terapię, który zaleci może odpowiednią lekturę, a nie samodzielnie poszukiwać wiedzy np. w Internecie lub popularnych poradnikach paranaukowych, gdyż uzyskane w ten sposób wiadomości mogą nie być rzetelne, podobnie jak zalecane metody wsparcia psychologicznego osób chorych. Wszelkie rodzaje informacji dotyczących choroby, w tym szczególnie związanych z nią zagrożeń, rodzina powinna weryfikować w kontakcie z lekarzem prowadzącym. Jest to konieczne, aby pomóc rozwiewać obawy pacjenta i samemu nie wierzyć w koncepcje nie oparte na rzetelnych podstawach naukowych.
3. Członkowie rodzin osób chorych na choroby nowotworowe powinni rozmawiać z chorym o jego chorobie. Współczesna psychologia i pedagogika stwierdzają,

że ubranie choroby w słowa, jej opisanie w postaci określonej strategii narracyjnej, stanowi dla chorego istotną formę wsparcia. Gdy choroba nowotworowa zostaje uznana za temat rozmów, które można prowadzić z chorym i gdy otoczenie społeczne chorego, dysponujące podstawową wiedzą dotyczącą choroby, może z nim o tym rozmawiać (także przełamując własne postawy lękowe) choroba ulega odmityzowaniu, jest traktowana jak schorzenie, a nie jak „katastrofa”, jak proces o charakterze biologicznym, który da się w pewnym stopniu kontrolować. Jak proces, nad którym pacjent może dzięki własnej aktywności zapanować (np. godząc się na długotrwałą i nieprzyjemną terapię albo okaleczającą operację). Pacjent, który może przyznać się do choroby bliskim (członkom rodziny, czy też kolegom z pracy), nie traktuje jej jako załamania dotychczasowego przebiegu biografii, jako zdarzenia prowadzącego nieuchronnie do śmierci, jako faktu przekreślającego wszystkie plany i nadzieje na przyszłość. Gdy nie jest pozostawiony sam na sam z tego rodzaju myślami, jego postrzeganie choroby może się zmienić w wyniku wspierającej interwencji osób bliskich.

4. Członkowie rodziny pacjenta onkologicznego, którzy uzyskali od lekarza prowadzącego terapię i z wiarygodnych opracowań popularnonaukowych informacje na temat tego, w jaki sposób mogą w związku z chorobą zmienić się odczucia, emocje i zachowanie chorego, mogą udzielić mu bardziej efektywnej pomocy. Współpraca lekarza z rodziną chorego tworzy korzystne dla pacjenta środowisko terapeutyczne, w którym problemy chorego są rozwiązywane wspólnie przez środowisko domowe i szpitalne, w tym samym standardzie racjonalności opartym na Evidence Based Medicine.
5. Członkowie rodzin i otoczenie społeczne pacjentów z chorobą nowotworową powinni podejmować z pacjentem onkologicznym rozmowy na temat tego, jak będzie wyglądało jego życie po chorobie, po terapii, po operacji. Powinni pytać go, jak chce zaplanować powrót do pracy, czy chce pracować w tym samym miejscu, czy też poszukać innego zatrudnienia, bo dotychczasowe nie sprawiało mu satysfakcji. Tego rodzaju rozmowy włączają chorobę w normalny bieg biografii pacjenta, umożliwiają mu spojrzenie na nią z właściwej perspektywy, tj. okresowej niedomogi ciała, która z pewnością zostanie przezwyciężona.
6. Bliscy chorego na chorobę nowotworową nie powinni jednak unikać rozmów także o lękach przeżywanych przez pacjenta. Inaczej będzie się on czuł coraz bardziej wyizolowany i niezrozumiany.
7. Członkowie rodzin i przyjaciele osób cierpiących na choroby nowotworowe powinni starać się zapobiegać wystąpieniu u pacjentów „syndromu niezgody na rzeczywistość”, to jest zespołu reakcji wynikających z odrzucenia realistycznego oglądu świata i zmiany perspektywy jego postrzegania na mityczną, podporządkowaną życzeniom i oczekiwaniom osoby chorej, niemożliwym do



spełnienia ze względów obiektywnych. Podobnie jak we wszystkich chorobach przewlekłych, w których diagnoza kliniczna komunikuje pacjentowi, że objawy chorobowe już zawsze będą towarzyszyły jego biografii, strategia nie przyjmowania takiej diagnozy do wiadomości, nie zgadzania się z nią jako nieprawdzą, podważanie kompetencji lekarza, a z czasem całego systemu medycyny klinicznej i poszukiwanie pomocy poza jej standardem, skazują pacjenta na zwiększenie poziomu cierpienia. Zaprzeczenie diagnozie jej bowiem nie unieście. Najlepszą dla pacjenta strategią jest odważne przyjęcie diagnozy, realistyczna ocena sytuacji, sformułowanie opartego na faktycznych przesłankach planu dalszego życia, zaplanowanie nowej organizacji wspólnego życia rodziny, zastanowienie się nad zmianą pracy na taką, której sposób i miejsce wykonywania będą dostosowane do sił pacjenta itp. Tego rodzaju reakcja na chorobę przewlekłą – w tym nowotworową – występuje najczęściej w zycziwym dla pacjenta i rozumiejącym jego potrzeby otoczeniu osób bliskich.

8. Istotną rolę wspierającą przeżywanie przez pacjentów choroby nowotworowej może pełnić uczestniczenie rodziny chorego w kalendarzu badań okresowych i profilaktycznych. Dla wielu pacjentów onkologicznych związane z przebyciem chorobą odczucia są bowiem bardzo silną barierą przed podejmowaniem takich badań. Chorzy obawiają się ich, ponieważ przypuszczają, że ich wyniki mogą okazać się niekorzystne, że „choroba wróci”. Zwykle nie rozumują bowiem w ten sposób, że badania kontrolne pozwalają wykryć chorobę „która już jest” i odwlekanie terminu wykonania tych badań może się okazać groźne. Z lęku przed nawrotem choroby pacjenci wypierają ze swojej świadomości zagrożenie związane z chorobą nowotworową, lekceważą drobne objawy lub pojawianie różnego rodzaju dysfunkcji, które powinny ich zaniepokoić (krwawienia z przewodu pokarmowego, zaburzenia trawienne, zaparcia, zmiany skórne, dolegliwości bólowe, przewlekły kaszel, chrypka itp.). Czekają aż dolegliwość „sama przejdzie”, podejmują jej leczenie „domowymi sposobami”, albo wymyślają fantastyczne interpretacje przyczyn obserwowanych objawów. Gotowi są chwycić się każdej nadziei, że te objawy nie wiążą się z nawrotem raka. Rodziny i przyjaciele chorych powinni starać się przełamywać lęk pacjentów przed regularnym poddawaniem się badaniom kontrolnym. Nie wolno jednak tego lęku ośmieszać ani bagatelizować. Najlepszą postawą jest w tym wypadku wysłuchanie ze zrozumieniem obaw chorego i nakłonienie go do przeprowadzenia badań kontrolnych, pomimo ich odczuwania. Zrozumienie obaw pacjenta nie jest bowiem równoznaczne z ich aprobatą.
9. Rodzina i otoczenie społeczne chorego na chorobę nowotworową powinni podjąć starania, aby zachował on w trakcie choroby możliwość realizacji swoich wcześniejszych upodobań i preferencji dotyczących spędzania czasu, form życia

towarzyskiego. Chory powinien jak najwięcej czasu spędzać wspólnie z osobami zdrowymi. Umożliwi mu to ujrzenie własnej choroby we właściwej perspektywie. Po 60 roku życia nie ma już bowiem w populacji osób zupełnie zdrowych. Wielu pacjentów choruje na różne choroby przewlekłe, a czasem nawet kilka. Pacjent z diagnozą onkologiczną spędzając czas ze zdrowymi rówieśnikami ma okazję porozmawiać nie tylko o własnych obawach czy dolegliwościach, lecz także wysłuchać zwierzeń innych. Może to wpłynąć na jego stosunek do choroby nowotworowej jako „zdarzenia podobnego do innych”, jako choroby o innych parametrach biologicznych, ale nie wyróżniającej go z otoczenia społecznego osób w jego wieku, w którym wszyscy zmagają się z jakiegoś rodzaju dolegliwościami, uczestniczą w badaniach profilaktycznych, a przede wszystkim leczą się w sposób systematyczny. Ze względu na wzrost efektywności terapii onkologicznej przebywanie pacjentów z tej grupy w otoczeniu osób zdrowych oraz chorych na inne schorzenia, ale postrzegających same siebie jako osoby zdrowe (choroba nie jest zasadniczą osią ich biografii, pracują, zarabiają, prowadzą życie towarzyskie, mają hobby itp.) jest najbardziej właściwą formą relacji społecznych.

10. Uzyskanie wsparcia społecznego przez pacjentów chorych onkologicznie prowadzi do ustabilizowania psychiki pacjenta. Akceptacja choroby przez rodzinę pacjenta i wybór wspólnie z lekarzem właściwej strategii radzenia sobie z chorobą są podstawą rozwiązania problemów ekonomicznych, które mogą wystąpić w rodzinach pacjentów onkologicznych w związku z chorobą. Jeżeli pacjent nie będzie się obawiał utraty pracy, zarobków, pozycji i prestiżu, związanego ze swoją pracą zawodową, jako czynników, które mogą doprowadzić do rozpadu rodziny, nie będzie ukrywał choroby przed bliskimi. Łatwiej zgodzi się na diagnozę i terapię kliniczną, będzie systematycznie prowadził badania kontrolne, nie będzie też uciekał w nałogi. Otwarte omówienie kwestii dotyczących ekonomicznych podstaw życia rodziny i akceptacja przez wszystkich jej członków okresowego (lub trwałego) spadku poziomu dochodów, zmiany miejsca zamieszkania, spadku poziomu konsumpcji pozwoli choremu skoncentrować się na walce z chorobą. Po jej pomyślnym zakończeniu przyjdzie czas na ponowne uregulowanie kwestii ekonomicznych. Być może okaże się konieczne dokonanie zmian w sposobie zabezpieczenia potrzeb życiowych rodziny pacjenta onkologicznego w sposób trwały – główną rolę w dostarczaniu środków utrzymania przejmie współmałżonek, albo konieczne będzie uregulowanie kwestii pomocy materialnej dla rodziców, która mogłaby być systematycznie udzielana przez dorosłe i pracujące dzieci. Postawienie tych kwestii w sposób otwarty i ich wspólne rozwiązanie przez członków rodziny pacjenta chorego na chorobę nowotworową będzie korzystne dla pacjenta nie tylko ze względów terapeutycznych, lecz także społecznych.

11. Ważny jest także stosunek rodziny pacjentów z chorobą nowotworową do konieczności wykonania u nich dla ratowania życia okaleczających operacji. To, w jaki sposób nowy kształt fizyczny ich ciała zostanie odebrany przez męża czy żonę, czy zostanie przez nich zaakceptowany, ma podstawowe znaczenie dla pooperacyjnej biografii społecznej chorego. Mąż i żona powinni wspierać współmałżonka, któremu lekarz zaleca okaleczającą operację i pomóc mu w zaakceptowaniu nowego wyglądu ciała, a nie przyczyniać się do wytworzenia u chorego dodatkowej traumy. Współuczestnicząc w różnych rodzajach troski pacjenta o poprawę estetyki operowanego ciała, takich jak zakup peruki, protezy piersi, czy nowego ubioru dostosowanego rozmiarem do zmienionego wyglądu chorego, wspierają go w utrwaleniu jego pozytywnej samooceny. Pomocne może być także urządzenie na nowo pokoju zajmowanego w domu przez chorego, poprawiające jego estetykę, a także mniej kosztowne zmiany, takie jak zakup kwiatów do domu, nowe urządzenie przydomowego ogrodu itp. Chory z diagnozą onkologiczną, znajdujący się w trakcie leczenia, po chemioterapii czy operacji onkologicznej, zmagający się z szeregiem przykrych objawów somatycznych, doświadcza w ten sposób miłości i zaangażowania małżonka, dzieci lub innych członków rodziny (np. rodzeństwa). Czuje, że dokonując jakichś domowych inwestycji lub zakupując nową odzież ów małżonek wierzy, że pacjent będzie dalej żył, że jego terapia się powiedzie i będzie miał szansę z tych rzeczy skorzystać. Podobna wiara w powodzenie terapii, wyrażana przez innych członków rodziny, jest istotnym czynnikiem skłaniającym chorego do utrzymania się w reżimie terapeutycznym. Rekonwalescencja z uwzględnieniem troski o estetykę ciała i w pięknym otoczeniu domowym z pewnością korzystnie wpływa na stan psychiczny i emocjonalny chorych, zwiększa ich nadzieje na wyzdrowienie, a zarazem oddala perspektywę korzystania przez nich z terapii alternatywnych, które wielu pacjentów traktuje jako ucieczkę od rzeczywistości, w której nie potrafią się odnaleźć.
12. Szczególnie ważny dla chorego jest ten etap choroby, w którym po przejściu wyczerpującej terapii uzyskał realną poprawę stanu zdrowia, potwierdzoną klinicznie. Po okresie nasilonego lęku społecznego, egzystencjalnego i metafizycznego, wraz z odzyskiwaniem sił po operacji lub chemioterapii, z powrotem do ogólnej sprawności ciała i poprawą wyglądu, pacjenci onkologiczni doświadczają przeżyć psychicznych o charakterze katharsis. Nie powinni ich przeżywać samotnie. Ich rodzina i bliskie otoczenie społeczne powinni umieć wczuć się w odczucia i emocje pacjentów. Powinni wspólnie z nimi uczestniczyć w radości z powrotu do życia i przebudzenia sił życiowych, doświadczanej przez chorych po pomyślnym zakończeniu terapii. Wspólne przeżycie doświadczenia choroby nowotworowej może być bardzo istotnym czynnikiem integrującym

rodzinę, wykazało bowiem trwałość łączących jej członków więzi, opartych nie tylko na formalnych zobowiązaniach, lecz przede wszystkim na wzajemnych pozytywnych uczuciach i zaufaniu.

13. Wszystkie powyżej przedstawione wnioski odnoszą się do sytuacji, gdy leczenie onkologiczne okazało się skuteczne, rozpoznany nowotwór został całkowicie uleczony lub przyjął kontrolowaną pod względem klinicznym postać przewlekłą. Ku tej kategorii pacjentów omawiane tu, pozytywnie oceniane jako skuteczne, metody wsparcia w chorobie nowotworowej powinny być skierowane. Po przezwyciężeniu choroby dzięki zastosowaniu związanych z nimi metod pacjenci będą mogli powrócić do życia społecznego, z czasem neutralizując psychologiczne i społeczne skutki choroby.

Nie podejmowałam w tym rozdziale kwestii znajdujących się w obszarze tanatologii, tj. nauki o śmierci i umieraniu, gdy stan kliniczny pacjenta nie poddaje się już żadnym metodom interwencji lekarskiej. Zajmuję jednak krytyczne stanowisko wobec poglądów jednej z pionierek tej dyscypliny, Elisabeth Kübler-Ross. Omówione w tym rozdziale konstruktywne metody wsparcia społecznego uważam bowiem za bardziej efektywne także w przypadku osób chorych terminalnie. Umieranie z poczuciem dobrze wypełnionych obowiązków, ze świadomością realizacji celów, które stawiało się sobie w młodości, z poczuciem wyjątkowości swojego życia i jego wielkiej wartości jest – zdaniem osób udzielających wsparcia osobom umierającym, których poglądy cytowałam w tym rozdziale – przepełnione poczuciem sensu życia, od którego nie należy w ostatnich jego chwilach się odrywać, ale należy go w całej pełni odczuć.

Absolwenci farmacji, wykonujący zawód zaufania publicznego, będą mieli w trakcie przyszłej pracy zawodowej wiele okazji do tego, aby udzielić wsparcia osobom chorym na chorobę nowotworową i ich rodzinom, podobnie jak na inne choroby przewlekłe. Sytuacje tego rodzaju będą mogły wystąpić zarówno podczas pracy w aptece, w której kontaktować się będą z rozpoznawanym przez nich pacjentem i jego bliskimi, jak również w okolicznościach życia prywatnego. Ważne jest, aby po złożeniu przysięgi zawodowej absolwent studiów farmaceutycznych udzielał tego wsparcia w sposób profesjonalny. By był w stanie odesłać pacjenta do profesjonalnych lektur, podtrzymał gotowość chorego do systematycznego poddawania się badaniom kontrolnym i utrzymania się w reżimie terapeutycznym. By potrafił nawiązać rozmowę z pacjentem, który tego oczekuje i aby wziął odpowiedzialność za słowa, które w tej rozmowie padną.



Bardzo ciekawa książka, poruszająca kompleksowo zagadnienia etyczne w szeroko pojętej farmacji, nieograniczonej do wykonywania zawodu farmaceuty w aptece. Tematyka jest niezwykle aktualna ze względu na powtarzające się debaty społeczne oraz wprowadzane zmiany w prawodawstwie w zakresie funkcjonowania farmaceuty w kontekstach aptecznym i klinicznym, a także obrotu lekami i preparatami lekopodobnymi, w tym suplementami diety i homeopatykami. Na podkreślenie zasługuje podjęcie oryginalnych kwestii takich jak irracjonalizm w przeżywaniu choroby. Ważne z punktu widzenia racjonalnej opieki farmaceutycznej są również analizy etyczne roli medycyny opartej na dowodach naukowych, często niewłaściwie rozumianej przez farmaceutów podatnych na reklamy i działania promocyjne w nieco tylko mniejszym stopniu niż pacjenci. Monografia autorstwa Pani Prof. Bożeny Płonki-Syroki jest ciekawą pozycją i powinna być rekomendowana jako lektura zarówno młodych adeptów nauk farmaceutycznych, jak i doświadczonych farmaceutów zajmujących stanowiska także w obszarach decyzyjnych (nadzór, inspektoraty, instytucje wprowadzające do obrotu, samorządy zawodowe).

Prof. dr hab. Adam Matkowski

Celem monografii jest przybliżenie studentom farmacji humanistycznych aspektów zawodu, który będą w przyszłości wykonywać, ze szczególnym uwzględnieniem jego podstaw etycznych. Etyka zawodowa farmaceuty jest etyką normatywną. Jej standard jest kształtowany przez ogólne zasady etyki filozoficznej oraz aktualny stan wiedzy medycznej (Evidence Based Medicine). Obie te podstawy nakładają szereg obowiązków, do których rzetelnego wypełniania zobowiązują się absolwenci farmacji, składając pod koniec studiów przysięgę zawodową (...). Monografia przedstawia studentom różne rodzaje uzasadnień przemawiających za tym, by w swojej pracy zawodowej wykazywali zaangażowaną postawę wobec pacjentów, traktując ich przede wszystkim nie jak klientów, ale jak osoby wymagające zrozumienia i pomocy, a często też adresatów ukierunkowanych zabiegów edukacyjnych, kształtujących świadomość zdrowotną zgodnie ze współczesnym standardem klinicznym (...). Brak jest obecnie na rynku publikacji o podobnym charakterze, adresowanych do farmaceutów i przedstawicieli innych zawodów medycznych, którzy w związku z wykonywaną pracą zawodową mogą przyczynić się do kształtowania świadomości zdrowotnej pacjentów w sposób racjonalny, oparty na faktach klinicznych i ich współczesnych interpretacjach.

Dr hab. n. med. Krzysztof Wronecki em. prof. UMW

e-ISBN 978-83-7055-645-7



9 788370 556457



**UNIwersYTET MEDYCZNY**  
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU