

NORBERT REHLIS

Narodowy Departament Zdrowia, Port Moresby, Papua-Nowa Gwinea /
/ National Department Health Papua New Guinea

Praca lekarska dr Wandy Bleńskiej jako przykład holistycznego podejścia do pacjenta

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zdrowie jako: „Nie tylko brak choroby czy kalectwa, lecz stan kompletnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu” (WHO 984). Podana definicja sugeruje, że pracownicy służby zdrowia powinni rozpatrywać zdrowie pacjenta nie tylko w kategoriach obecności lub braku procesu chorobowego, ale że powinni koncentrować się na całokształcie czynników wpływających na stan chorego. Takie całościowe podejście nazywane jest holistycznym. Wyraz holistyczny wywodzi się z języka greckiego, w którym słowo *holos* oznacza ‘cały’ (*Słownik* 176).

Według przyjętego przez Światową Organizację Zdrowia modelu do pacjenta nie wolno podchodzić przedmiotowo i traktować go jako zespołu tkanek i organów, które należy leczyć, ale podmiotowo: w pacjencie przede wszystkim należy widzieć człowieka z jego osobowością, należy rozumieć jego cierpienie, dostrzegać powiązania z otaczającym go światem zewnętrznym i wpływ choroby na jego życie oraz relacje z bliskimi i lokalną społecznością. Jest to szczególnie ważne w sytuacjach, kiedy lekarz i pacjent wywodzą się z odrębnej grupy kulturowej (Cerimagić 193-194).

Rozwój medycyny i powstanie wielu nowych dziedzin nauk medycznych oraz specjalności lekarskich nie sprzyja holistycznemu podejściu do chorego (Letkiewicz 39-40). Brak całościowego spojrzenia na pacjenta staje się nieuniknioną konsekwencją fragmentaryzacji medycyny, często lekarzowi brakuje czasu na szczegółową ocenę badanego i prawidłową komunikację. Elementy te mogą sprzyjać obniżaniu satysfakcji pacjentów z jakości opieki medycznej, która w dużym stopniu zależna jest od: komunikacji pomiędzy pracownikiem

medycznym a chorym, troski o jego uczucia, zrozumienia jego problemów i udzielonego wsparcia emocjonalnego (Stewart 1429).

Komercjalizacja medycyny i podporządkowywanie opieki zdrowotnej prawom wolnego rynku jest kolejnym zjawiskiem charakteryzującym współczesny sektor zdrowia. Coraz powszechniejsze traktowanie zakładów opieki zdrowotnej jak „przedsiębiorstw handlowo-usługowych”, a pacjentów jako „klientów” budzi szereg dyskusji i uzasadnione wątpliwości natury etycznej (Biesaga 19-23). Zjawisko komercjalizacji opieki zdrowotnej ma negatywny wpływ na dostęp do usług medycznych (Gao *et al.* 310) i wywołuje społeczny sprzeciw (Roguska 10).

W obliczu powyższych faktów poszukiwanie autorytetów moralnych i wzorców lekarzy, którzy swój zawód traktują jak życiową misję, a do pacjentów podchodzą w sposób holistyczny, staje się dziś koniecznością. Aby zapewnić dostęp do wysokiej jakości usług medycznych jak największej części ludności, pracownicy medyczni powinni wzorować się na tych lekarzach, którzy zawodu medycznego nie traktują wyłącznie jako źródło zaspokajania potrzeb materialnych, ale którzy potrafią okazać szacunek i zrozumienie dla każdego pacjenta, bez względu na jego stan majątkowy. Lekarze powinni mieć także zdolność holistycznego traktowania chorego z uwzględnieniem jego stanu psychofizycznego, osobowości oraz pochodzenia kulturowego i społecznego.

W opinii społeczności akademickiej jednym z takich wzorców jest postać dr Wandy Błęńskiej – lekarki trędowatych z Ugandy nagrodzonej za swoje dokonania tytułem *doktora honoris causa* Akademii Medycznej w Poznaniu (obecnie Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; *Informator* 88).

Nasuwa się pytanie: czy oraz w jakim stopniu dr Wanda Błęńska może służyć młodszemu pokoleniu za wzorzec w podejściu i rozumieniu pacjenta?

Aby odpowiedzieć na to pytanie, należy zapoznać się z najważniejszymi faktami z życia dr Wandy Błęńskiej oraz przeanalizować na podstawie dostępnej dokumentacji sposób jej podejścia do chorego.

Doktor Wanda Błęńska urodziła się w Poznaniu w 1911 r. Od dziecka marzyła o tym, by zostać lekarką na misjach (Florczak 5). Po ukończeniu studiów na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Poznańskiego rozpoczęła pracę w szpitalach w Toruniu i Gdyni. W czasie wojny pracowała w Państwowym Zakładzie Higieny w Toruniu. W roku 1942 wstąpiła do Armii Krajowej. Dwa lata później została aresztowana przez gestapo. Po wykupieniu przez członków Gryfa Pomorskiego, gdzie była komendantką, wróciła do Torunia (Nawrocka 9). Po zakończeniu wojny opuściła nielegalnie Polskę (nie otrzymała przez ówczesne władze paszportu) i udała się do Niemiec, aby ratować chorego brata. Ponieważ powrót do Polski okazał się niemożliwy, dr Błęńska udała się do Anglii, gdzie pracowała wśród uchodźców. Podczas pobytu w Anglii

ukończyła kurs medycyny tropikalnej w Liverpoolu i otrzymała propozycję wyjazdu do Ugandy, gdzie miała pomóc w tworzeniu leprozorium w ośrodku misyjnym prowadzonym przez misjonarzy z zakonu Ojców Białych (Zgromadzenie Misjonarzy Afryki). W 1951 r. dotarła do Buluby, gdzie z jej inicjatywy już w 1952 r. powstał szpitalik z salą chirurgiczną i 80 łózkami (Nowicka 10). Ośrodek leczenia trędowatych z czasem przekształcił się w ośrodek konsultacyjny i szkoleniowy, a dr Wanda Błęńska została uznana za autorytet w dziedzinie rozpoznawania i leczenia trądu (Nowicka 10).

Aby zrozumieć potrzebę holistycznego podejścia do chorych na trąd, należy przedstawić podstawowe wiadomości na temat tej jednostki chorobowej. Trąd, zwany też chorobą Hansena (Cochrane 208), jest przewlekłą chorobą zakaźną wywoływaną przez bakterię *Mycobacterium leprae* (Pinheiro *et al.* 217). Powoduje ona uszkodzenia skóry i obwodowego układu nerwowego, co prowadzi do zmian skórnych w postaci guzów i przebarwień, utraty czucia, zaników tkanek, przykurczów i niedowładów. Obserwowane są także uszkodzenia narządu wzroku i błon śluzowych (Groenen i Saunderson 4-21). U chorych na trąd pojawić się również mogą silne reakcje immunologiczne (Pinheiro *et al.* 218). Trąd występuje pod różnymi postaciami klinicznymi. Najczęściej w jego diagnozowaniu stosuje się klasyfikację Ridleya-Joplinga, która wyróżnia pięć typów trądu: tuberkuloidowy (TT), graniczny tuberkuloidowy (BT), graniczny (BB), graniczny lepromatyczny (BL) i lepromatyczny (LL). Ta różnorodność kliniczna trądu uwarunkowana jest indywidualną odpowiedzią immunologiczną chorego na obecność bakterii *Mycobacterium leprae* i może się zmieniać w zależności od stanu systemu immunologicznego pacjenta (Degang *et al.* 44).

W opisie choroby Hansena na szczególną uwagę zasługuje długi okres inkubacji trądu. Od kontaktu z chorym i zarażenia prątkami trądu do wystąpienia pierwszych oznak choroby może minąć 3-10 lat (Pinheiro *et al.* 217). Utrudnia to dochodzenie epidemiologiczne oraz powoduje powstanie różnych wierzeń dotyczących źródła choroby wśród członków lokalnych społeczności (kłątwa, czary czy też kara za grzechy w poprzednim lub obecnym życiu). Wierzenia te w połączeniu z obrazem klinicznym choroby (deformacjami, niegojącymi się zmianami skórными, zanikiem tkanek) budzą strach przed trędowatymi i powodują negatywny stosunek do nich wraz z ich odrzucaniem przez rodzinę i lokalne społeczności. W wielu przypadkach ten negatywny stosunek do chorych, ostracyzm i stygmatyzacja nie pozwalają na reintegrację z rodziną i środowiskiem nawet po wyleczeniu z choroby (Rafferty 120-121).

Chociaż trąd nie atakuje ośrodkowego układu nerwowego, z powodu lęku przed utratą pracy, odrzuceniem przez rodzinę, przyjaciół i środowisko u chorych na trąd obserwuje się bardzo często zaburzenia psychiczne: depresje i stany lękowe (Pal Sing 166-169), a nawet próby samobójcze (Lifelines). Chorzy

na trąd są narażeni na różne akty dyskryminacji, przemocy fizycznej czy odmowy korzystania z powszechnie dostępnych dla ogółu społeczeństwa usług (Tsutsumi *at el.* 64). Oznacza to, że trąd powoduje nie tylko zmiany patologiczne w organizmie chorego, ale że choroba ta ma znacznie szerszy wymiar społeczny, wyrażający się w najróżniejszych interakcjach pomiędzy chorym a rodziną oraz chorym a lokalną społecznością. Te interakcje, w większości negatywne, mają decydujący wpływ na zdrowie pacjenta, który wymaga holistycznego podejścia z uwzględnieniem wszystkich elementów wpływających na przebieg choroby i samopoczucie chorego.

Takie właśnie podejście do pacjentów prezentowała dr Wanda Błęńska. Na podstawie zachowanych fragmentów jej pamiętników i licznych wywiadów można odtworzyć sposób, w jaki traktowała chorych.

Oto jak dr Wanda Błęńska opisuje swoją pracę wśród trędowatych i kontakt z pacjentami w wywiadzie udzielonym Joannie Molewskiej i Marcie Pawelec, udokumentowanym w książce *Spełnione życie*:

Trąd dotyka całego człowieka, zaś leczyć trzeba nie tylko sam trąd, ale przede wszystkim jego skutki. A skutkiem jest porażenie i przykurcze, które wymagają masażu i rehabilitacji... [...] Jednak największym problemem były nie skutki fizyczne, ale społeczne: izolacja chorych przez rodziny. To było dla nich największym ciężarem. Często rodziny nie potrafiły przełamać bariery strachu (Molewska i Pawelec 107).

„Trąd obejmuje nerwy i to jest bardzo, bardzo bolesne, szczególnie w okresie tak zwanych reakcji gdy jest ostre zapalenie nerwów. Oni cierpieli. Bardzo indywidualnie” (Molewska i Pawelec 107).

Powyższe cytaty świadczą, że dr Wanda Błęńska podchodziła do pacjentów holistycznie. W swoich pacjentach nie widziała wyłącznie procesu chorobowego, który trzeba leczyć, ale całego człowieka, z jego cierpieniem, wewnętrzną wrażliwością wraz z otaczającą go społecznością i rodziną. Rozumiała, z jakimi problemami borykają się chorzy, i starała się im pomóc na wszystkich płaszczyznach. Jej praca nie tylko obejmowała leczenie trądu jako choroby zakaźnej, ale także rehabilitację, zabiegi operacyjne poprawiające wygląd i sprawność chorych, a nawet wpływ na otaczające chorego środowisko.

„W Ugandzie miałam dużo rozmów, posiedzeń, m.in. z kobietami, i jakimiś klubami kobiecymi. Tłumaczyłam, na czym polega zakażenie, jak można się zakazić, a jak można tego uniknąć” (Molewska i Pawelec 108).

„Ci pacjenci są biedni. Zawsze jest tyle osób, które chcąc nie chcąc dają im odczuć, że się boją... Stwarza się czasem taka atmosfera lęku – bo przecież strach się udziela. Ale ja zawsze powtarzałam: «Patrzcie na mnie – mam skrzywione palce czy nie?»” (Molewska i Pawelec 110).

Doktor hab. Zofia Florczak – harcmistrzyni i ostatnia naczelniczka Organizacji Harcererek dawnego ZHP, która w 1967 r. na zaproszenie Wandy Błęńskiej przyjechała na kilka miesięcy do Buluby, aby dokumentować pracę polskiej lekarki oraz zgromadzić materiały historyczne na temat obozów dla uchodźców z Polski w Ugandzie, w których w latach 1942-1946 prężnie działało polskie harcerstwo (obozów Nyabyeya w dystrykcie Masindi i Koja-Mpunga w dystrykcie Mukono), opisuje w *Dokcie* następującą rozmowę pomiędzy siostrami ze Zgromadzenia Sióstr Białych a dr Wandą Błęńską:

[...] od pierwszej chwili objęcia stanowiska lekarza w Bulubie zapytana przez siostry, czy będzie używać rękawiczek ochronnych przy badaniu, odpowiedziała: „Nie. Chory nie może czuć, że się go boję, lub że się go brzydzą” (Florczak 55).

W książce *Jej światło*, komentując tą wypowiedź, dr Wanda Błęńska dodała, że kiedy trzeba było, to oczywiście rękawiczki nosiła, bo trzeba zachowywać wszystkie reguły ostrożności w przypadku chorób zakaźnych, ale kiedy można było, to pokazywała, że nie ma lęku przed trędowatym: „A myłam ręce nie tylko po zbadaniu kogoś z trądem, ale po każdym chorym – po to, żeby wszyscy wiedzieli, że to należy do rytuału lekarza” (Molewska i Pawelec 110).

Na uwagę zasługuje też inny cytat z książki Małgorzaty Nawrockiej i Marty Pawelec *Jej światło*:

Pacjenci widzą, czują, że jest ktoś kto ich rozumie, kto im współczuje. To dla pacjenta bardzo ważne i o tym trzeba pamiętać. Wszyscy ci ludzie dotknięci są bólem. Czekają na to żeby im ulżyć. Żeby im pomóc... Zatem wszystkie takie odruchy czy poczynania, jak mówiłam, które mają choć trochę uśmierzyć ich ból, czy to fizyczny, czy psychiczny, są dla tych ludzi bardzo ważne (Molewska i Pawelec 111).

Zaprezentowany fragment ilustruje, jak bardzo dr Wanda Błęńska angażowała się w leczenie chorych, jak dogłębnie studiowała ich psychikę, próbowała ich zrozumieć, a przez to pomóc i ulżyć w cierpieniu. Doktor Wanda Błęńska leczyła nie tylko ciało, ale również zranioną duszę pacjenta, i wpływała na jego otoczenie, by chory mógł poczuć, że jest ponownie akceptowany, by czuł się bezpiecznie i zdrowo. Wszystkie te elementy wpasowują się w holistyczny model podejścia do pacjenta i pokazują, że definicja zdrowia proponowana przez Światową Organizację Zdrowia nie jest czystą teorią i że może być realizowana w praktyce nawet w przypadku tak poważnych i trudnych chorób jak trąd.

Doktor Wanda Błęńska może służyć jako przykład holistycznego podejścia do pacjenta i stanowić wzór postępowania dla nowych pokoleń lekarzy. Pod-

czas wykładu inauguracyjnego w czasie uroczystości nadania Wandzie Błęńskiej tytułu doktora *honoris causa* Akademii Medycznej w Poznaniu profesor Andrzej Łukaszyk – promotor doktoratu – porównał działalność dr Wandy Błęńskiej z działalnością Matki Teresy z Kalkuty i doktora Alberta Schweitzera – laureatów Nagrody Nobla, oraz doktora Paula Brandta – pioniera w zakresie leczenia i rehabilitacji trędowatych.

Biorąc pod uwagę holistyczne podejście do pacjentów, dr Wanda Błęńska porównywana może być także z innymi sławnymi lekarzami, jak na przykład pediatrą i pedagogiem Januszem Korczakiem, ojcem polskiej medycyny Ludwikiem Gąsiorowskim, a także z misjonarzem trędowatych w Indiach – o. Marianem Żelazkiem – uznanym autorytetem moralnym i kandydatem do Pokojowej Nagrody Nobla.

Doktor Wanda Błęńska zmarła w listopadzie 2014 r., ukończywszy 103 lata, zostawiając młodym pokoleniom przesłanie, że zawód lekarza to przede wszystkim powołanie, a troska o pacjenta powinna wypływać nie z chęci zysku, a z chęci pomocy choremu, oraz że w każdym pacjencie należy widzieć człowieka i należy traktować go podmiotowo i holistycznie.

MEDICAL SERVICE OF DR. WANDA BŁEŃSKA AS AN EXAMPLE OF HOLISTIC APPROACH TOWARDS PATIENTS

Abstract

The World Health Organization defines health as ‘a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.’ This definition promotes a holistic approach towards patients. New discoveries and developments in medical science lead to breaking up medicine into narrow specialities. New generation of health workers needs role models that are able to enhance the status of medical profession and to oppose negative consequences of fragmentation of medicine and commercialization in the health sector. The author of the article proposes Dr Wanda Błęńska – doctor of leprosy patients from Uganda – as a role model of holistic approach in medicine. Doctor Wanda Błęńska took efforts to understand her leprosy patients and support them in all their needs. Her service not only included treatment of ‘leprosy’ as infectious disease, but also physical and psychological rehabilitation of patients, orthopaedic and cosmetic surgery, or even changing the patients’ environment to ensure their highest possible physical, mental and social well-being. Doctor Wanda Błęńska left a message to the new generation of doctors: first of all, medical profession is a vocation; care for patients should be motivated by the desire to relieve the patients’ suffering and not only by the doctor’s own financial benefits; doctors should see a human being in every patient and respect and treat them in a holistic way.

Keywords: Wanda Błęńska; holistic approach; health definition; leprosy; medical profession

Słowa kluczowe: Wanda Błęńska; podejście holistyczne; definicja zdrowia; trąd; zawód medyczny

BIBLIOGRAFIA

- Biesaga, Tadeusz. „Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny”. *Medycyna Praktyczna* (2005) 9: 19-23.
- Cerimagic, Sabina. “Cross-cultural effects on cancer patient-doctor communication.” *European Journal of Business and Social Sciences* (2013) 1.12: 192-200.
- Cochrane Robert G. “In defence of the name «Leprosy»”. *International Journal of Leprosy* (1970) 38.2: 207-209.
- Degang, Yang. Nakamura, Kazuaki. Akama, Takeshi. Ishido, Yuko. Luo, Yuqian. Ishii, Norihisa. Suzuki, Koichi. “Leprosy as a Model of Immunity.” *Future Microbiology*. 9.1 (2014): 43-54.
- Florczak, Zofia. *Dokta. Opowieść o Wandzie Błęńskiej, lekarzu trędowatych w Ugandzie*. Oborniki Wielkopolskie: Missio Press, 1993.
- Gao, Jun. Tang, Shenglan. Tolhurst, Rachel. Rao, Keqing. “Changing access to health services in urban China: implication for equity.” *Health Policy and Planning* 16.3 (2001): 302-312.
- Groenen, Guido. Saunderson, Paul. *How to diagnose and treat leprosy*. London: The International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP), 2001. 1-38.
- Informator*: Red. Aniela Piotrowicz, Alicja Strzelecka-Żyromska, Magdalena Kotlarek-Naskręt. Poznań: Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, 2012: 86-92.
- Letkiewicz Sławomir. „Holistyczne podejście lekarza do pacjenta”. *Przegląd Urologiczny* 72.2 (2012): 39-41.
- Lifelines. The quest for global health. “How a leprosy sufferer overcame suicide”. 23.09.2014. Dostęp 20.06.2015. <<http://www.aljazeera.com/programmes/lifelines/2014/09/how-leprosy-sufferer-overcame-suicide-20149238462114915.html>>
- Molewska, Joanna. Pawelec, Marta. *Wanda Błęńska. Spełnione życie*. Poznań: Święty Wojciech, 2011.
- Nawrocka, Małgorzata. *Jej światło. O życiu i dziele Wandy Błęńskiej*. Poznań: Wydawnictwo Kontekst, 2005.
- Nowicka Hanna. Uhonorowanie dr Wandy Błęńskiej Papieskim Orderem św. Sylwestra. *Biuletyn informacyjny Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej – Okręg Wielkopolska* (2003) 4 (55): 9-10.
- Pal Singh, Gurvinder. “Psychological aspects of Hansen’s disease (leprosy).” *Indian Dermatology Online Journal* (2012) 3.3: 166-170.
- Pinheiro, Roberta Olmo. de Souza, Salles Jorgenilce. Sarno, Euzenir Nunes. Sampaio, Elizabeth Pereira. “Mycobacterium leprae – host-cell interactions and genetic determinants in leprosy: an overview.” *Future Microbiology*. 6.2 (2011): 217-230.
- Rafferty, Joy. “Curing the stigma of leprosy.” *Leprosy Review* 76 (2005): 119-126.
- Roguska, Beata. *Opinie o komercjalizacji Szpitali. Komunikat z badań. BS/138/2008*. Warszawa: CBOS, 2008. 1-10.
- Słownik wyrazów obcych*. Red. Jan Tokarski. Warszawa: PWN, 1980. 284.
- Stewart, Moria. “Effective physician-patient communication and health outcomes: a review.” *Canadian Medical Association Journal* 152.9 (1995): 1423-1433.

- Tsutsumi, Atsuro. Izutsu, Takashi. Islam, Akul. Amed, Jalal Uddin. Nakahara, Shinji. Takagi, Fumie Wakai Susumu. „Depressive status of leprosy patients in Bangladesh: association with self-perception of stigma.” *Leprosy review* 75 (2004): 57-66.
- WHO. “Constitution of the World Health Organization.” *Bulletin of the World Health Organization* 80.12 (2002): 983-984.

NORBERT W. REHLIS – dr n. med., specjalista z zakresu medycyny tropikalnej i zdrowia międzynarodowego. Absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Szwajcarskiego Instytutu Zdrowia Publicznego Medycyny Tropikalnej w Bazylei, Szwajcaria (Swiss TPH). Współzałożyciel Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*. W latach 1996-2006 adiunkt w Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, wieloletni pracownik Światowej Organizacji Zdrowia. Od 2006 r. zajmuje się organizowaniem opieki zdrowotnej w Papui-Nowej Gwinei.



