

Równość

Stowarzyszenie
im. Tadeusza Regera

kwartalnik
nr 4/2020
ISSN 2081-4518



Zdrowie

- 2 **Pielęgniarka – zawód zagrożony** *Joanna Wicha*
- 5 **Rozlatujący się Cadillac. System zdrowotny „najbogatszego kraju trzeciego świata”** *Michał Zabdyr-Jamróż*
- 9 **Kończy nam się karton, z którego zbudowany jest ten kraj** *rozmowa z Marceliną Zawiszą – Agnieszka Lamek-Kochanowska*
- 12 **Walka klasowa widelcem i nożem** *Magdalena Okraska*
- 16 **Skąd się biorą antyszczepionkowcy i dlaczego jest ich coraz więcej?** *Adam Konieczny*
- 19 **Mam zespół Aspergera. Oto moja historia** *Maria Janiszewska*
- 23 **„Naznaczona”, czyli o stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi** *Zofia Koczur*
- 26 **Depresja poporodowa matki Polki** *Katarzyna Paszkiewicz-Janoszka*
- 31 **Przychodzi Polka do ginekologa (albo i nie)** *Agnieszka Pietrzak*
- 34 **Biblia waginy, czyli święta księga, jakiej potrzebujemy** *Martyna Góra*
- 37 **Czy inna polityka narkotykowa jest możliwa?** *Dariusz Jakubowski*
- 42 **Kto się boi AIDS?** *Barbara Słania*

Zdrowie – mamy jedno, chociaż naukowcy i lekarze pracują nad tym, by to zmienić. Tracimy je lub nawet rodzimy się chorzy. Starujemy w wyścigu o zdrowie z nierównych pozycji, dlatego tak ważne jest, abyśmy wszyscy solidarnie zrzucali/ły się na odpowiednią profilaktykę i leczenie. O tym, jak nie działa system zdrowotny USA, stawiający na indywidualną odpowiedzialność, pisze Michał Zabdyr – Jamróż. Joanna Wicha – pielęgniarka z wieloletnim doświadczeniem tłumaczy na łamach naszego pisma, co grozi polskiej służbie zdrowia a przede wszystkim pacjentom, jeśli nie wprowadzimy odważnych zmian. Agnieszka Lamek – Kochanowska rozmawia z posłanką partii Razem – Marceliną Zawiszą o tym, jak państwo z kartonu rozlatuje się w sytuacji pandemii. Magdalena Okraska uświadomi nam czy rzeczywiście o tym, co jemy, decyduje nasza wolna wola. O antyszczepionkowcach przeczytacie w tekście Adama Koniecznego, który sprawnie tłumaczy, dlaczego ten ruch przybiera na sile, co jednak ważniejsze, podaje źródła, gdzie należy szukać informacji na temat szczepień.

W numerze o zdrowiu postanowiliśmy poruszyć tematy tabu. Dlatego Maria Janiszewska opowie o zespole Aspergera. Z czym mierzą się Aspiki – bo tak nazywa się potocznie osoby z tym zespołem – w świecie neurotypowych? Odpowiedzi znajdziecie w jej artykule. Osoby z zaburzeniami psychicznymi wciąż są piętnowane,

o krzywdzącej stygmatyzacji pisze Zofia Koczur w swoim tekście „Naznaczona”. Dla wielu osób autyzm, ADHD, czy nerwica to *wymysł*. Depresji poporodowa także zaliczana jest do tego grona, a tak ważne jest, aby głośno mówić, że matce Polce zdarza się mieć depresję poporodową, a jeszcze ważniejsze – gdzie może ona szukać pomocy. O tym dowiedcie się z tekstu Katarzyna Paszkiewicz – Janoszki. Agnieszka Pietrzak obnaża w swoim artykule całą prawdę na temat ginekologii w Polsce. Myślę, że wszystkie nasze czytelniczki z grymasem pokiwiają głową, czytając ten tekst, a czytelnicy nie będą nam zazdrościć takiej opieki zdrowotnej. Obszerna recenzja *Biblii waginy* stanowi świetną przeciwwagę w kwestii znajomości ciała kobiety, dlatego nie mogło jej w tym numerze zabraknąć.

Narkotyki – spodziewaliście się takiego tematu w numerze o zdrowiu? To was zaskoczmy artykułem Dariusza Jakubowskiego o polityce narkotykowej. O AIDS z kolei przeczytacie w tekście Barbary Słania i w nim również będzie parę słów o stygmatyzacji.

Niestety nie zmieściliśmy wszystkich najciekawszych artykułów, jakie dostaliśmy w temacie zdrowia, ale mamy też dobrą wiadomość: więcej tekstów znajdziecie na naszej stronie rownosc.eu.

Zapraszam do lektury!
Katarzyna Gasparska

Joanna Wicha

Pielęgniarka – zawód zagrożony

Chyba nikt z nas nie wyobraża sobie szpitala czy przychodni bez pielęgniarek. A jednak mamy w Polsce niedobór ok. 100 tys. przedstawicieli tego jakże potrzebnego zawodu. Dlaczego jest nas tak mało pomimo zwiększonego zainteresowania studiami na kierunku pielęgniarskim? Czy to wina systemu nauczania? Czy przyczyna tkwi w tym, że zlikwidowano licea medyczne i policealne szkoły zawodowe? Dlaczego wciąż słyszymy, że w polskich szpitalach brakuje młodego personelu pielęgniarskiego?

Jako pielęgniarka pracuję przez całe moje 34-letnie życie zawodowe. W szpitalu zaczęłam pracować mając 20 lat. W latach 80., kiedy uczyłam się zawodu, nie istniały studia pielęgniarskie

– funkcjonowały 5-letnie licea medyczne i 2-letnie zawodowe szkoły policealne. Młode kobiety często wybierały szkoły dla pielęgniarek i położnych, gdyż był to bardzo prestiżowy zawód, szczególnie w mniejszych miejscowościach, w których pielęgniarka była kimś, z kim się liczone i kogo szanowano. Do szkół pielęgniarskich były egzaminy, a na jedno miejsce czekało kilka chętnych osób. W liceum medycznym zdobywało się niezbędną wiedzę oraz umiejętności techniczne, które służyć miały nam przede wszystkim do pielęgnowania pacjentów.

Studia pielęgniarskie czy licea zawodowe?

Dzisiaj mamy 2-stopniowe studia o kierunku pielęgniarskim, na których przyszłe pielęgniarki i pielęgniarze zdobywają znacznie szerszą niż dawniej wiedzę zarówno medyczną, jak i tę dotyczącą człowieka i jego potrzeb. Uważam, że to bardzo dobry trend, gdyż człowiek to nie tylko ciało. Osoby, które podejmują

studia na tym kierunku, cechuje duża wrażliwość na potrzeby innych. Tym bardziej cieszy fakt, że studia pielęgniarskie przygotowują do całościowego spojrzenia na człowieka. Powrót do liceów medycznych byłby złą decyzją. Pielęgniarstwo nie może się cofać. Polskie pielęgniarki z wyższym wykształceniem są bardzo dobrze przygotowane do wykonywania tego niezwykle trudnego i odpowiedzialnego zawodu – mają dużą wiedzę, szerokie kompetencje i mogą pracować w wielu państwach Unii Europejskiej. Powrót do liceów medycznych oznaczałby krok w tył, którego konsekwencją dla pielęgniarek byłaby utrata profesjonalizmu i samodzielności.

W 72% szpitali jest za mało pielęgniarek

Wydawać by się mogło, że mając tak świetnie wykształconą kadrę pielęgniarską, powinniśmy jako społeczeństwo spać spokojnie w poczuciu, że zostało zrobione wszystko, byśmy czuli się bezpieczni, i że w razie potrzeby zostaniemy otoczeni właściwą opieką. I tu zaczynają się schody, bo pielęgniarek wciąż jest zbyt mało. Aby zobrazować tę sytuację, przytoczę kilka liczb. W Polsce mamy niedobór ok. 100 tys. pielęgniarek i pielęgniarzy. Jest nas za mało w aż 72% szpitali. Średni wiek pielęgniarek wynosi w chwili obecnej ponad 52 lata, a położnych – 49,9 lat. Według statystyk blisko 69,5% aktywnych zawodowo pielęgniarek jest w wieku powyżej 45 lat. Do 2022 r. uprawnienia emerytalne uzyska ponad 30% obecnie zatrudnionych pielęgniarek i położnych. Tylko 2% pielęgniarek w naszym systemie stanowią

kobiety poniżej 30. roku życia. W lutym 2019 r. były minister zdrowia Łukasz Szumowski ogłosił z dumą, że 100% absolwentów i absolwentek wydziałów pielęgniarstwa odebrało prawo wykonywania zawodu. Zapomniał jednak dodać, że przy tak wysokiej średniej wieku pielęgniarek zastępowalność pokoleń w ochronie zdrowia nastąpi dopiero za ok. 10 lat. Dlaczego tak długo? Liczba pielęgniarek i położnych w naszym kraju na 1000 mieszkańców jest bardzo niska. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych pod koniec 2019 r. w Polsce pracowało 230 327 pielęgniarek i 27 883 położne. W przeliczeniu na 1000 mieszkańców daje to około 5,2 pielęgniarki, przy czym średnia unijna to 9,4. Wypadamy gorzej niż Czechy i Słowacja. Te statystyki powinny niepokoić. Brak pielęgniarek w niedalekiej przyszłości odbije się na nas wszystkich. Każdy z nas jest przecież pacjentem, który prędzej czy później będzie potrzebował opieki pielęgniarskiej, a ta jest bardzo zagrożona. Jak to możliwe, że sytuacja jest tak dramatyczna?

Przyczyny zagrożenia

Diagnoza jest dość prosta. Młode, doskonale wykształcone pielęgniarki czują się w swojej codziennej pracy niedoceniane. Powodów jest kilka. Pierwszy, moim zdaniem bardzo istotny, to brak szacunku do zawodu. To nie zachęca młodych ludzi do jego wyboru. Pielęgniarki wciąż traktowane są jak „siostry”, których rola wobec pacjentów powinna być służebna. A przecież pielęgniarstwo, jak każdy inny zawód medyczny,

Pielęgniarki wciąż traktowane są jak „siostry”, których rola wobec pacjentów powinna być służebna



razem

ewoluowało na przestrzeni lat. Zmienił się zakres naszych działań i ich charakter. Młode pielęgniarki i pielęgniarze muszą wykonywać fizycznie obciążającą pracę, która jest znacznie poniżej ich kompetencji zawodowych. Oczekuje się od nich wykształcenia i podnoszenia kwalifikacji, nie dając w zamian adekwatnego wynagrodzenia, które nadal jest zbyt niskie i do tego nierówne – znacznie wyższe w placówkach prywatnych niż publicznych i w większych miastach niż małych miejscowościach. Aby się utrzymać, młode pielęgniarki często mają do wyboru albo pracę na dwóch etatach, albo wyjazd za granicę.

Wybór tej drugiej drogi ma swoje negatywne konsekwencje. Migracje zarobkowe powodują przeciążenie pozostałego personelu, który ma więcej pracy do wykonania. Do tego dochodzi presja związana z brakami kadrowymi. Często się zdarza, że brakuje obsady i nawet jeśli nie chcemy brać dodatkowego dyżuru, wywierana jest na nas presja, żeby go wziąć, bo przecież grafik trzeba jakoś wypełnić. Musimy też zajmować się rozbudowaną do granic absurdu dokumentacją medyczną i jest to zadanie, które trzeba wykonywać dla własnego bezpieczeństwa. W przypadku jakichkolwiek powikłań w procesie leczenia prowadzona przez nas dokumentacja stanowi o tym, czy ze strony pielęgniarskiej przebiegał on prawidłowo. Oczywiście jest to dobra praktyka. Uważam jednak, że można byłoby znacznie ograniczyć ilość wymaganej od nas dokumentacji bez szkody dla pacjentów. Jesteśmy przemęczone i obciążone, przez co mniej uwagi poświęcamy ich potrzebom.

Codziennosc w polskich szpitalach chwilami staje się nie do zniesienia zarówno dla pacjentów i ich rodzin, jak i dla personelu medycznego. Pacjenci są sfrustrowani i to na nas odbijają sobie swoje niezadowolenie. Często słyszymy od nich, że czują się lekceważeni, że poświęcamy im zbyt mało czasu. Trudno im się dziwić – niestety, nie zawsze mamy czas, by zająć się wszystkimi pacjentami. I tak koło się zamyka. Pielęgniarki odchodzą od zawodu, bo nie chcą mierzyć się z niezasłużoną krytyką. To nie ich wina, że system jest niewydolny. Nie wiedzą, jak radzić sobie z frustracją i gniewem pacjentów, którzy nie są wystarczająco zaopiekowani nie dlatego, że personel jest mało empatyczny, ale dlatego, że jest go zwyczajnie za mało.

Powołaniem nie zapłacimy rachunków

Pielęgniarki, kiedy tylko upominają się o lepsze warunki pracy, słyszą, że aby dobrze wykonywać swoją pracę, wystarczy mieć powołanie. Oczywiście jest ono bardzo ważne, ale nie da się nim zapewnić właściwej opieki pacjentom, zapłacić domowych rachunków czy pojechać z rodziną na wakacje. Społeczeństwo polskie się starzeje i zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską będzie w nim coraz większe. Wysoka średnia wieku pielęgniarek i położnych pozwala przewidywać, że będzie nas coraz mniej, także przy łóżku chorego. To przełoży się na zagrożenia odczuwalne przez nas wszystkich: na przedłużenie okresu dochodzenia do zdrowia, na powikłania oraz na dłuższe kolejki w przychodniach

i szpitalach. Mniej pielęgniarek na dyżurze to więcej obowiązków, a więcej obowiązków to duże zmęczenie. Łatwiej wtedy o pomyłkę.

Pielęgniarki są niezastąpione. Państwo musi zadbać o dobre warunki pracy oraz zakres obowiązków odpowiadający wykształceniu, tak żeby nie zniechęcały one pielęgniarek i położnych do zatrudniania się w polskich szpitalach. Należy też odciążać pielęgniarki i przenieść część ich obowiązków na opiekunów medycznych, którzy są profesjonalnie przygotowani do tego, by nieść pomoc osobom chorym i niesamodzielnym w zaspokajaniu ich podstawowych potrzeb. Powinni oni być zatrudnieni wszędzie tam, gdzie są pacjenci leżący, wymagający pełnej obsługi przy czynnościach pielęgnacyjnych czy choćby przyjmowaniu posiłków. Opiekun medyczny mógłby z powodzeniem wspierać pielęgniarkę w tego rodzaju obowiązkach. Mając takie wsparcie, mogłybyśmy więcej uwagi poświęcić pacjentom i dzięki temu wykonywać swoją pracę efektywniej. W dobie pandemii ważnym zadaniem państwa jest również zadbanie o bezpieczeństwo personelu medycznego poprzez zapewnienie mu odpowiednich środków ochrony osobistej, które pozwalają uniknąć zakażenia. Istotne jest także zatroszczenie się o to, żeby nie obciążać pielęgniarek, szczególnie z oddziałów zakaźnych, pracą po godzinach, i zapewnienie im dodatkowego wynagrodzenia oraz możliwość wypoczynku. Jeśli tak się nie stanie, grozi nam poważny kryzys, bo nasza ochrona zdrowia, która i przed pandemią nie miała się najlepiej, może tego zwyczajnie nie udźwignąć.

Jako pielęgniarka znająca bólaczki ochrony zdrowia od środka uważam, że może się to wydarzyć tylko wówczas, kiedy państwo zwiększy wydatki na publiczną ochronę zdrowia do minimum 7,2% PKB. Kolejnym krokiem powinno być podniesienie wynagrodzeń jej pracowników i pracowników do takiego poziomu, jaki zapewni im bezpieczne życie bez konieczności podejmowania pracy w więcej niż jednej placówce. Godne płace to jednak nie wszystko. Konieczna jest także zmiana organizacji pracy. Tutaj wymienić należy przede wszystkim przestrzeganie norm zatrudnienia, czyli dostosowanie liczebności personelu na dyżurze do liczby przebywających na oddziale pacjentów, a następnie odciążenie wykwalifikowanej kadry medycznej, jaką stanowią pielęgniarki, i przekierowanie części ich obowiązków do personelu pomocniczego, jakim są wspomniani przeze mnie wcześniej opiekunowie medyczni. Jeśli zadamy o to, żeby pielęgniarka miała więcej czasu dla pacjenta, podniesie się jej poziom satysfakcji z pracy, a pacjent będzie lepiej zaopiekowany, a przez to także bardziej zadowolony. W dobie pandemii nie może zabraknąć również odpowiednich zabezpieczeń dla personelu medycznego. Potrzeba większych starań ze strony państwa, by młodzi ludzie chcieli kształcić się na kierunkach pielęgniarskich i w szkołach opiekunów medycznych oraz żeby podejmowali pracę w Polsce. Zachętą do tego będzie zapewnienie dobrych warunków pracy i jak najszybsze wprowadzenie w życie wymienionych przeze mnie rozwiązań. ♦

Michał Zabdyr-Jamróż

Rozlatujący się Cadillac. System zdrowotny „najbogatszego kraju trzeciego świata”

Opieka zdrowotna w USA może się kojarzyć z zaawansowanymi technologiami i wysoką jakością. Jednak koszty leczenia w tym kraju mają udział w 2/3 bankructw konsumentów. Amerykanie *per capita* na opiekę zdrowotną wydają rocznie ponad 2 tys. dolarów, a więc więcej niż drudzy w tym rankingu Szwajcarzy, a mimo tego liczba osób nieubezpieczonych jeszcze przed pandemią sięgała 27 mln i systematycznie rosła. Wiele obywateli i obywateli musi organizować zbiórki charytatywne na ratujące życie zabiegi medyczne czy leki.

Stany Zjednoczone to kraj paradoksów i ogromnych nierówności – niebywałego bogactwa i zaawansowanych technologii z jednej strony, ale także przygnębiającej biedy i licznych anachronicznych rozwiązań z drugiej. Mówi się czasem, że to „najbogatszy kraj trzeciego świata”. O prawdzie tego stwierdzenia świadczy na przykład jeden z rejonów hrabstwa East Baton Rouge w Luizjanie, który jest bajecznie bogaty (zaawansowany przemysł, imponujące wskaźniki ekonomiczne), a zarażem ma wszelkie symptomy niedorozwoju cywilizacyjnego

(bieda, niedobory infrastruktury dla mieszkańców itp.). To także podręcznikowy przykład na to, że słynna „teoria skapywania”, do której przekonywali nas ekonomiści, po prostu nie działa.

Stwierdzenia te odnoszą się również do amerykańskiego systemu zdrowotnego, który stanowi ewenement na skalę światową. Mimo że Stany Zjednoczone gospodarczo i technologicznie należą do czołówki krajów wysokorozwiniętych, z zasady odmawiają swoim mieszkańcom prawnej gwarancji dostępu do leczenia. USA przeznaczają na ochronę zdrowia największy na świecie odsetek PKB (aktualnie już prawie 18%, podczas gdy średnia dla krajów OECD wynosi niecałe 9%). Tym wydatkom nie towarzyszą jednak dobre wyniki wskaźników zdrowotnych – zgonów, którym można zapobiec, przeżywalności niemowląt, śmiertelności matek czy oczekiwanej długości życia.

W 2016 r. Amerykanie wydawali na opiekę zdrowotną *per capita* ponad 9800 dolarów – o 2 tys. więcej niż Szwajcarzy i ponad 4 tys. więcej niż Szwedzi. Przy takiej skali wydatków, które poważnie obciążają budżety domowe, najbardziej kuriozalne jest to, że Stany Zjednoczone wciąż pozostawiają ogromną (i stale rosnącą) liczbę obywateli bez ubezpieczenia zdrowotnego – w 2019 r. było ich aż 27 mln (9%). Dodatkowo, spośród ubezpieczonych aż 29% doświadcza zjawiska niedoubezpieczenia – jest objęta skromnym pakietem świadczeń wymagającym licznych dopłat. To dlatego w ostatnich latach aż 2/3 bankructw konsumentów Amerykanów miało wśród swoich przyczyn wydatki na leczenie. Ci, których

nie stać na insulinę, muszą ją racjonować wbrew zaleceniom lekarza. Niejednokrotnie próbują się ratować kampaniami crowdfundingowymi, lecz czasem im się nie udaje zebrać środków na czas.

Nierówności zdrowotne

Kompleksowe reformy z czasów prezydentury Obamy (2010, 2014) nie zmieniły w amerykańskim systemie zdrowia tyle, ile można było od nich oczekiwać. Sukcesem była redukcja liczby nieubezpieczonych z ponad 46 mln w 2010 r. do 27 mln w 2018 r., jednak od czasu objęcia urzędu przez Trumpa i szeregu aktów wykonawczych reforma zwana „Obamacare” została bardzo poważnie ograniczona. Jeszcze przed pandemią COVID-19 liczba nieubezpieczonych systematycznie rosła, a obecnie sytuacja Amerykanów staje się dramatyczna. W wyniku pandemii ubezpieczenie zdrowotne od lutego do września straciło już prawie 5,5 mln dorosłych Amerykanów. Powodem jest uzależnienie ubezpieczenia od posiadania zatrudnienia.

Amerykański system zdrowotny ma szereg unikatowych właściwości. Najbardziej zdumiewającą jest wspomniany brak publicznych gwarancji dostępu do opieki. Ponadto cechuje go wysoki poziom deregulacji lub regulacji specyficznie skrojonych na korzyść przemysłu medycznego. Wzorcowym przykładem jest kwestia negocjowania cen leków dla emerytów w ramach publicznego programu Medicare. Prawo amerykańskie wprost zakazuje negocjowania podmiotowi, który miałby większą siłę przetargową wobec biznesu farmaceutyczne-

go. Negocjować mogą prywatni dostawcy przy... zakazie negocjowania cen przez płatnika, czyli Departament Zdrowia (sic!). Jest to tzw. „zasada nieinterferencji”, która w praktyce oznacza dominację rozwiązań rynkowych połączoną z orientacją na zysk szpitali i ubezpieczalni. W innych krajach, takich jak Niderlandy, prawnie wymuszona jest dominacja sektora non-profit.

System amerykański dzieli się na dwa podsystemy: rynek prywatny i podsystem publiczny. Część publiczna stanowi „sieć zabezpieczającą” dla osób obję-

W 2016 r. Amerykanie wydawali na opiekę zdrowotną *per capita* ponad 9800 dolarów – o 2 tys. więcej niż Szwajcarzy i ponad 4 tys. więcej niż Szwedzi

tych szczególną opieką władz. Dotyczy ona niektórych najbiedniejszych rodzin (program Medicaid), emerytów (Medicare) oraz niektórych grup wrażliwych (np. Indian Health Service). Na rynku prywatnym od lat 40. XX wieku – gdy formował się ten model – ubezpieczenie *de facto* powiązane jest z zatrudnieniem. Większość Amerykanów jest ubezpieczona poprzez swojego pracodawcę, dlatego bezrobocie stanowi dla nich dodatkowe źródło trudności życiowych i stresu.

Oba podsystemy cechuje silna decentralizacja i mnogość form organizacyjnych. Oznacza to, że nawet centralne programy, takie jak Medicaid, obejmują opieką różne grupy w różnych stanach. Przykładowo wspomniany Medicaid, mimo że finansowany przez rząd federalny, realizowany jest za pośred-

nictwem i za zgodą władz stanowych. Jednym z elementów „Obamacare” było rozszerzenie zakresu osób uprawnionych do udziału w Medicaid poprzez podniesienie progu dochodowej, poniżej której można było zostać włączonym do programu – ze 100% do 138% federalnego poziomu ubóstwa. Sąd Najwyższy USA uznał jednak, że takie rozszerzenie dokonać się może tylko za zgodą stanu realizującego program. I tak wiele konserwatywnych stanów odmówiło przyjęcia większych pieniędzy od rządu federalnego na ten cel – właśnie w geście oporu wobec

sztandarowej reformy prezydenta Obamy.

Tym sposobem – w połączeniu z szeregiem innych czynników – jeszcze bardziej pogłębiło nierówności między stanami w dostępie do ochrony zdrowia. W Vermont, Massachusetts czy Minnesocie populacja nieubezpieczonych nie przekracza 5%. Tymczasem na Florydzie, w Georgii czy Missisipi odsetek ten wynosi ponad 12%, a w Teksasie sięga nawet 18%. Nierówny dostęp do ochrony zdrowia przekłada się na nierówności społeczno-ekonomiczne, które z kolei skutkują dalszymi nierównościami w stanie zdrowia.

30 dolarów za tabletkę aspiryny

Ameryka słynie z bardzo dobrej jakości opieki, gdy jest się

ubezpieczonym w pakietach typu „Cadillac” lub innych z wyższej półki cenowej. Słynie też jednak z gigantycznych kosztów. W amerykańskiej aptece paczka 50 tabletek aspiryny kosztuje ok. 5 dolarów, ale podana na oddziale ratunkowym tylko jedna tabletkota potrafi być wyceniona na... 30 dolarów (nie wliczając w to innych kosztów). Za 5-minutową wizytę na oddziale ratunkowym (przemycie rany i naklejenie plastra) można otrzymać rachunek na 629 dolarów, z czego sam plaster wyceniony będzie na 7 dolarów.

Ceny mogą się bardzo różnić między sobą nawet w placówkach funkcjonujących w tych samych rejonach. Koszty są zwykle ukryte w rachunkach wystawianych ubezpieczalniom, jednak stają się one realnym problemem dla pacjentów nieubezpieczonych lub tych, którym wyczerpały się limity. Nawet ubezpieczonym zdarza się przypadkowa opieka lekarza, który akurat nie należał do odpowiedniej sieci świadczeniodawców. Wówczas pacjent otrzymuje rachunek z paskarskimi cenami

rzędu tysięcy dolarów. Co ciekawe, istnieje możliwość negocjowania cen. Jasnym jest jednak, że osobom o niższym statusie społecznym łatwo podsunąć rachunek do podpisu wykorzy-

W wyniku pandemii ubezpieczenie zdrowotne od lutego do września straciło już prawie 5,5 mln dorosłych Amerykanów

stując ich brak asertywności, rozkojarzenie czy stres. Nawet osoby asertywne przeplacają w porównaniu np. do bogatych krajów Europy, lecz radość z sukcesu w wytargowaniu lepszej ceny sprawia, że wydaje im się, iż system ten jest dla nich korzystny.

Kombinacja deregulacji, ulg podatkowych i bodźców rynkowych podnosi koszty i jakość opieki zdrowotnej dostępnej tylko dla osób wykonujących najbardziej prestiżowe i dobrze płatne zawody. Niestety pozostawia za burtą osoby mniej majątne – nawet te z klasy średniej, ale będące we wrażliwym położeniu. System ten tworzy więc dość

osobliwą sytuację: w najgorszych okolicznościach pozostawia pracujących i ludzi z niższej klasy średniej. Dotyczy to tych osób, które z jednej strony nie są dość majątne, by móc spokojnie

opłacić ubezpieczenie, a z drugiej nie są dość biedne, by zakwalifikować się do Medicaid.

Zaawansowany relikw

Amerykański system zdrowotny jest niczym luksusowy Cadillac z lat 50. z kuriozalnym częściowym tuningiem. Na pierwszy rzut oka karoseria i felgi lśnią, ale podwozie jest przeżarte rdzą, a opony mają starty bieżnik. Kierowca ma lśniącą tapicerkę, klimatyzację, poduszkę powietrzną i fotel z masażem, ale pasażerowie z tyłu wypadają z auta przez ogromną dziurę w fotelu i podłodze. Mocarny silnik pali benzynę jak czołg, a z rury wydechowej wyla-



Il.: F. Muhammad z Pixabay

tują kłęby toksycznego dymu... System ten przez ekspertów jest uznawany za przykład koszmarnej złożoności i biurokratyzacji, a także niebываłego marnotrawstwa i niesprawiedliwości. Stawia on podręcznikową ilustrację tego, jak nie należy organizować ochrony medycznej. Wybitny ekspert od ekonomiki zdrowia Uwe Reinhardt w swojej książce z 2019 r. pt. *Priced Out* wprost uznał system USA za relikw domagający się kompletnej przebudowy. Zauważył też jednak, że tego rodzaju reforma w Stanach Zjednoczonych nie jest możliwa z powodu żelaznego uścisku interesów politycznych i biznesowych.

Ci, których nie stać na insulinę, muszą ją racjonować wbrew zaleceniom lekarza

Reforma Obamy w swoim czasie silnie polaryzowała społeczeństwo amerykańskie, ale dzisiaj jest oceniana pozytywnie nawet przez znaczną część elektoratu Trumpa. Pokazała ona bowiem zalety systemu, w którym nie odmawia się ubezpieczenia pacjentom „z uprzednimi stanami niezdrowia” i w którym Medicaid obejmuje znacznie szerszy zakres osób walczących z chorobami chronicznymi. I tak w ostatnich latach w USA wyraźnie wzrosło poparcie dla idei powszechnej federalnej ochrony zdrowia zwanej „Medicare dla Wszystkich” (M4A, Medicare for All). Reformę zaproponowaną przez demokratycznego socjalistę Berniego Sandersa pozytywnie ocenia 69% Amerykanów.

Wśród Republikanów popiera ją aż 46%, a wśród Demokratów – 88% (wśród niezależnych – 68%).

Na zainteresowanie zasługuje jeszcze kwestia ram możliwych reform wyznaczonych w orzeczeniu Sądu Najwyższego w jednej ze spraw przeciw „Obamacare” z 2012 r. Okazało się w nim, że system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (taki, jaki mają np. Niemcy) jest niekonstytucyjny. Konstytucja USA zakazuje bowiem „zmuszania do handlu” na poziomie federalnym, a tym byłby obowiązek kupna ubezpieczenia zdrowotnego. Sąd wskazywał, że jest to sytuacja inna niż w przypadku obowiązku ubezpieczenia samochodu. Kupno auta kwalifikuje się jako „zaangażowanie w handel”, więc obowiązek ubezpieczenia stanowi konstytucyjnie dopuszczalne „regulowanie handlu”. Wyrok z 2012 r. był o tyle ciekawy, że zamiast uznać „Obamacare” za niekonstytucyjny, przeinterpretował on reformę tak, by była konstytucyjna.

Większość w Sądzie Najwyższym uznała, że nie jest to system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, ale raczej system, w którym bycie nieubezpieczonym jest po prostu opodatkowane. Ten osobliwy niuans oznacza, że paradoksalnie M4A – system, którego wprowadzenie jest politycznie najmniej realne – byłoby potencjalnie bardziej zgodne z konstytucją niż znacznie bardziej lubiany przez konserwatystów system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego na rynku prywatnym.

W aktualnym układzie politycznym jakiegokolwiek reformy w stylu M4A raczej nie mają szans powodzenia. Oznaczałyby

one bowiem przetrzebieenie prywatnego rynku ubezpieczeń zdrowotnych, na co nie ma zgody wśród dominujących aktorów amerykańskiej polityki. Przewaga konserwatystów w Sądzie Najwyższym USA czyni prawdopodobnym dalsze rozmontowywanie reformy Obamy w orzecznictwie, natomiast zwycięstwo wyborcze Joe Bidena uprawdopodobnia obronę i uzupełnienie Obamacare w najbliższych latach. W samym programie prezydenta elekta zapowiadane jest przede wszystkim dalsze rozszerzenie katalogu uprawnionych do Medicaid oraz wprowadzenie tzw. „publicznej opcji Bidena” (*the Biden public option*). To ostatnie, określane już roboczo jako „Bidencare”, oznacza możliwość ubezpieczenia się w publicznym programie „takim jak Medicare”. Innymi słowami, Amerykę w najbliższych latach czeka raczej nie „Medicare dla Wszystkich”, ale „Medicare dla Chcących”.

Pandemia made in USA

Protesty i zamieszki na tle rasowym w USA to nic nowego. Te z 2020 r. zaskakiwały jednak swoją trwałością i intensywnością. Zastanawiające jest to, czy i jak są one powiązane z pandemią COVID-19 – obnażyła ona bowiem szereg chronicznych, systemowych problemów, które do tej pory można było ignorować przy niemal pełnym (choć prekarным) zatrudnieniu. Kiedy w Stanach Zjednoczonych bezrobocie osiągnęło dramatyczne poziomy, miliony osób straciły ubezpieczenie zdrowotne. Do tego dochodzi brak płatnych zwolnień lekarskich i wiele innych niedoborów

prawa pracy w kwestiach, które dla Europejczyków są oczywistościami. Wyraźnie przekłada się to na nierówności zdrowotne: w porównaniu do innych krajów wysokorozwiniętych, w USA nadproporcjonalnie więcej ofiar śmiertelnych pandemii jest w wieku produkcyjnym. Najbardziej uderzyła ona bowiem osoby pracujące w tzw. *essential services* – zawodach źle opłacanych, mało prestiżowych, ale nieodzownych dla funkcjonowania społeczeństwa. W USA wykonują je przede wszystkim przedstawiciele mniejszości, zwłaszcza Afroamerykanie. Sytuacja ta mogła wzmacniać siłę protestów i zamieszek na tle rasowym. Czas pokaże, jaką dokładnie lekcję z tego burzliwego roku Amerykanie wyciągną dla swojego systemu zdrowotnego. ♦

Agnieszka Lamek-Kochanowska

Kończy nam się karton, z którego zbudowany jest ten kraj

- rozmowa z Marceliną Zawiszą

AGNIESZKA LAMEK-KOCHANOWSKA: Jesteś posłanką Lewicy Razem oraz członkinią Sejmowej Komisji Zdrowia. W ostatnim czasie wiele mówi się o problemach w ochronie zdrowia. Jak dokładnie wygląda dziś sytuacja w tym obszarze?

MARCELINA ZAWISZA: Do mojego biura poselskiego dzwonią i piszą osoby mające poważne problemy z publiczną

ochroną zdrowia. W maju odezwała się pani, która nie mogła się dostać do ginekologa, ponieważ ma w rodzinie górnik. Wcześniej miała nowotworowe zmiany w macicy, więc kontrola była niesamowicie ważna. Kiedy powiedziałam jej, jak mogę interweniować, wycofała się, bo bała się, że lekarka nie będzie już chciała jej prowadzić w przyszłości. Po kilku miesiącach udało się w końcu umówić na wizytę.

Piszą też pracownicy ochrony zdrowia. Znowu zaczyna brakować sprzętu ochronnego. Dostają jeden kombinezon na dwie osoby na cały dyżur. Mają nieopłacone nadgodziny. Piszą salowe, które nie mają umowy o pracę ze szpitalem i są zatrudnione przez podmiot zewnętrzny, więc same muszą kupować środki ochrony osobistej, a zarabiają



Il.: Posłanka Marcelina Zawisza podczas kampanii wyborczej na zdjęciu razem z Iwoną Gałązką – obecnie Dyrektorką Biura Poselskiego. Archiwum prywatne

pensję minimalną. Piszą stowarzyszenia i osoby z konkretnymi chorobami – pacjenci po przeszczepach, w trakcie leczenia onkologicznego, kardiologicznego, pulmonologicznego – że jest dramat, bo wykrywalność chorób spada, a zabiegi są przesuwane lub zawieszane. Z dnia na dzień oddziały dowiadują się, że będą oddziałami COVID-owymi, więc kardiologia, pediatria czy neurologia przestają działać.

Jest dramat, bo wykrywalność chorób spada, a zabiegi są przesuwane lub zawieszane

To nie tylko brzmi jak katastrofa – to jest katastrofa. Konsekwencje tego, co się teraz dzieje, będziemy odczuwać przez lata.

Ile pieniędzy z budżetu państwa przeznaczają się obecnie na utrzymanie publicznej ochrony zdrowia i na co one wystarczają?

Niecałe 10 mld zł. Za tę niewygorowaną kwotę trzeba utrzymać wszystkie inspekcje: sanitarną, farmaceutyczną, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, trzeba sfinansować inwestycje w szpitale kliniczne, wreszcie opłacić ogólnopolskie programy opieki zdrowotnej. Raporty NIK na temat funkcjonowania instytucji z zakresu ochrony zdrowia – sanepidu, psychiatrii dziecięcej czy inspekcji farmaceutycznej – wskazują, że w części budżetowej pieniądze są barierą taką samą jak w budżecie NFZ. Filozofia „bezkosztowych” reform ochrony zdrowia i tutaj ma się dobrze. Nawet w obliczu pandemii rząd nie zaplanował większych nakładów na Państwo-

wą Inspekcję Sanitarną – dopiero w 2021 r. będzie tych środków trochę więcej.

Lewica Razem od samego początku postuluje zwiększenie wydatków na publiczną ochronę zdrowia. O ile Razem chce zwiększyć te nakłady? Co dzięki temu zyskają obywatele/-ki?

W imieniu klubu Lewicy złożyłam ustawę podnoszącą

nakłady do 7,2% w perspektywie kilku lat. Utknęła ona w zamrażarce sejmowej, bo PiS nie chce rozmawiać o poprawie finansowania ochrony zdrowia. Stworzyli „ustawę 6 procent”, która wprowadza niewidzianą nigdzie na świecie kreatywną księgowość w liczeniu środków na ochronę zdrowia. Nakłady z danego roku liczy się w stosunku do PKB sprzed 2 lat. Dla kontrastu – nakłady na wojsko liczone

To nie tylko brzmi jak katastrofa – to jest katastrofa. Konsekwencje tego, co się teraz dzieje, będziemy odczuwać przez lata

są w stosunku do roku bieżącego. Kiedyś mówiliśmy, że gdyby uwzględniali PKB sprzed 10 lat, to wyszłoby im jeszcze więcej, ale trochę boimy się, że nie uznają tego za krytykę, tylko za wypowiedź, więc przestaliśmy. Jako Lewica Razem postulujemy natychmiastowe podniesienie nakładów do 6,8%, a w perspektywie do 8% PKB. Potrzebujemy

tych środków, by zacząć godnie płacić pracownikom ochrony zdrowia. Pielęgniarki, salowe, lekarki rezydentki, ratownicy medyczni, fizjoterapeutki czy diagności laboratoryjni zarabiają naprawdę żenujące pieniądze, które często ledwo starczą im na życie. To absurdalne również dlatego, że mówimy o deficytowych zawodach, a płace i warunki pracy w Polsce zachęcają personel medyczny głównie do emigracji.

Potrzebujemy też zmienić wycenę świadczeń. Przykładowo przez lata psychiatria dziecięca była wyceniona tak, że szpitale musiały do tych oddziałów dopłacać. Ustalone w kontrakcie taryfy po prostu nie są dla funduszu wiążące. To kolejny absurd, który trzeba zmienić.

Łatwo jest mówić o podwyższeniu wydatków na ochronę zdrowia, trudniej o jej finansowaniu. Z czego dokładnie zamierzacie sfinansować większe wydatki? Czy ma to być podwyżka składek? Podatków? Jeśli tak, to o ile?

Obecnie mamy w Polsce bardzo niesprawiedliwy system podatkowy. Nie tylko biedni płacą proporcjonalnie więcej niż bogaci, ale jeszcze mamy całą grupę obrzydliwie bogatych podmiotów, które nie płacą w ogóle. Mówię tutaj o wielkich międzynarodowych korporacjach. Złożyliśmy w Sejmie projekt ustawy o wprowadzeniu w Polsce podat-

ku cyfrowego, a na poziomie Unii musimy walczyć o nałożenie podatku od produkcji plastiku i innych śmieci, które zatrują naszą planetę, także, oczywiście, o wprowadzenie podatku Tobina¹. Ponadto jestem zwolenniczką podniesienia składki zdrowotnej. Musimy przestać się oszukiwać, że przy tak niskiej składce uda się nam sfinansować ochronę zdrowia na przyzwoitym poziomie. W Czechach składka zdrowotna wynosi 13,5%, w Niemczech 14,6%, we Francji 13,55%. A w Polsce? Tylko 9%.

Niektórzy sądzą, że dobrym rozwiązaniem jest prywatyzacja ochrony zdrowia. Czy twoim zdaniem jest to sensowne rozwiązanie? Jeśli nie, to dlaczego?

To, jak działa prywatna ochrona zdrowia, a w zasadzie jak nie działa, widać na przykładzie Stanów Zjednoczonych. 9% Amerykanów nie ma ubezpieczenia zdrowotnego, w tym 4,3 mln dzieci. Prowadzi to do wielu śmierci z powodu chorób, które w Europie często już nie są problemem. Nawet ci, którzy mają ubezpieczenie, boją się iść do lekarza czy szpitala, bo nigdy nie wiadomo, co zostanie uznane przez ubezpieczyciela za zasadny koszt, a za co trzeba będzie zapłacić z własnej kieszeni. Kiedy rozmawiam z wyznawcami wolnego rynku, próbuję im wytłumaczyć, że może w przypadku grypy koszty leczenia są minimalne i spora część społeczeństwa pewnie mogłaby je pokryć, jednak problem zaczyna się, gdy choruje się na poważną chorobę, jak choćby nowotwór. Zawsze bawi mnie ten moment, kiedy pytają,

ile razy w swoim życiu musiałam leczyć nowotwór. Nie wiedzą, jak źle trafiają z tym pytaniem. Chorowałam dwukrotnie i z ciekawości sprawdzałam koszt leczenia, łącznie z diagnostyką prowadzoną przez 5 lat po jego zakończeniu. To setki tysięcy złotych. Dodatkowo system w Stanach działa tak, że jeżeli chorowałam na coś poważne-

Nawet w obliczu pandemii rząd nie zaplanował większych nakładów na Państwową Inspekcję Sanitarną

go – miałas wylew albo choćby historię czegoś niepokojącego w rodzinie – automatycznie musisz płacić ubezpieczycielowi więcej. Mnie w Stanach na ubezpieczenie po prostu nie byłoby stać.

W Polsce niemal całkowicie sprywatyzowaną część ochrony zdrowia stanowi stomatologia. Efekt? Bariera cenowa ograniczająca dostęp do dentysty. Jeżeli ktoś nie ma 500–1500 zł na leczenie kanałowe, to zęba wrywa. Fatalny stan uzębienia Polek i Polaków widać w każdej grupie wiekowej.

Co sądzisz o ostatnich podwyżkach dla pracowników ochrony zdrowia? Czy twoim zdaniem podwyżki tylko dla osób pracujących z jedną chorobą to dobra droga? Składaliśmy poprawkę, by podwyżki uzyskali wszyscy pracownicy ochrony zdrowia, nie tylko ci, którzy pracują na oddziałach COVID-owych. Pacjenci cierpiący na inne schorzenia też mogą być zarażeni koronawirusem, więc nieświadomie przyniosą

chorobę do placówki, która nie jest dedykowana leczeniu zakażonych COVID-19. Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia mierzą się ze skutkami pandemii. Nasza poprawka zakładała zresztą, że pieniądze trafią nie tylko do kadry medycznej, ale także do personelu pomocniczego, jak choćby salowe czy kucharki, które przecież również mają

kontakt z pacjentami. Niestety, Prawo i Sprawiedliwość uznało, że nie ma na to środków. Jakimś cudem znaleźli 2 mld na finansowanie TVP czy 3 mld na wojsko, a na ochronę zdrowia jak zwykle – nie ma.

Czy Polska dobrze radzi sobie z koronawirusem? Jeśli nie, to co powinniśmy według Ciebie zrobić lepiej?

W walce z COVID-19 uderza wszechobecny bałagan, brak konsekwencji i logiki. Władza zamyka siłownie, gdzie chodzą głównie młodzi ludzie, statystycznie najmniej narażeni na trudny przebieg choroby, ale zostawia otwarte kościoły, gdzie gromadzą się seniorzy, wśród których nich śmiertelność jest największa. W wakacje premier mówił, że wygraliśmy z wirusem, by zachęcić do pójścia na wybory, co sprawiło, że ludzie przestali przykładać wagę do obostrzeń. Prezydent mówił, że nie trzeba nosić maseczek, że nie będzie się szczepił. Dramat. Do tego w marcu byliśmy bez środków ochrony

¹ Podatek od spekulacyjnych transakcji finansowych, nazywany też „podatkiem Robin Hooda”.

osobistej i planu działania, a rząd miał aż trzy miesiące, żeby się przygotować. Przez swoją nieporadność naraził na utratę życia pracowników ochrony zdrowia. Nie wiem, jak to możliwe, że Szumowski nie został zdymisjonowany, tylko pozwolono mu odejść. Chaos pogłębia fakt, że ministerstwo przez bardzo długi czas nie konsultowało niczego z pracow-

Pandemia pokazała, jak bardzo potrzebujemy dobrze dofinansowanych usług publicznych i jak kiepsko działa system posklejany na ślinę

nikami ochrony zdrowia czy dyrektorami szpitali. Wszyscy byli zaskakiwani z dnia na dzień nowymi pomysłami ministra, które nijak miały się do rzeczywistości. Brzmi jak scenariusz kiepskiego filmu, a to była nasza rzeczywistość!

Nie uważasz, że obecnie, w czasie epidemii koronawirusa i lockdownu, nastąpił czas na zmianę myślenia o polityce publicznej państwa?

Oczywiście. Pandemia pokazała, jak bardzo potrzebujemy dobrze dofinansowanych usług publicznych i jak kiepsko działa system posklejany na ślinę. Na jednej z demonstracji zobaczyłam transparent, który zapadł mi w pamięć: *Przestańcie zmuszać nas do protestu, bo kończy nam się karton, z którego zbudowany jest ten kraj*. To takie śmieszno-smutne podsumowanie naszego państwa.

Trudno nie wspomnieć o protestach po ogłoszeniu barba-ryńskiego wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Wydaje się, że w Polsce dokonuje się właśnie przełom w walce o wolny wybór, tj. nie tylko o dostęp do aborcji, ale także o decyzję co do posiadania wielodzietnej rodziny. Zarówno pierwsza, jak i druga opcja wymagają podniesienia nakładów na ochronę zdrowia. Co sądzi o tym polityczka Lewicy?

Jestem przekonana, że już nie ma powrotu do czegoś, co prawnicowi politycy – czy to spod znaku Prawa i Sprawiedliwości, czy Platformy Obywatelskiej – nazywali „kompromisem”. To bardzo dobra wiadomość, ponieważ od lat walczę o to, żeby Polki miały dostęp do europejskich standardów przerywania ciąży. Gdy widzę na demonstracjach młode kobiety z transparentami domagającymi się legalnej aborcji do 12. tygodnia, to wiem, że nadchodzi pokolenie, które w tej sprawie nie pozwoli sobie niczego narzucić. Dla mnie prawo wyboru jest niesamowicie ważne. Jak wiesz, sama ostatnio zostałam mamą. Bardzo mnie bawi zdziwienie prawicy, że dzieci mogą być chciane i wychowywane. Jeżeli tego nie wiedzą, to można im tylko współczuć. My walczymy o wszystkich: o te, które w ciąży nigdy nie będą, bo nie chcą, o samodzielnych rodziców, o tych, którzy są w systemie pieczy zastępczej, i o rodziny wielodzietne. Dla nas każda rodzina jest ważna. ♦

Marcelina Zawisza – posłanka na Sejm RP, wiceprzewodnicząca klubu Lewicy, członkini partii Lewica Razem, członkini Sejmowej Komisji Zdrowia

Magdalena Okraska

Walka klasowa widelcem i nożem

O tym, co, gdzie i jak jemy, oraz o tym, ile kosztowało nasze jedzenie, decyduje klasa społeczna, w której się sytuujemy, warunki, w jakich się wychowaliśmy, a także charakter wykonywanego obecnie zawodu. Droga produktów na nasz talerz i do naszego żołądka jest więc determinowana przede wszystkim pozycją klasową, a jej pierwszym i często jedynym krokiem nie jest wcale decyzja o tym, na co mamy ochotę.

Skomplikowane, może nawet przekombinowane? Wcale nie. Zastanówmy się przez chwilę nad tym, co jedzą osoby żyjące w ciągłym pośpiechu, a przy tym mające niewielkie środki finansowe na zakup żywności i innych potrzebnych produktów. Pomyślmy, czy szeroko komentowane przez nieznanym wyborcy żywnościowe pracującej w magazynie kobiety, która na spacerze karmi dziecko tanimi parówkami i kolorowymi chrupkami pełnymi groźnych „E”, bo nie stać jej na lepsze, przemyślane, a zatem droższe jedzenie – czy są one tak naprawdę jej wolnymi wyborami. Wyobraźmy sobie sytuację osoby ze znaczną nadwagą, której kapitalizm jednocześnie każe natychmiast schudnąć (bo w XXI w. otyła, niewysportowana sylwetka uchodzi za nieestetyczną i wręcz zakazaną), a jednocześnie kusi ją dostępnością szerokiego wachlarzu tanich, pustych, ale smacznych kalorii, które są pod

ręką, pocieszają, nie kosztują wiele i nie trzeba po nie daleko iść. Tak, to nie jest wielki sekret – zarówno zdrowe odżywianie, jak i zdrowe, wyraźne schudnięcie wymagają nakładów pieniężnych, czasu, systematyczności i wiedzy. Czyli właściwie wszystkiego, czego ciężko pracujący i żyjący z dnia na dzień z obawą, czy da się w tym miesiącu opłacić rachunki, po prostu nie mają.

Klasa średnia – arbiter zdrowia?

Zachodnia klasa średnia uczyniła z dystynkcji żywnościowej kolejny oręż do „walki z biedotą”. Tak jak poucza nas w kwestii jakości rozrywek kulturalnych, doboru lektur i adekwatności ubioru, tak pragnie wyżyć się również na polu doradztwa kulinarno-dietetycznego wskazując nam, co „można” jeść, a czego absolutnie nie wolno, bo jest to „śmieć”. Słowami kluczowymi są tutaj przymiotniki „niezdrowy” oraz „szkodliwy”. To za ich pomocą przedstawiciele klas wyższych – i aspirujący do nich – budują poczucie pewności siebie utwierdzając się w swoich właściwych decyzjach o wyborze diety pudełkowej, o zawartości koszyka sklepowego czy wyborze stylu życia *zero waste* (który jest kosztowny, wymaga zakupu gadżetów, a także odpowiednich nakładów czasu i planowania – a kto w polskim kapitalizmie Anno Domini 2020 dysponuje czasem na tego typu aktywność? Na pewno nie kasjerka z Pepco). To za sprawą ludzi z klasy średniej – głównie matek – Internet pęka w szwach od gorących dyskusji i zajadłych komentarzy oraz złośliwości wymierzonych w kierunku innych. W jaki sposób?

Zachodnia klasa średnia uczyniła z dystynkcji żywnościowej kolejny oręż „walki z biedotą”

- *Patrzcie: gruba, a je burgera.*
- *Patrzcie: chyba dziecku obiadu w domu nie dają, bo poszło na taniego hot doga do Żabki; ja bym nigdy nie pozwoliła.*
- *U nas woda tylko z dzbanka Britta z filtrem.*
- *Nasze dzieci nie znają smaku cukru.*
- *U nas gluten je się od święta.*
- *Jak ona może palić przy dzieciach?*

Jedzenie i niejedzenie jest zatem kolejnym sposobem na dyscyplinowanie klas niższych przez wyższe. Podchwytywane z Zachodu trendy – weganizm, nowoczesne działkowanie¹,

wspieranie ekokawiarenek, mleko roślinne czy oczyszczanie organizmu sokami – szybko stają się „normą”, do której należy dążyć i udawać, że nieszczęsny hot dog z Żabki i czekolada ze stacji benzynowej zapijana jasnym pełnym to tylko wypadki przy pracy, a na co dzień to my oczywiście jemy głównie niemyte, organiczne warzywa okopowe prosto z pola.

Czas to pieniądz

Tymczasem prawda jest zupełnie inna i bardzo prosta – jemy najczęściej to, na co możemy sobie czasowo i finansowo

pozwolić. Stąd bierze się popularność sieciowych dyskontów, które rozpleniły się w małych miejscowościach, oraz zainteresowanie gotowymi daniami do odgrzania, takimi jak pierogi czy gotowa zupa w plastikowym pojemniku, którymi nakarmi się rodzinę w dziesięć minut, a nie

Jemy najczęściej to, na co możemy sobie czasowo i finansowo pozwolić

w półtorej godziny. Stąd – w konsekwencji – nadwaga, zgaga i cukrzyca. Podejście liberalne, które w absolutnie każdej sprawie głosi idiotyczny i niemożliwy do obrony prymat „wolnego wyboru”, właśnie w tym momencie zatrzymuje się i przestaje słuchać. Widzi przyczynę, a więc jedzenie gotowych dań czy „śmieciowych” przekąsek, oraz skutek – nadwagę, choroby i wydatki. Nie widzi jednak całego tła, które popycha do kupowania pierogów ruskich na tacce za 3,99 zł, podczas gdy to w nim dzieją się kluczowe, najbardziej interesujące rzeczy. O tym, kto będzie zdrowo i domowo jadł, a już na pewno o tym, kto będzie jadł „fit” i zgodnie z trendami, decydują: zawartość portfela, odległość miejsca zamieszkania do sklepów ze zdrowszym jedzeniem, historia rodziny, nawyki charakterystyczne dla klasy społecznej, a także rodzaj wykonywanej pracy. Osoba pracująca na trzy zmiany, pielęgniarka, kurier czy magazynier będą sobie podgrzewali szybkie posiłki, jedli je na raty, na jednej nodze,

zapijając zimną kawą i wyklętymi przez klasę średnią napojami energetycznymi, które mają podtrzymać funkcjonowanie organizmu, gdy ten woła o sen. Nie znajdują czasu na „celebrowanie posiłku” nie ze złośliwości – po prostu głównie pracują, dojeżdżają do pracy i śpią. W tym kontekście żywność jest tylko zestawem kalorii, które mają napędzać maszynę ciała, by działało przez kolejny dzień. Nie ma czasu na poszukiwanie, wybieranie i namysł.

Lokalność nie taka prosta

Z niedrogą dietą kojarzą nam się takie pojęcia jak lokalność i sezonowość, jednak czasy ich korelacji z chudym portfelem już minęły. Teraz warzywa i owoce przyjeżdżają do nas z całego świata, co ma kilka przyczyn i wiele skutków – zakup pomidorów z Hiszpanii czy Maroka często okazuje się tańszy i łatwiejszy niż tropienie po warzywniakach rodzimych warzyw. Nawet na zachwalanych „bazarkach” i „rynczkach” nie wszystko jest polskie i „od baby”. Ponownie – trzeba mieć czas, by jeździć za porządными płodami rolnymi, trzeba mieć czas i kapitał kulturowy, by zapisać się do kooperatywy spożywczej (oraz mieszkać w wystarczająco dużym mieście, by w ogóle ją znaleźć). Moda na zdrowe trendy zachodnie przywlokła do Polski i upowszechniła wśród klas aspirujących także produkty niegdyś drogie i egzotyczne, takie jak awokado czy kwinoa. Tymczasem niska cena nie powinna być wcale powodem do triumfu, jeśli tylko prześledzimy jej źródło. Ziemniaki z Izraela, pietruszka z Chin, kasza z Peru – produkty

spożywcze podróżują po świecie, pozostawiają wielki ślad węglowy i zaburzą rytym życia położonych na drugiej półkuli społeczności powodując ich ubożenie, a w skrajnych przypadkach głód. Ale jak to? To przecież super, że kupuję kwinoę, prawda? Ci małowniczcy rolnicy z dalekich wioseczek dzięki temu zarobią! Niestety, tak nie jest. Popularność tego typu produktów w bogatych krajach Europy sprawiła, że eksportuje się całe zbiory, a lokalne ziemie przejmują zarabiające na nich wielkie koncerny. Rolników pracujących przy uprawie jakiegoś warzywa czy zboża... nie stać na to, by je kupować, choć wcześniej były one podstawą ich diety.

Nie utożsamiajmy często opłakanych skutków spożywania tanich i dostępnych produktów z „wolnym wyborem”

Kiedy nadchodzi głód, kapitalizm daje szybką odpowiedź – oferuje dostępność taniego, gotowego, kalorycznego jedzenia z supermarketów. Choć pojawiają się otyłość i choroby cywilizacyjne, to kapitalizm wygrał – liczy banknoty i chucha na nie. Osiągnął swój jedyny cel: jedni i drudzy kupili.

W Europie Zachodniej, w USA czy w Ameryce Południowej to najbiedniejsi jedzą najtańsze produkty pełne cukru, tłuszczu i wzmacniaczy smaku. Nie robią tego ze względu na swoją „głupotę”, niedouczenie czy ciemnotę, lecz wyłącznie ze względu na dostępność i cenę produktów. Niepewność jutra, położenie geograficzne, problemy z dojaz-

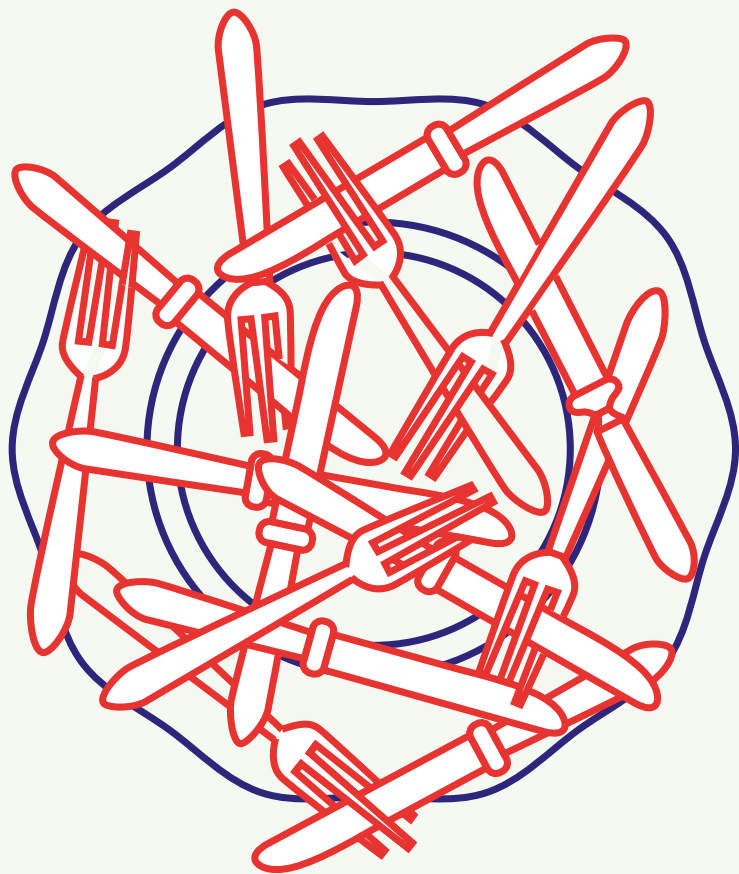
dem i konieczność szybkiego „napchania się” – to pierwsze i jedyne przyczyny zawartości koszyka zakupowego *working class*.

W ostatnich czasach popularny stał się termin *pustynia żywieniowa*. Oznacza on, że istnieją całe tereny, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, w których mieszkańcy skazani są na zaopatrywanie się w okolicznych dyskontach spożywczych, bo na przestrzeni kilkudziesięciu kilometrów nie istnieją żadne miejsca z wartościowym pokarmem. W USA problem ten pogłębia dostępność taniego i sycącego fast foodu, co powoduje, że czasem nie opłaca się nawet gotować

z półproduktów – w drodze do pracy można po prostu chwycić burgera czy wielki kawałek pizzy. Kalorie i kasa w portfelu się zgadzają.

Państwo powie, jak jeść?

Kształt łańcucha dostaw żywności ma wiele przyczyn: koncentrację wielkich gospodarstw rolnych, walki cenowe, dumping, ujednolicanie upraw, system dopłat unijnych do hektara itd. Żywności jest dużo, jest ona coraz tańsza i coraz łatwiej dostępna. Wydawałoby się, że nic, tylko jeść. Tanieje mięso, doskonale źródło białka, co sprawia, że to głównie klasy aspirujące skłaniają się ku wege-



tarianizmowi, zaś klasa robotnicza spożywa to, co zna i co jest pod ręką. Tak wyglądają konsekwencje rozdania kart na stole, przy którym nas, konsumentów, nie ma. Nie utożsamiamy często oplakanych skutków spożywania tanich i dostępnych produktów

To państwo powinno edukować, wydawać publikacje kulinarne i ulotki oraz emitować odpowiednie programy w telewizji

z „wolnym wyborem” i indywidualną sprawczością. Zdecydowano za nas.

Odpowiedzią na problem niedożywienia i spożywania nadmiaru pustych kalorii oraz na problem otyłości i *pustymi żywieniowych* jest oczywiście silna polityka państwa. To ono powinno zadbać o obiady (a także o śniadania, mleko czy owoce) w stołówkach szkolnych i pracowniczych – smaczne, zdrowsze i robione na miejscu, a nie przywożone w styropianowych pojemnikach przez firmę cateringową, która wygrała przetarg. To państwo powinno edukować, wydawać publikacje kulinarne i ulotki oraz emitować odpowiednie programy w telewizji. To jego zdaniem jest stworzenie państwowej sieci sklepów spożywczych z niskimi cenami i dobrym, polskim asortymentem. Kapitalizm niczego za nas nie załatwi – jest mu na rękę, że jesteśmy grubi i chorzy. Na pocieszenie otworzymy kolejną paczkę chipsów. ♦

Adam Konieczny

Skąd się biorą antyszczepionkowcy i dlaczego jest ich coraz więcej?

Dlaczego tak bardzo wzrasta niechęć do szczepień, a wiara w uzdrawiającą moc modlitwy lub własnej uryny świętuje tryumfy? Skąd bierze się nieufność do nauki i dlaczego nie powinniśmy dawać głosu antyszczepionkowcom?

Kim jesteśmy?

Przebudziliśmy się. Otworzyliśmy oczy. Zaczęliśmy samodzielnie myśleć. Walczymy z międzynarodowym spiskiem. Domagamy się pełnej wolności jednostki. Bill Gates nas nie zastraszy. Szczepienia służą podskórnej inwigilacji poprzez wstrzyknięcie chipu. Nasze dzieci są naszą własnością, sami je sobie uodpornimy uryną i witaminą C. Jest nas coraz więcej i jesteśmy coraz głośniejsi. Międzynarodowe korporacje farmaceutyczne chcą na nas zarobić. Naturoterapia jest jedyną prawdziwą nauką.

Kim są?

Antyszczepionkowcy, czyli osoby negujące sens i skuteczność szczepień, uważają, że są one szkodliwe dla zdrowia. W krajach, w których szczepienia są obowiązkowe, domagają się oni ich ograniczenia lub zniesienia. Postawy te istnieją od momentu pojawienia się pierwszych szcze-

pień. W XIX w. sądzono, że po zaszczepieniu człowieka na ospę prawdziwą rozwiną się u niego cechy krowie. Miało to związek z historią powstania szczepionki na ospę i powiązań tej historii z inną chorobą – krowianką. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uważa dziś ospę prawdziwą za eradykowaną, a więc całkowicie zwalczoną (w populacji człowieka). Warto nadmienić, że w ludzkich dziejach trudno doszukać się wzmianek o ludziach-mutantach z krowimi kopytami lub żwaczem (chyba że mięśniem twarzy). Wygląda na to, że szczepionka zadziałała prawidłowo.

W co wierzymy?

Rtęć obecna w szczepionkach jest szkodliwa. Znamy mnóstwo dzieci, u których po jej podaniu ujawnił się autyzm. Jeżeli jesteś zaszczepiony, nie powinno ci przeszkadzać to, że my nie jesteśmy.

W co nie wierzą?

Tak, faktem jest, że w szczepionkach możemy znaleźć rtęć, jednak nie jest to rtęć pierwiastkowa, która znajdowała się w wycofanych już termometrach. Nikt też nie zorganizował napadu na owe termometry, by wykraść z nich rtęć i dodawać ją do szczepionek, by podtruwać ludzi. W szczepionkach obecny jest prosty związek organiczny antyseptyczny i grzybobójczy. To ważny składnik dla utrzymania bezpieczeństwa mikrobiologicznego szczepionki. Co również istotne, jego stężenie w szczepionce jest na tyle niskie, że nie stanowi zagrożenia dla

człowieka. W obecnych czasach tiomersal praktycznie wyszedł z użycia, gdyż został wyparty przez inne związki chemiczne, takie jak 2-fenoksyetanol, a więc składnik obecny między innymi

W Polsce edukacja w zakresie szczepień praktycznie nie istnieje

w Octenisepcie – powszechnie stosowanym środku odkażającym.

Inną „prawdą objawioną”, w którą wierzą antyszczepionkowcy próbujący zastraszyć społeczeństwa, ma być twierdzenie, że szczepionki wywołują autyzm u dzieci. Pogląd ten ma źródło w artykule opublikowanym w 1998 r. w czasopiśmie naukowym „The Lancet”. Lekarz Andrew Wakefield we współpracy z innymi autorami przedstawił historię medyczną dwanaściora dzieci, u których po podaniu szczepionki MMR (trójskładnikowa szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce) miały się pojawić objawy zaburzeń rozwoju (autyzm) oraz stany zapalne jelit. Śledztwo dziennikarskie wykazało jednak, że Wakefield sfalszował wyniki badań, otrzymując przy tym znaczną sumę pieniędzy od prawników działających w imieniu rodziców, którzy domagali się odszkodowań od koncernów farmaceutycznych. Wskutek tego został on pozbawiony możliwości wykonywania zawodu lekarza w Wielkiej Brytanii.

Badania przeprowadzone w 2014 r. na próbie 1,2 mln dzieci wykazały, że nie ma związku pomiędzy szczepionką MMR a występowaniem u nich

autyzmu. Pomimo tego, że fałszerstwa Wakefielda zostały już dawno odkryte i obalone, jego teorie trzymają się dobrze i dla podważających skuteczność szczepionek wciąż stanowią broń w walce z racjonalnym światem.

Z ust antyszczepionkowców bardzo często można również usłyszeć inny argument: osoby zaszczepione nie mają się czym przejmować właśnie z tego powodu, że są zaszczepione i nie zachorują. Odpowiada na niego Łukasz Lamża, dziennikarz i filozof przyrody:

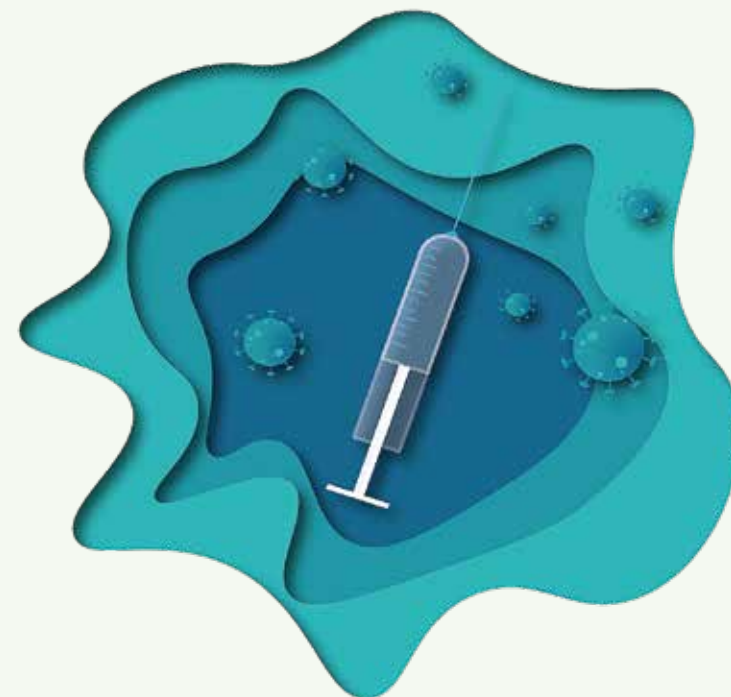
Tak czy inaczej, również osoby zaszczepione mogą mimo wszystko zachorować: fałszywy jest więc argument, przytaczany czasem przez antyszczepionkowców, że ich osobisty wybór, by się zaszczepić, nie powinien martwić osób zaszczepionych. Otóż właśnie powinien – ponieważ spadek odporności stadnej powodowany przez każdą osobę niezaszczepioną może rów-

niez doprowadzić do zachorowania osób zaszczepionych¹.

Należy również pamiętać, że nie wszyscy są zaszczepieni (np. noworodki), a niektórych osób zaszczepić po prostu nie można – np. z ostrymi reakcjami uczuleniowymi na któryś składnik szczepionki.

Rtęć w szczepionkach, historia byłego lekarza z Wielkiej Brytanii czy odporność po zaszczepieniu to tematy niezwykle złożone i zmanipulowane przez rozprzestrzenione fałszywe informacje. Z tego względu warto sięgnąć po książkę wspomnianego Łukasza Lamży pt. *Światy równoległe. Czego uczą nas płaskoziemcy, homeopaci i różdżkarze*, by pogłębić swoją wiedzę (nie tylko w temacie szczepień) podaną przez autora w przystępny sposób.

¹ Łukasz Lamża, *Światy równoległe. Czego uczą nas płaskoziemcy, homeopaci i różdżkarze*, Wydawnictwo Czarne 2020, s. 27.



Skąd przybieramy?

Ten akapit miał być ponownie głosem antyszczepionkowców i zawierać informacje o najpopularniejszych stronach, forach i innych przestrzeniach, w których wylęgają się ich teorie. Tych informacji jednak nie zamieścimy, a wszystkich oburzonych tym faktem przepraszamy, ale nie ma w naszym czasopiśmie miejsca na promowanie antynaukowych bzdur. Antyszczepionkowcy nie zabiorą już tutaj więcej głosu, bo dyskusja z nimi nie ma najmniejszego sensu.

Skąd przybierają?

Na stronie internetowej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego możemy przeczytać, że liczba uchyień od szczepień obowiązkowych pomiędzy rokiem 2015 a 2019 wzrosła trzykrotnie (z 16,6 tys. do 48,6 tys.). Liczby te mogą przerażać jeszcze bardziej, gdy prześledzi się ich rozwój w ciągu ostatnich 10 lat. W roku 2010 odnotowano zaledwie 3437 przypadków uchylenia się od szczepień. Z każdym kolejnym rokiem ta tendencja rosła. Wnioski nasuwają się same: teorie antyszczepionkowe oddziałują na społeczeństwo coraz silniej. Powodów takiego stanu rzeczy może być kilka. Pierwszy z nich związany jest z niedofinansowaniem systemu opieki zdrowotnej i niską liczbą lekarzy przypadającą na 1000 mieszkańców. Według dwóch odrębnych raportów Eurostatu z 2019 r. oraz raportu przygotowanego przez Organizację Wspólnoty Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w Polsce liczba ta wynosi 2,4 lekarza – to ostatnie miejsce

w Unii Europejskiej oraz jeden z najgorszych wyników spośród wszystkich krajów europejskich. Nie zwiększa się ona od prawie 20 lat.

Sytuacja jest jeszcze gorsza, jeśli chodzi o lekarzy specjalistów chorób zakaźnych. Według danych z 30 września 2020 r. opublikowanych przez Naczelną Izbę Lekarską w Polsce liczba takich specjalistów aktywnych zawodowo wynosi 1123. W najbliższych latach nie widać szans na jej zwiększenie, gdyż specjalizacja ta nie cieszy się popularnością, a średni wiek aktywnych zawodowo specjalistów chorób zakaźnych przekracza 60 lat. Na ironię zakrawa fakt, że nadziei na zmianę w tym obszarze, który nagle stanął w centrum zainteresowania, należy doszukiwać się w pandemii COVID-19 – to ona powiedziała „sprawdzam” i w brutalny sposób wypunktowała zaniedbania systemowe: niedofinansowanie ochrony zdrowia, zamykanie oddziałów szpitalnych czy lekceważące podejście do chorób zakaźnych. Bo przecież nas, w cywilizowanej Europie, żadne wirusy nie pokonają, więc po co troszczyć się o coś tak nierentownego jak choroby zakaźne?

Lekarze ledwo wyrabiają z leczeniem pacjentów, więc jeszcze trudniej jest im znaleźć czas na rozmowę z nimi czy edukowanie na temat skutków braku zaufania ze strony pacjenta nie tylko do lekarza i systemu opieki zdrowotnej, ale także instytucji państwowych. Przykładem jest niedofinansowany, zmagający się z brakami kadrowymi sanepid. Mnóstwo osób w trakcie pandemii musiało się zmierzyć z długim oczekiwaniem na połą-

czenie telefoniczne i doświadczyć zamieszania w sprawie decyzji co do kwarantanny. Każdy taki problem oznacza spadek zaufania do instytucji. Kiedy ludzie widzą, że nie mogą liczyć na organy państwowe, odsuwają się od nich i przestają im wierzyć.

W tym miejscu dochodzimy do drugiej przyczyny tak szybkiego rozprzestrzeniania się teorii antyszczepionkowych – do Internetu. Trudno się dziwić (lecz należy bardzo niepokoić), że edukacja medyczna przeniosła się do sieci. Jeżeli lekarz nie udzielił nam odpowiedzi na temat szczepienia lub nie rozwieje naszych wątpliwości, „wujek Google”, posiadający w swej ofercie łatwy i szybki dostęp do informacji, służy pomocą o każdej porze dnia i nocy. Najczęściej jednak jest to pomoc oparta na mało naukowych fundamentach. Ludzie otrzymują ogromną dawkę dezinformacji medycznej podawanej przez celebrytów, agentki ubezpieczeniowe czy influencerów, których posty docierają do dużej liczby użytkowników. Poza tym strony antyszczepionkowców są zawsze darmowe, a naukowy żargon dla przeciętnego człowieka niezrozumiały, podczas gdy antynaukowe bzdury zwykle napisane są w łatwy, przystępny sposób. W dzisiejszym świecie poszukujemy szybkich rozwiązań, w związku z czym często nie weryfikujemy podanych informacji i zaczynamy w nie wierzyć.

W przypadku szczepionki przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 powstanie rozmaitych wątpliwości i pytań wydaje się oczywiste. Szczepionkę tworzy się szybko ze względu na stres związany z pandemią i jej skutkami nie

tylko zdrowotnymi, ale także bytowymi. Strach, niepewność czy zwątpienie są zrozumiałe, co powoduje, że ucieczka w proste wyjaśnienia przychodzi jeszcze łatwiej. Sytuacja ta tworzy grunt pod szybkie rozprzestrzenianie się teorii spiskowych związanych również ze szczepieniami na koronawirusa, a jej skutkiem może być narastająca niechęć do zaszczepienia się. Odgórnym rozwiązaniem tej kwestii mogłyby być przepisy zabraniające publikowania teorii spiskowych na temat szczepień i COVID-19. Taki postulat zaproponowała rządowi Borysa Johnsona brytyjska Partia Pracy. Zakłada ona nakładanie kar finansowych na portale społecznościowe, które publikowałyby antynaukowe teorie.

W Polsce edukacja w zakresie szczepień praktycznie nie istnieje. Jednym z powodów są względy finansowe – nikt nie będzie przeznaczał pieniędzy na coś tak błahego jak edukacja, kiedy mamy milion innych, ważniejszych potrzeb (np. czołgi, rakiety i inne militaria), a politykom partii rządzącej w walce z wirusem nieraz bliżej do teorii antyszczepionkowych czy pięciu „zdrowasiek”.

Gdzie szukać informacji o szczepieniach?

Informacje na temat szczepień powinny być ogólnodostępne, a edukacją w tym zakresie powinno zajmować się państwo. Z tym ostatnim jest raczej gorzej niż lepiej. Na przełomie 2018 i 2019 r. Główny Inspektor Sanitarny oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) ruszył z kampanią społeczną

#zaszczepieniBezpieczni. Z sześciu opublikowanych z tej okazji filmów edukacyjnych można uzyskać informacje na temat szczepień ochronnych. Warto również poświęcić uwagę profelowi Szczepienia.info (stworzonemu przez NIZP-PZH), który można znaleźć na Facebooku. Znajdują się na nim informacje na temat szczepień pochodzące od doświadczonych ekspertów i poparte naukowymi publikacjami.

Poszukujemy szybkich rozwiązań, w związku z czym często nie weryfikujemy podanych informacji i zaczynamy w nie wierzyć

W podejściu do szczepień potrzebujemy systemowej zmiany, edukacji i więcej środków finansowych. Potrzebujemy lepszego finansowania instytucji państwowych, tak aby każdy obywatel i obywatelka miała pewność, że w sytuacji kryzysowej (ale nie tylko) może na nie liczyć. Niezbędna jest również zmiana w procesie egzekwowania obowiązkowych szczepień dzieci. Z przytoczonych danych widać wyraźnie, że liczba rodziców uchylających się od tego obowiązku nieustannie rośnie i niestraszna jest im groźba kary finansowej (często i tak nienakładanej przez niedofinansowane organy państwa). Zamiast nakładania kar państwo powinno stworzyć program edukacyjny, którym zostaliby objęci wszyscy rodzice mający wątpliwości co do słuszności szczepień. ♦

Maria Janiszewska

Mam zespół Aspergera. Oto moja historia

Mam zespół Aspergera zdiagnozowany w dorosłym wieku. O diagnozę wystąpiłam sama, ponieważ chciałam poznać przyczyny moich problemów z dzieciństwa i młodości. W tym artykule dzielę się zdobytą wiedzą o swoim zaburzeniu i doświadczeniami z przełamywaniem trudności.

Zespół Aspergera jest zaburzeniem rozwojowym ze spektrum autyzmu. Diagnozuje się go coraz częściej – wg danych z 2015 r. zaburzenie to ma jedno na 3333 dzieci w Polsce. Jakie są i z czym się zmagają osoby z zespołem Aspergera (tzw. „Aspiki”) w świecie osób neurotypowych (czyli takich, które nie mają zaburzeń rozwojowych)?

Do głównych cech osób zdiagnozowanych należą: uporczywe trudności w zakresie umiejętności społecznych, trudności w akceptowaniu zmian, ograniczona elastyczność myślenia przy braku niepełnosprawności intelektualnej oraz ograniczone, wąskie, powtarzające się zachowania i zainteresowania. Badania nad zespołem Aspergera prowadzi się od niedawna, w związku z czym wciąż problematyczna jest klasyfikacja, ustalenie zakresu występujących zaburzeń i różnic z innymi zaburzeniami neurologicznymi oraz przyczyny jego występowania.

Stereotypy w myśleniu o zespole Aspergera

Większość ludzi zapytanych, czym jest zespół Aspergera, odpowie, że nic o tym nie wie, a znacząca część posłuży się jednym z wielu stereotypów. Omówię tu niektóre z nich.

Zespół Aspergera występuje tylko u dzieci. Przekonanie to wynika z faktu, że gdy słyszymy o spektrum autyzmu w mediach, zwykle jest mowa o dzieciach. Zaburzenie to jednak nie znika z wiekiem. Choć niektórzy są diagnozowani już jako dorośli (na diagnozę w ramach NFZ osoba dorosła może czekać nawet 1,5 roku), pokazywanie dzieci jest po prostu bardziej medialne.

Zespół Aspergera to nie choroba, lecz zaburzenie rozwojowe

Osoby z zespołem Aspergera nie mają emocji. Z powodu tego stereotypu uważałam, że nie mogę być „Aspikiem”, mimo że inne kryteria się zgadzały. Jestem członkinią partii lewicowej, działałam w różnych wolontariatach i kondycja współczesnego świata nie jest mi obojętna – jakim cudem miałabym nie mieć uczuć? Słabo rozwinięta empatia nie oznacza, że nie interesują mnie emocje innych osób, tylko że jest mi trudniej domyślić się, co ktoś czuje. Nie jestem też szczególnie dobra w pocieszaniu (co może uchodzić za nieczułość), a w przypadku czyichś problemów życiowych staram się znaleźć rozwiązanie, a nie tylko słuchać i smuć się razem z osobą, którą spotkało jakieś

nieszczęście. Swoje uczucia okazuję w inny sposób – w moim zachowaniu i ekspresji mogą być one niewidoczne.

Wszystkie osoby z zespołem Aspergera mają szczególne umiejętności. Najbardziej znane z popkultury osoby ze spektrum autyzmu mają wybitne zdolności w określonych dziedzinach, np. potrafią zapamiętać w kilka sekund rozkład jazdy pociągów czy, patrząc na budynek, potrafią podać dokładną liczbę cegieł,

z których jest on zbudowany. Większość nie ma jednak takich „supermocy” – mogą ją cechować pewne predyspozycje i uzdolnienia, ale niekoniecznie tak spektakularne. Podejście to, choć teoretycznie pozytywne (w końcu mówimy o nadzwyczajnych zdolnościach), sprawia, że osoby z zespołem Aspergera mogą być traktowane wyłącznie jako źródło rozrywki, maskotka czy ciekawostka.



Il.: Marek Chmiel

Zespół Aspergera to choroba. To nie choroba, lecz zaburzenie rozwojowe. Terapii nie prowadzi się po to, by wyeliminować zespół, lecz aby dotknięta nim osoba nauczyła się z nim lepiej żyć. Nie można się nim też zarazić. Zaburzenia ze spektrum autyzmu wprawdzie podlegają dziedziczeniu wielogenowemu, jednak nie każda zdiagnozowana osoba urodzi dziecko z autyzmem. W rodzi-

swoje niepowodzenia zamiast przyjąć wobec nich twardą postawę.

Najwyższa pora, by wyeliminować stereotypy na temat zaburzeń rozwojowych i chorób psychicznych.

Z jakimi problemami spotykają się osoby z zespołem Aspergera?

Problemy codzienne „Aspików”

Najwyższa pora, by wyeliminować stereotypy na temat zaburzeń rozwojowych i chorób psychicznych

nach, w których obecna jest osoba z zespołem Aspergera, zaburzenia mogą być zdiagnozowane także u innych osób nie tylko ze względu na genetykę, lecz także większą świadomość występowania pewnych cech i zachowań.

Zespół Aspergera nie istnieje. Kiedyś to nie było ani Aspergera, ani depresji, ani ADHD, ani nerwic i nic się nie działo, ludzie żyli normalnie i nie wymyślali głupot. Z nudów i z dobrobytu w głowach się przewracało i wymyślają jakieś bzdury. Ludzie są teraz zbyt delikatni, dlatego na każdą słabość i wadę znajdują jakąś nazwę i wytłumaczenie, zamiast wziąć się w garść i normalnie żyć – pewnie każdy słyszał coś podobnego w odniesieniu do dowolnych zaburzeń lub chorób psychicznych. Opinia ta *de facto* oznacza, że zdrowie to rzekomo tylko fizyczność, a jeżeli jakiegoś uszkodzenia nie widać, to znaczy, że go nie ma. Wyraża się tu myśl, że ludziom żyje się za dobrze, a ci, którzy są słabi, usiłują racjonalizować

omówię na wybranych sytuacjach. Ze względu na ograniczoną długość niniejszego tekstu pominię np. okres wczesnodziecięcy, funkcjonowanie w związku, rodzicielstwo czy starzenie się.

U osób z zespołem Aspergera często występuje nadwrażliwość słuchowa. W szkole oznacza to na przykład, że głośnie dzwonki na przerwę mogą powodować ataki paniki. W klasach I–III kładłam się wówczas na podłodze na brzuchu, zatykałam uszy i krzyczałam. Wywoływało to sensację, ale panika była tak wielka, że nie byłam w stanie zwracać na to uwagi.

Dla osób z nadwrażliwością na bodźce problemami w szkole są też hałas, chaos na przerwach oraz nadmiar impulsów: masa nieznanymi osobami, ruch, kolory i dźwięki. Do tego często dochodzi wyśmiewanie lub dręczenie „odludka” czy „dziwaka”, który stara się odciąć od tego nadmiaru (siedzi sam i zatyka uszy, chowa się w toalecie, rysuje bądź czyta).

W szkolnych grupach towarzyskich zwykle funkcjonują rozmaite niepisane reguły, do których trzeba się dostosować pod rygiem ostracyzmu. W moim gimnazjum było to np. nioszenie czerwonych skarpet w czwartki i wiele innych dziwnych reguł wymyślonych nie wiadomo przez kogo i w jakim celu.

Podobne problemy występują również w pracy zawodowej. Już samo jej zdobycie jest trudne: ogłoszenia o pracę dedykowane osobom niepełnosprawnym często nie pasują do osób z zespołem Aspergera, gdyż są bardzo rozproszone (trzeba wiedzieć, gdzie szukać) i poniżej ich kwalifikacji. Praca „zwyčajna” jest zaś dla nich niedostępna ze względu na występujące ograniczenia.

Osoby neurotypowe często mówią różne rzeczy z grzeczności i mogą uważać osoby nieneurotypowe za nietowarzyskie

Wiąże się z tym również praca zmianowa – osoba z zespołem Aspergera potrzebuje stabilizacji, powtarzalnego rytmu dnia i przewidywalności. Istnieje też możliwość, że polecenia nie będą wykonywane prawidłowo, jeżeli są one przekazywane ciągiem w formie ustnej, a nie spisane, wypunktowane i określające priorytety.

Pośrednictwem pracy dla osób ze spektrum zajmuje się tylko kilka instytucji, a efektywność działania części z nich pozostaje

wia wiele do życzenia. Kłopoty pokazują statystyki: w 2009 r. w Zjednoczonym Królestwie 85% osób ze spektrum autyzmu nie miało pracy na pełen etat¹. Wśród osób ze spektrum bardzo często występuje zjawisko wiecznego studenta, kursantki czy stażysty. Z moich kontaktów ze zdiagnozowanymi dorosłymi wynika, że osoby z zespołem Aspergera często podejmują szereg działań mających na celu zdobywanie nowych umiejętności i kwalifikacji z nadzieją, że uda im się dzięki temu znaleźć pracę (lub zmienić obecną na bardziej odpowiednią).

Osoby ze spektrum często zadają sobie pytanie: czy umieszczać informację o zaburzeniu w CV? Dylemat ten wynika z tego, że zarówno jej podawanie, jak i niepodawanie ma swoje plusy i minusy. Z jednej strony człowiek z zespołem Aspergera

Osoby z zespołem Aspergera często charakteryzują się naiwnością i nadmierną ufnością, a także stają się obiektem żartów z powodu niezrozumienia ironii czy sarkazmu

pominięcie wzmianki o zaburzeniu mógłby postrzegać jako kłamstwo, gdyż ukrywa on wtedy istotną informację (a u osób tych występuje niechęć do nieszczerości). Efektem pominięcia, już po dostaniu pracy, mogłoby być również udawanie za wszelką cenę osoby neurotypowej, co wiąże się z wysiłkiem i innym rodzajem oszustwa (również wobec samej siebie). Brak wiedzy pracodawcy o zespole Aspergera u pracownika może działać

na korzyść tego drugiego jedynie krótkoterminowo – uniknie on stereotypowego traktowania, ale za to będzie zmuszony udawać kogoś, kim nie jest.

Z drugiej strony podanie tej informacji w CV może mieć następujące konsekwencje: (1) zatrudniający nie przyjmie nas do pracy, bo kieruje się stereotypami; (2) przyjmie nas, bo zależy mu na pieniądzu (dotyczy to sytuacji, w których mamy nie tylko diagnozę, lecz także orzeczenie o niepełnosprawności), ale bez zamiaru przystosowania warunków pracy do naszych ograniczeń; (3) przyjmie nas, bo jest na to dostosowanie otwarty (taki jest nasz cel, gdy podajemy tę informację w CV).

Rozmowa o pracę to stres związany z kontaktem z nieznanym. Mowa ciała osoby z zespołem Aspergera odbierana jest jako chęć ukrycia czegoś,

zniecierpliwienie lub brak zainteresowania tematem, zaś jej monotony głos sprawia wrażenie braku zainteresowania i motywacji. Podejmowanie pracy poniżej kwalifikacji bywa z kolei sposobem na unikanie jej z ludźmi, co wynika z potencjalnej niechęci do podejmowania pracy zespołowej czy pracy z klientem.

Niemalym wyzwaniem jest podtrzymywanie nieformalnych kontaktów, np. poprzez small-talki. Idea rozmawiania o niczym z osobami, które

slabo znam i niekoniecznie chcę poznać lepiej (w końcu spotykamy się wyłącznie dlatego, że pracujemy w tym samym miejscu – akurat tak się złożyło) jest dziwna. Dla nas rozmowa polega głównie na wymianie informacji o swoich zainteresowaniach lub dowiedzeniu się czegoś istotnego.

W pracy, podobnie jak w szkole, problemem bywa hałas. Poproszenie współpracowników np. o ściszenie radia może być uznane za fanaberię, a nadwrażliwość słuchowa bywa na tyle silna, że zatycki do uszu okażą się niewystarczające. Osoba z zatyckami w uszach staje się też potencjalnym obiektem drwin.

U ludzi z zespołem Aspergera występuje tendencja do rozumienia poleceń dosłownie. Przykładowo, w bibliotece szkolnej, w której zaczęłam pracować, na początku roku powiedziano mi, że tylko ja decyduję o jej wystroju. W związku z tym jedną z moich decyzji było zdjęcie krzyża ze ściany, gdyż traktowałam go jako niekonieczny element dotychczasowego wystroju. Zrobienie tego skończyło się dla mnie bardzo źle.

Osoby ze spektrum mogą mieć bardzo niskie poczucie własnej wartości, a jednocześnie za wszelką cenę chcą pokazać współpracownikom i przełożonym, że potrafią coś zrobić dobrze. Oznacza to, że potrzebują pochwał. Z tego powodu mogą wykonywać określone zadania dłużej niż inni – chcą, by były zrobione idealnie.

W pracy także pojawiają się rozmaite niepisane reguły, np. *dresscode*. Dla wielu osób z zespołem Aspergera obowiązek ubierania się według

określonego wzorca wydaje się absurdalny. Dlaczego mam być w pracy oceniana za coś, co nie jest z nią związane? Można to zrozumieć, jeżeli wszyscy noszą mundur albo strój roboczy i wiesz o tym, bo jest to zapisane w umowie, w regulaminie lub w innych dokumentach. Trudniej jest wtedy, gdy obowiązek ten

U ludzi z zespołem Aspergera występuje tendencja do rozumienia poleceń dosłownie

przekazuje się w formie ustnej z precyzyjnym uzasadnieniem (np. praca z klientem). Najgorsza zaś jest sytuacja, w której nikt nie mówi nic o żadnym *dresscode*, a ty z czasem dowiadujesz się, że ktoś jest oburzony twoim wyglądem. Podczas pracy w bibliotece szkolnej zostałam wezwana na rozmowę dyscyplinarną do dyrekcji, ponieważ nosiłam bluzki na szerokich ramiączkach i nie pod samą szyję, co uchodziło za „nieskromne”, a na dodatek widoczny był mój tatuaż na ramieniu. Tyle że w bibliotece było gorąco, a ja ciężko znoszę wysokie temperatury.

Zespół Aspergera może też być przyczyną problemów z nawiązywaniem i podtrzymywaniem relacji międzyludzkich. Objawiają się one na przykład w nadmiernej szczeroci, gdyż osoby z zaburzeniem mogą kogoś obrazić wyrażając swe opinie wprost, gdy ktoś je pyta np., czy ma ładną fryzurę lub pisze dobre opowiadania. Innym przykładem może być wrażenie narzucania się komuś z uwagi

na to, że osoby neurotypowe często mówią różne rzeczy z grzeczności i mogą uważać osoby nieneurotypowe za nietowarzyskie. Wynika to z przemęczenia nadmiarem bodźców pojawiających się w miejscach, w których ludzie spotykają się w relacjach towarzyskich, np. w centrach handlowych czy klubach.

Osoby z zespołem Aspergera często charakteryzują się naiwnością i nadmierną ufnością, a także stają się obiektem żartów z powodu niezrozumienia ironii czy sarkazmu. Nie odróżniają, kiedy ktoś śmieje się z nich, a kiedy z nimi, i zapominają, że osoby neurotypowe nie mają „wbudowanej” szczeroci. W związku z tym wszystkim, a także z usilnym poszukiwaniem akceptacji w grupie, mogą trafiać do sekt, w których „bombardowanie miłością” mogą odczytywać jako szczerze zainteresowanie i troskę. W poszukiwaniu akceptacji mogą też poddawać się woli grupy rówieśniczej lub towarzyskiej poprzez naśladowanie zachowań destrukcyjnych i popadając w uzależnienia.

Nadzieja na lepsze czasy

Świadomość społeczna związana z obecnością osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu wyraźnie rośnie. Dzieje się tak m.in. w związku z coraz częstszym diagnozowaniem i prezentowaniem ich w mediach. Powodów do optymizmu dostarcza również publikacja książki dla dzieci o ich rówieśnikach ze spektrum autyzmu – być może za kilkanaście lat człowiek idący do psychiatry nie będzie traktowany jak wyrzutek. ♦

Zofia Koczur

„Naznaczona”, czyli o stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi

Zaburzenia psychiczne to jedne z częściej występujących problemów zdrowotnych: dotyczą one ok. 30% ludzi szukających pomocy medycznej.

Według przeprowadzonych w 2013 r. badań w ramach projektu Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (EZOP) – pierwszych w Polsce badań zaburzeń psychicznych, zgodnych z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – aż 23,4% osób w wieku produkcyjnym doświadczyło co najmniej jednego takiego zaburzenia. Największy odsetek wśród doświadczających problemów natury psychicznej to ludzie z zaburzeniami związanymi z uzależnieniem od różnych substancji oraz zaburzeniami nerwicowymi i osobowości.

Jak wynika z badań EZOP, 20–30% populacji w wieku 18–64 skarży się na stany obniżenia nastroju i aktywności, przewlekły lęk i drażliwość, lęki napadowe i społeczne oraz napady złości. Najpoważniejszym zaburzeniem jest schizofrenia, dotykająca ok. 21 mln ludzi na świecie¹.

Krzywdząca stygmatyzacja

Zanim przejdę do rozwinięcia tematu stygmatyzacji, chciałabym przytoczyć jej najprostszą

¹ <https://sci-hub.st/10.1177/1362361309104246> [dostęp: 17.12.2020].

¹ Chudzicka-Czapala A., Biernat M., *Stygmatyzacja osób doświadczających kryzysu psychicznego*, „Psychologia w praktyce”, nr 15, maj 2019.

definicję. Według *Słownika języka polskiego PWN* stygmatyzacja to: „publiczne potępienie jakiejś osoby lub grupy osób i odrzucanie ich w kontaktach społecznych”.

Zaburzenie psychiczne jest źródłem silniejszego wykluczenia społecznego niż jakiegokolwiek inne zaburzenie lub choroba

Problem ten jest mi wyjątkowo znany. W 2003 r. wystąpił u mnie ostry atak psychozy, a diagnoza brzmiała w skrócie: „ChAD”. Mówiąc dokładniej: choroba afektywna dwubiegunowa. Mam za sobą kilka pobytów w szpitalu lub na oddziale psychiatrycznym, a diagnoza, którą wtedy usłyszałam, przeraziła mnie i moich najbliższych. Bo choć mówi

się, że ChAD to choroba ludzi twórczych i kreatywnych (m.in. Ernest Hemingway, Charles Dickens, Catherine Zeta-Jones, Mel Gibson, Sinéad O'Connor czy Piotr Czajkowski), tak naprawdę

to ciężar, który nosi się przez całe życie.

Piętno choroby psychicznej nie tylko stanowi źródło subiektywnie przeżywanego cierpienia dla osób leczących się psychiatrycznie i ich bliskich, lecz ma także istotne konsekwencje dla zdrowia publicznego.

Stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi to złożony proces, na który składają

się m.in.: uznanie naznaczonych jednostek za odmienne lub obce (podział na „my” i „oni”), reakcje emocjonalne stygmatyzujących (takie jak gniew) oraz stygmatyzowanych (np. zakłopotanie), a także utrata statusu naznaczonych – spadek w hierarchii społecznej².

„Wariatka”, „psychiczna” – tak nie mówmy

Ze zjawiskiem stygmatyzacji spotkałam się kilkakrotnie. Dwa razy podczas rozmowy o pracę musiałam ujawnić, że pobieram rentę z ZUS, a nawet pokazać orzeczenie lekarskie. Przed 2016 r. nie obowiązywało RODO, więc pracodawcy pytali o wszystko. Przyznawszy się

² P. Świątaj, *Rola diagnozy psychiatrycznej w procesie stygmatyzacji osób chorujących psychicznie*, I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, 2009.

do choroby, oczywiście nie dostawałam pracy. Pewnego razu zostałam już przyjęta, ale jedynie po to, by po badaniu lekarskim, w trakcie którego ujawniłam swoje schorzenie, natychmiast ją stracić.

Kilka razy doświadczyłam też stygmatyzacji ze strony personelu medycznego. Nigdy bym nie przypuszczała, że ludzie wykształceni w kierunku udzielania pomocy będą w stanie, z premedytacją, naznaczyć mnie i przykleić mi etykietkę. Zdarzenia, które miały miejsce w moim życiu po zachorowaniu, utwierdziły mnie w przekonaniu, że ludzie stygmatyzują osoby podobne do mnie.

Daleka jestem od używania takich słów, jak „wariat” czy „psychiczna”. Warto odnotować, że w obecnie funkcjonującym systemie klasyfikująco-diagnostycznym DSM³ oraz w klasyfikacji zaburzeń psychicznych wprowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia nie występuje już termin „choroba psychiczna”. Został on zastąpiony określeniem „zaburzenie” (ang. *disorder*), które nie jest jednak terminem ścisłym.

Wyniki wielu badań przekonują, że zaburzenie psychiczne jest źródłem silniejszego wykluczenia społecznego niż jakiegokolwiek inne zaburzenie lub choroba. Bycie osobą zdiagnozowaną psychiatrycznie znacznie utrudnia realizację wielu istotnych celów życiowych, ogranicza możliwości nawiązywania kontaktów międzyludzkich, a także obniża trwałość relacji z innymi i podejmowania pracy.

W Polsce w ciągu ostatnich kilkadziesiąt lat nie obserwujemy żadnych znaczących

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders



Il.: Diversions z Pixabay

Bo choć mówi się, że ChAD to choroba ludzi twórczych i kreatywnych, tak naprawdę to ciężar, który nosi się przez całe życie

pozytywnych zmian w postawach wobec osób cierpiących na zaburzenia psychiczne – wciąż charakteryzuje je duży dystans społeczny i brak zaufania, co potwierdzają badania CBOS opublikowane w latach 2000, 2008 i 2012. Wynika z nich, że odsetek życzliwych postaw wobec pacjentów psychiatrycznych w polskim społeczeństwie nawet zmalał – z 71% w roku 1999 do 65% w roku 2012. Wzrosła natomiast liczba osób

Stygmatyzacja to wynik strachu przed chorymi, który bierze się z braku wiedzy na ich temat

deklarujących obojętność wobec chorych. Badania przeprowadzone przez Mroczek, Wróblewską, Kędziarską i Kurpas (2014) dowodzą zaś, że osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego uznawane są za niebezpieczne przez 70%, a za agresywne przez 61% badanych. Wyniki te pokazują również, że większość badanych Polaków (85%) twierdzi, iż osoby cierpiące na chorobę psychiczną zachowują się nieprzewidywalnie, 34% respondentów uważa, że są one zaniedbane, a 31% sądzi, że powinny być całkowicie odizolowane od społeczeństwa. Szacunek wobec chorych psychicznie deklarowało tylko 5% badanych – u 25% ankietowanych budzą oni odrazę, 96% stara się ich unikać, a 40% przyznało się, że zdarzyło im się z nich naśmiewać. 24% obrażało chorych słowami i gestami, 67% nigdy nie chciałoby ich widzieć ani spotykać, zaś 16% wystawiłoby chorego na publiczne pośmiewisko. Jedynie 1% próbowałby nawiązać rozmowę z osobą chorą, a zgodę na pracę wspólnie

z chorym psychicznie wyraziło 18% badanych.

Zaburzenia psychiczne nie przekreślają normalnego życia

Jednym ze źródeł, które wzmacniają zjawisko stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, są media. Z jednej strony emitują one rozmaite kampanie społeczne na rzecz osób chorujących, aby z drugiej (w czym przodują programy i portale informacyjne)

umieszczać informacje na temat chorych niemal wyłącznie negatywne, w rodzaju: *Pan X zabił żonę, leczyl się psychiatrycznie, Pani Y wyrzuciła dziecko z 8. piętra, jest chora psychicznie*. Słusznie można by stwierdzić, iż stygmatyzacja to wynik strachu przed chorymi, który bierze się z braku wiedzy na ich temat.

Tymczasem mnóstwo osób z zaburzeniami psychicznymi funkcjonuje normalnie. Dobrze dobrane leki pozwalają mi na normalne życie: mam męża i dzieci, jestem czynna zawodowo, piszę wiersze (wydałam dwa tomiki poetyckie), piszę piosenki i śpiewam we własnym projekcie muzycznym.

Każdy z nas może doświadczyć kryzysu psychicznego lub zaburzenia. Nie ma szczególnych uwarunkowań, w jakim okresie życia może to nastąpić. Wówczas również możemy doświadczyć stygmatyzacji – tak jak ja i wiele znanych mi z otoczenia osób.

Nie szufladkujmy, starajmy się równoważyć poglądy i spojrzenie na osoby przeżywające kryzys psychiczny. ♦

Katarzyna Paszkiewicz-Janoszka

Depresja poporodowa matki Polki

Depresja poporodowa dotyka nawet 15% kobiet, które urodziły dziecko, jednocześnie aż 85% przypadków może nie być rozpoznawana. Kobiety cierpią po cichu, w milczeniu, bez wiedzy i wsparcia otoczenia. Dlaczego?

Głównymi przeszkodami w rozpoznaniu i leczeniu depresji poporodowej są obawy przed stygmatyzacją i poczucie winy. Kobiety czują, że nie zasługują na pomoc, albo nie wiedzą, że pomoc istnieje. Jakie są najpowszechniejsze objawy depresji poporodowej? Płaczliwość, poczucie braku nadziei, poczucie winy, nieodczuwanie radości oraz przekonanie o niemożności sprostania obowiązkowi związanym z opieką nad dzieckiem. Objawom tym często towarzyszy znaczny poziom lęku, zaburzenia koncentracji uwagi i pamięci, unikanie kontaktów społecznych czy poczucie niskiej atrakcyjności. W odróżnieniu od powszechnego stanu czasowego obniżenia nastroju (doświadcza go nawet 80% kobiet), określanego terminem *baby blues*, depresja kliniczna trwa dłużej niż 2 tygodnie, ma tendencję do pogłębiania się i działa dezorganizująco na funkcjonowanie młodej mamy. Najważniejszymi cechami depresji poporodowej są niska samoocena, napięcie i przekonanie o chorobie fizycznej matki lub niemowlęcia. Konsekwencje cho-

roby dotyczą zarówno rodzicielki, jak i dziecka – wpływają na jego rozwój emocjonalny i poznawczy,

lala i nieszczęśliwa. Ciągnęły mnie szwy, piersi pękały od nadmiaru mleka, a w głowie chaos i przeraże-

Najważniejszymi cechami depresji poporodowej są niska samoocena, napięcie i przekonanie o chorobie fizycznej matki lub niemowlęcia

a w skrajnych sytuacjach ciężki epizod depresji poporodowej może prowadzić do zabójstwa lub samobójstwa. Dane wskazują, że największe ryzyko pojawienia się tych zaburzeń utrzymuje się przez rok po porodzie¹.

Na forach internetowych, blogach i grupach wsparcia możemy znaleźć wiele wypowiedzi kobiet zmagających się z tą chorobą. Tak swoje doświadczenia opisuje użytkowniczka jednego z forów:

Czuję, że zawodzę jako matka... Moja mama daje mi to odczuć, bo ma zupełnie inne podejście do małej niż ja. Zwraca się do niej pieszczotliwie, umie ukołysać, a ja podchodzę za nerwowo, słodkie słowa wydają mi się sztuczne w moim wykonaniu, więc milczę. Zajmuję się nią jak robot, przebrać, wykopać, nakarmić i byleby nie płakała. Mam z tego powodu wyrzuty sumienia i naprawdę nie wiem, co zrobić...

Na portalu dla kobiet mamotoja.pl czytamy natomiast historię Moniki:

Najpierw przyszedł lęk o to, że nie poradzę sobie z opieką nad noworodkiem. Potem pojawiły się zawroty głowy i nudności. Wstawałam rano i zaczynałam płakać. Nagle ja, dotąd zawsze silna i aktywna, leżałam jak odwłok, obo-

nie. (...) Potrafiłam przez dwie i pół godziny jeść jeden tost z dżemem. Każdy kęs rósł mi w ustach. W dodatku nie cierpiałam karmić naturalnie. Wiedziałam, że to ważne, ale czułam się fatalnie podczas przystawiania synka do piersi. Miałam wtedy wrażenie, jakby mi ktoś wbijał w mózg śrubokręt.

W tekście skupię się na społeczno-kulturowych czynnikach ryzyka wystąpienia depresji poporodowej. Czynniki biologiczne najczęściej podawane przez naukowców wiążą się ze spadkiem stężenia hormonów płciowych po porodzie, rolą oksytocyny, podatnością na zaburzenia nastroju w przeszłości oraz w rodzinie pochodzenia matki.

Trauma kobiety rodzącej

Większość kobiet mających zostać matkami wybiera opiekę w publicznej ochronie zdrowia. Wiele badań wskazuje na korelację pomiędzy doświadczeniami okołoporodowymi, sposobem traktowania przez personel medyczny i samym przebiegiem porodu a późniejszym stanem psychicznym kobiety. Dane mówią, że pełnoobjawowy zespół stresu pourazowego² dotyczy 1,5%–5,6% kobiet rodzących –

na jego wystąpienie ma wpływ sam, bardzo trudny, przebieg porodu, ale ogromną rolę odgrywają również czynniki emocjonalne. Są to przede wszystkim poczucie braku wsparcia ze strony bliskich i personelu medycznego oraz poczucie braku wpływu na sytuację.

Jako kolejną przesłankę medyczną podaje się poprzednie utraty i zagrożenie ciąży oraz długi okres starania się o potomstwo – leczenie zaburzeń płodności w ramach państwowej ochrony zdrowia bywa niezwykle trudne i żmudne, często znacznie wydłużając czas zajścia w upragnioną ciążę lub je uniemożliwiając (również ze względów ideologicznych). Jedną z najczęstszych pozabiologicznych przyczyn depresji poporodowej jest także stwierdzenie choroby lub wad rozwojowych u dziecka, co wiąże się z koniecznością przeorganizowania dotychczasowego życia, niepewnością dotyczącą możliwości powrotu do pracy oraz źródeł pomocy w razie braku takiej możliwości. Oczywiście ciąża również stosunkowo częściej będzie prowadzić do wystąpienia depresji poporodowej. W ostatnim raporcie Fundacji Rodzic po Ludzku czytamy, że blisko 17% badanych doświadczyło przemocy słownej lub fizycznej w trakcie porodu. Podczas trwania opieki okołoporodowej duży odsetek kobiet spotyka się także z brakiem lub zaniechaniem odpowiedniej opieki medycznej, stygmatyzacją czy ingerencjami medycznymi bez wiedzy i zgody pacjentki³.

Na stronie internetowej Wschodniego Centrum Profi-

¹ Jaeschke R., Siwek M., Dudek D., *Poporodowe zaburzenia nastroju – update 2012*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 3/2012, vol. 7, https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/156907/jaeschke_siwek_dudek_poporodowe_zaburzenia_nastroju_2012.pdf [dostęp: 16.10.2020].

² Zespół stresu pourazowego to rodzaj zaburzenia lękowego, które charakteryzuje się niechcianym emocjonalnym i poznawczym powracaniem do traumatycznego wydarzenia, czemu towarzyszy poczucie odrętwienia, napięcia, smutku i bezradności.

³ *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa 2018, https://www.rodzicpoludku.pl/images/rzeczniczo/RAPORT_FRpL_2018.pdf [dostęp: 17.12.2020].

laktacji Depresji Poporodowej (mieszczącego się w Lublinie) swoją historię opowiada Emilia, która ciąży nie planowała:

W ogóle nic nie chciałam: kupować ubranek, wybierać imienia itd. Nie wiałam „gniazdka”. Bardzo mi zabolalo potraktowanie przez personel szpitala na trakcie porodowym. Jak tylko panie przeczytały w planie porodu, że nie chcę, by dziecko na mnie kładzono po porodzie, uśmiech zamienił się w pogardę i nienawiść. Pewnie by mnie stamtąd wyrzuciły, gdyby tylko mogły. Do ostatniej chwili byłam sama, myślałam, że dziecko po prostu wypadnie na podłogę. Nawet o nic nie spytały. Ocenic bez rozmowy to się nazywa profesjonalizm! Żałuję, że po wypisie nie poszłam im powiedzieć kilku dobitnych słów, zwłaszcza jednej starszej pani położnej, bo pewnie nadal traktuje tak dziewczyny z podobnymi problemami. Nie zdaje sobie sprawy, ile kosztuje ciąża, której się nie planowało i nie miało zamiaru mieć dzieci. Może uważa,

że odważniej jest usunąć niż dać sobie szansę i czas na pokochanie tego dziecka?

Wydaje się, że poruszanie rozległego tematu, jakim są standardy publicznej opieki ginekologicznej i położniczej wraz z towarzyszącymi im doświadczeniami poszczególnych kobiet, jest tutaj niemożliwe, ale większość osób jest zapewne świadoma, jak różnie mogą być traktowane pacjentki w zależności od miejsca, w którym odbywa się prowadzenie i rozwiązanie ciąży. Oczywiście nie musi to wynikać ze złej woli personelu; obecnie dowiadujemy się o coraz mniejszej liczbie pracujących pielęgniarek i położnych, niedofinansowaniu szpitali oraz publicznych poradni. Jednocześnie jednak zwiększa się zakres przygotowania pacjentek do porodu i laktacji – dostępne są bezpłatne, sprawnie funkcjonujące szkoły rodzenia, w których przyszłe mamy mogą uzyskać kompleksową wiedzę

na temat porodu, położu i pielęgnacji noworodka. W przypadku kłopotów w zakresie karmienia piersią pacjentki mogą korzystać z porad laktacyjnych – niestety obecnie większość z nich dostępna jest jedynie w sektorze prywatnym.

Enigmatyczne wsparcie

Aktualnie w zakresie publicznej ochrony zdrowia prowadzona jest profilaktyka depresji poporodowej – każda ciężarna korzystająca z NFZ powinna trzy razy wypełnić skalę przesiewową badającą nasilenie symptomów depresyjnych. Po urodzeniu dziecka teoretycznie może korzystać z *rozmaitych form wsparcia, które zapewniają placówki realizujące program*. Na stronie rządowej programu dowiadujemy się o jego celnych założeniach, natomiast w zakresie realizacji widzimy, że z powodu pandemii program może być opóźniony, a nawet że w więk-

szości województw nie występuje (lub brakuje informacji na temat miejsca jego prowadzenia). Kobieta zmagająca się z depresją poporodową po zgłoszeniu tego lekarzowi prowadzącemu prawdopodobnie zostanie więc skierowana do psychiatry, który zaproponuje farmakoterapię i/lub psychoterapię. Dostępność tej drugiej w ramach publicznej ochrony zdrowia często wiąże się z ograniczeniami godzinowymi oraz długim czasem oczekiwania. Z taką sytuacją mierzyła się wspomniana już użytkowniczka forum dla mam:

Najgorsze jest to że mieszkam w bardzo małej miejscowości. Nie mogę z nikim o tym porozmawiać – mieszkam z rodzicami, z mamą mam bardzo dobry kontakt, ale nie mogę jej o tym powiedzieć, bo po pierwsze się wstydzę, a po drugie wiem, że by mnie wyśmiała... Ona twierdzi, że depresja to choroba ludzi, którzy nie mają nic do roboty i wymyślają sobie problemy. (...) W moim mieście pomocy nie mam gdzie szukać, bo w przychodni nie ma kogoś takiego jak psychiatra czy psycholog, a poza tym i tak bym nie poszła, bo jak już wspomniałam, to małe miasto i wszystko by się rozniosło raz-dwa...

Wsparcie psychologiczne w sytuacji depresji poporodowej można uzyskać również w ramach programów takich jak wymienione wyżej, w ośrodkach interwencji kryzysowej lub poradniach psychologiczno-pedagogicznych i niektórych szkołach rodzenia. Brakuje jednak konkretnych informacji i wskazówek na temat tego, gdzie kobieta doświadczająca niepokojących objawów powinna się zgłosić, by uzyskać satysfak-

cjonującą i skuteczną pomoc terapeutyczną. Gdy młoda mama czuje się zagubiona, zmęczona i przeciążona, poszukiwanie odpowiedniej pomocy może być dla niej zwyczajnie za trudne.

Najważniejszy czynnik: relacja partnerska

W zależności od środowiska, w którym kobieta żyje, może mieć ona poczucie, że w opiece nad dzieckiem jest wspierana

rzenie i wzmocnione przez bliższe i dalsze otoczenie oraz autorytety w postaci przewodników duchowych lub polityków.

Użytkowniczka forum o nicku *Done* tak opisuje swoje samotne zmagania ze stanem depresji poporodowej:

*Wszystko robię sama, usypiam, „bo on przy mnie nie usnie”, przygotowuję jedzenie, bo kur** nawet mleka nie podgrzeje, jeśli*

Media wydają sprzeczne, nierzadko wzajemnie wykluczające się komunikaty dotyczące macierzyństwa

albo pozostawiona sama sobie. Wynika to zarówno z fizycznej nieobecności bliskich jej osób (samotne macierzyństwo jest silnie skorelowane z występowaniem depresji poporodowej), jak i z faktu, iż nie dostrzegają one potrzeby pomocy młodej matce w zajmowaniu się noworodkiem. Oczywiście wiąże się to także z tradycyjnym podejściem do rodziny, w którym główną odpowiedzialnością za dobrostan dzieci (zwłaszcza bardzo małych) obarcza się kobiety, natomiast nawet sygnalizowanie potrzeby pomocy może być odbierane przez otoczenie jako nieradzenie sobie lub niechęć do zajmowania się własnym dzieckiem. Aktualne zmiany społeczne prowadzące do coraz większej równości w zakresie opieki nad dziećmi i prowadzenia gospodarstwa domowego wywierają widoczny wpływ na dobrostan psychiczny młodych rodziców – w wielu środowiskach wymienione wyżej postawy są jednak mocno zako-

dostaje butelkę, to też ja karmię, bo „ode mnie nie chce jeść”. Zmiana pieluchy też ja, bo „co to za nowe pieluchy, jak się je zakłada?”. *Wszystko muszę robić przy nim sama, mąż dużo pracuje, są takie dni, że w ogóle nie widzi malego, a jeśli już jest, to powyższe. Kocham moje maleństwo nad życie, ale zajmowanie się nim 24/7 mnie przeraża. :(*

W tym miejscu z pewnością warto podkreślić rolę przekazów kulturowych dotyczących ciąży i macierzyństwa, które są powielane również przez kobiety (w tym wspomniane matki i teściowe). Jak wskazuje samo określenie ciąży, przyszła matka znajduje się wówczas w stanie „błogosławionym” – a błogosławieni rzadko pozwalają sobie na doświadczanie trudności życia codziennego czy nieradzenie sobie z własną fizjologią i emocjonalnością. Macierzyństwo od dekad przedstawiane jest jako przeznaczenie, heroizm, najpiękniejszy dar, a często również jako cel życia każdej



Il.: mohamed hassan z Pixabay

dorosłej kobiety. Role społeczne matki wiążą się przede wszystkim z absolutną odpowiedzialnością, umiejętnością pogodzenia ze sobą wielu rzeczy nie do pogodzenia, natychmiastową i skuteczną laktacją, czemu towarzyszy ma instynktowna wiedza, naturalność i przepełniająca kobietę miłość do noworodka. W takim przekazie kulturowym nie ma miejsca na wspomniane trudności emocjonalne i fizyczne, wahania, błędy lub poczucie rozbitcia i nieradzenia sobie w nowej, wyjątkowo trudnej sytuacji. Biorąc pod uwagę styl myślenia osób chorujących na depresję, charakteryzuje się on przede wszystkim zniekształ-

Macierzyństwo od dekad przedstawiane jest jako przeznaczenie, heroizm, najpiękniejszy dar, a często również jako cel życia każdej dorosłej kobiety. (...)

W takim przekazie kulturowym nie ma miejsca na wspomniane trudności emocjonalne i fizyczne

conym obrazem świata oraz samych siebie.

Tak o swojej sytuacji pisze Eliza:

Pojawiła się bezradność i pytania, czy jestem dość dobrą matką. Od męża słyszałam, że teściowa miała kilkoro dzieci, a ja księżniczka z jednym mam problem. Frustrująco działa również fakt, jak zmieniło się moje ciało po ciąży. Jest cholernie daleko od OK. Nie postrzegam się jako atrakcyjna dla nikogo, włącznie z sobą samą. Finał... czuję się kompletnie samotna i bezradna. Zmęczona i zirytowana. Dodatkowo boję się, że zrobię coś złe, będę za mało uważna, jeśli chodzi o mojego syna, za mało ostrożna. Łęki nasilają się wręcz do jakiegoś absurdu.

Kolejna kobieta, podpisująca się jako „matka”, dodaje:

Kocham córkę nad życie, ma już 7 miesięcy, na początku było OK, ale czuję, że jest coraz gorzej... Nie wiem dlaczego, mam bardzo dużo pomocy przy dziecku, moja mama pomaga mi w opiece (...). Przez to czuję się jeszcze gorszą matką, bo wiem, że niektóre kobiety są w gorszej sytuacji, a są naprawdę dobrymi matkami i nie mają czegoś takiego jak „depresja”.

Macierzyństwo na Instagramie

Dzięki social mediom przepływ informacji pomiędzy ludźmi na całym świecie jest znacznie uproszczony. W zakresie

omawianego tematu ma to niewątpliwie pozytywny efekt – po wpisaniu w wyszukiwarce „blog mama” z łatwością trafiemy na blogi prowadzone przez kobiety propagujące zdrowe postawy, wyzbyte przymusu doskonałości i przesycone wyrozumiałością wobec młodych mam. Na szczęście coraz więcej kobiet ma możliwość – jeżeli nie osobiście, to w Internecie – dowiedzieć się o powszechności i uniwersalności trudów związanych z okresem ciąży, porożu i dalszego macierzyństwa. W niejednym komentarzu ujęcie znajdują wdzięczność wobec autorki i poczucie ulgi przybitej wyrzutami sumienia czytelniczki. Jest jednak i druga

strona medalu – media wydają sprzeczne, nierzadko wzajemnie wykluczające się komunikaty dotyczące macierzyństwa: od metod zajmowania się noworodkiem po wyznaczenie, ile i gdzie można przytyć podczas ciąży oraz do kiedy powinno się te kilogramy zrzucić. Swoją część dokładają też celebrytki, prezentując idealne figury oraz piękne akcesoria w wysprzątanym dziecięcym pokoju. Szczęśliwie Polki wydają się być wobec tych rewelacji coraz bardziej sceptyczne. Jak podaje raport przygotowany na zlecenie firmy Axa, większość z nich przyznaje, że choć media są dla nich źródłem najsilniejszej presji (po mamach i teściowych), to uważają, że promowanie celebrytek jako wzorów macierzyństwa jest denerwujące, i złości je przedstawianie w mediach nierealnych wzorców rodzicielstwa⁴. Wiąże się to z oderwaniem od rzeczywistości zarówno celebryckiego wyglądu czy zarządzania domem, jak i kwestii finansowych. Kobiety dostrzegają, że ich sytuacja materialna najczęściej diametralnie różni się od statusu influencerki, a to wpływa na możliwości i komfort w wychowywaniu potomka.

Problemy finansowe oraz niepewność zatrudnienia są kolejnymi niezwykle istotnymi przyczynami powstawania i utrzymywania się zaburzeń depresyjnych u młodych matek. Niski zasiłek macierzyński, praca bez umowy, niewielkie zarobki, utrata pracy przez partnera lub trudności z egzekwo-

⁴ Magdalena Rigamonti, *Matki celebrytki*, „Wprost” 32/2012, <https://www.wprost.pl/tygodnik/337532/matki-celebrytki.html> [dostęp: 17.12.2020].

waniem alimentów są czynnikami jednoznacznie wpływającymi na poczucie bezpieczeństwa i przekonanie o możliwości zapewnienia dziecku najlepszej opieki. Kobiety znajdujące się w gorszej sytuacji ekonomicznej najczęściej są pozbawione możliwości wyboru miejsca prowadzenia ciąży oraz porodu. Okazuje się więc, że niestabilność zatrudnienia oraz niewysokie wynagrodzenie, uniemożliwiające swobodne zarządzanie budżetem domowym z jego dodatkowym uczestnikiem, nie tylko są głównym powodem spadku dzietności w kraju, ale mogą być też źródłem znacznego pogorszenia dobrostanu psychicznego rodziców, którzy już zdecydowali się na potomstwo.

Depresja poporodowa wynika z wielu czynników – zarówno biologicznych, psychologicznych, jak i społecznych. O ile niektóre z nich pozostają wyłącznie w rękach specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia, o tyle inne wydają się zależeć od wszystkich osób składających się na społeczeństwo wraz z jego kulturą, przekonaniami, sposobami komunikowania się i wyrażania emocji. Z pewnością mówienie w sferze publicznej o trudnościach psychicznych mogących spotykać młodą matkę oraz zwiększenie dostępności usług specjalistycznych zmniejszyłoby odsetek nierozpoznanych i nieleczonych zaburzeń depresyjnych. Widać też wyraźnie, jak bardzo po raz kolejny zdrowie jednostkowe każdego obywatela i obywatelki zależne jest od systemu gospodarczego – niesprzyjającego powszechności dostępu do rzetelnej ochrony zdrowia. ♦

Agnieszka Pietrzak

Przychodzi Polka do ginekologa (albo i nie)

W podręczniku wychowania do życia w rodzinie dla szkoły podstawowej pod redakcją Teresy Król można przeczytać: *Ginekolog to nie dentysta – regularne kontrole w Waszym wieku nie są konieczne. I faktycznie, według badań z 2020 r. nawet 29% Polek między 16. a 65. rokiem życia nie chodzi regularnie do ginekologa, a ponad połowa nie czuje potrzeby profilaktyki. Tymczasem wskaźnik umieralności na raka szyjki macicy w Polsce jest o 70% wyższy niż wynosi średnia dla krajów Unii Europejskiej, a główną przyczyną tej dysproporcji jest brak regularnych badań cytologicznych. Dlaczego unikamy wizyt u ginekologa i co jest nie tak z opieką ginekologiczną w Polsce?*

„Unikamy” to zresztą nie do końca sprawiedliwe postawienie sprawy. *Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych* – stanowi Konstytucja RP. Brzmi super, szkoda, że to pusty frazes. Zaczniemy od wspomnianej sytuacji materialnej. Według raportu Grupy Edukatorów Seksualnych „Ponton”, wybierając się do ginekologa, częściej decydujemy się na wizytę prywatną. W prywatnych gabinetach łatwiej bowiem o potrzebne środki

higieniczne oraz dobrej jakości sprzęt. Sama byłam na wizycie w publicznej placówce, gdzie brakowało tak podstawowego urządzenia jak aparat USG; zdarzyło mi się też wylądować na fotelu, który był ustawiony przodem do okna – lekarka nie miała odpowiedniej lampy, więc wspomagała się światłem dziennym (dobrze, że to nie był parter ani zimowe popołudnie). Do tego na wizytę w ramach NFZ trzeba czekać. Oczywiście wiele zależy od tego, gdzie się mieszka, ale większość ankietowanych we wspomnianym raporcie czas oczekiwania ocenia jako dłuższy niż 1–3 miesiące. A co, jeśli potrzebujemy pomocy jak najszybciej? Musimy zapłacić. O ile mamy z czego.

À propos miejsca zamieszkania – nieodpowiedni adres znacznie wydłuża naszą drogę do ginekologa. W 2018 r. Najwyższa Izba Kontroli opublikowała raport na temat dostępności publicznych świadczeń ginekologiczno-położniczych na terenach wiejskich. Wynika z niego, że w wielu – naprawdę wielu – polskich gminach nie ma ani jednej takiej poradni. W „rekordowym” województwie podlaskim na 118 gmin aż w 93 (prawie 80%!) nie było gabinetu ginekologicznego. W województwie lubelskim na pojedynczą poradnię przypadało nawet 27 tys. kobiet, a niektóre pacjentki, aby skorzystać z opieki medycznej, musiały pokonać odległość ok. 50 km. Nie trzeba dodawać, że w takiej sytuacji nie ma w ogóle mowy o wyborze odpowiadającego nam lekarza, a jeśli mamy pecha i trafi się nam taki „z sumieniem”, możliwe, że te miesiące oczekiwania na wizytę i przejechanie kilkudziesięciu

kilometrów nie wystarczą, by otrzymać potrzebne i należące się nam świadczenie.

Kolejną przeszkodą jest zbyt wysoki numer PESEL. W Polsce osoby, które nie ukończyły jeszcze 16 lat, nie mają prawa do samodzielnego leczenia, co oznacza, że wszelkie decyzje w tym zakresie podejmuje za nie rodzice lub opiekunowie prawni. Między 16. a 18. rokiem życia do podjęcia leczenia wymagana jest zgoda zarówno pacjentki,

W województwie lubelskim na pojedynczą poradnię przypadało nawet 27 tys. kobiet, a niektóre pacjentki, aby skorzystać z opieki medycznej, musiały pokonać odległość ok. 50 km

jak i rodzica. Nie każda nastolatka może tu liczyć na wsparcie i poszanowanie jej potrzeb; jedna z ankietowanych przez „Ponton” wspomina *krępujące, wynikające z niejasnych rozmów poczucie, że moja chęć wizyty u ginekologa jest traktowana przez moją matkę jako znak, że zamierzam rozpocząć współżycie, co nie jest przez nią akceptowane*. Mamy tutaj także do czynienia z kolizją prawną – w świetle przepisów seks można uprawiać od 15. roku życia, ale jeszcze przez kolejne 3 lata nie ma się prawa do swobodnego decydowania o swoim zdrowiu reprodukcyjnym.

Najmniej wygodny z foteli

Dla wielu Polek pierwszym impulsem do wizyty u ginekologa jest zajście w ciążę – a kiedy urodzą ostatnie dziecko, przestają korzystać z jego opieki. Najrzadziej do tego lekarza chodzą kobiety między 55. a 65. rokiem życia, czyli te, które są najbar-

dziej narażone na zachorowanie na raka piersi lub narządów rodnych. Kłania się tu oczywiście traktowanie ciała i seksualności (zwłaszcza kobiecej) jako tabu, ale także brak edukacji seksualnej w szkołach. Bo czego innego można się spodziewać, skoro rekomendowane przez Ministerstwo Edukacji Narodowej podręczniki wprost zniechęcają do regularnych wizyt kontrolnych, a jedna z jego ekspertek utrzymuje, że ryzyko infekcji

intymnych czy nawet raka piersi spada dzięki *dobroczynnemu działaniu nasienia?*

Czasami więc nie możemy iść do ginekologa albo musimy przewyciężyć wiele obiektywnych trudności, żeby to zrobić. Czasami „nie czujemy takiej potrzeby” albo wymawiamy się brakiem czasu. Ale czasami też rzeczywiście tego unikamy. Jak mówią badania – ze wstydu lub z powodu wcześniejszych złych doświadczeń w gabinetach.

Proponuję ćwiczenie: zapytaj swoje koleżanki o najgorszą wizytę u ginekologa. Gwarantuję, że niemal każda z nich będzie miała na podorędziu prawdziwą opowieść z krypty. Ja miałabym problem, którą wybrać: czy tę, w której ginekolożka poczęstowała mnie długim wykładem o „szanowaniu się”, a na koniec wypisała (jak sądzę, celowo) receptę z błędem w nazwie leku, której nie chciano mi potem zrealizować? Czy tę, w której ginekolog podczas badania

piersi na głos oceniał ich wygląd? A może tych kilkanaście, podczas których lekarze i lekarki natarczywie namawiali mnie na ciążę, kompletnie ignorując to, co sama mam na ten temat do powiedzenia?

Od kilku lat coraz głośniej mówi się o tym, że Polki są traktowane w gabinetach ginekologicznych bez szacunku, protekcyjnie, niedelikatnie; że lekarze pozwalają sobie na niedyskretne, zbędne pytania, komentarze i ocenianie; że dochodzi do przypadków molestowania. Szczególnie alarmujące pod tym względem są raporty (m.in. „Pontonu” i Fundacji „Kulawa Warszawa”) opisujące doświadczenia osób nieheteronormatywnych oraz z niepełnosprawnościami. Ginekolodzy i ginekolożki odmawiają przeprowadzenia/zlecenia badań, o które prosi pacjentka; nie przepisują wybranych przez nią środków antykoncepcyjnych (łącznie z tzw. pigułką po) nie ze względów medycznych, a z powodu własnych przekonań, zasłaniając się „klauzulą sumienia”. Z doświadczeń badańych wynika przy tym, że do upokarzających sytuacji i niedopełnienia obowiązków częściej dochodzi w placówkach publicznych. Za dobre traktowanie i należne świadczenia trzeba w Polsce dopłacać. Hej, co ty na to, konstytucjo?

Taka twoja uroda

Jest taka choroba: endometrioza. Polega ona na obecności błony śluzowej macicy (endometrium) w innych narządach: jajowodach i jajnikach, jelitach, w skrajnych przypadkach nawet płucach czy mózgu. Według szacunków

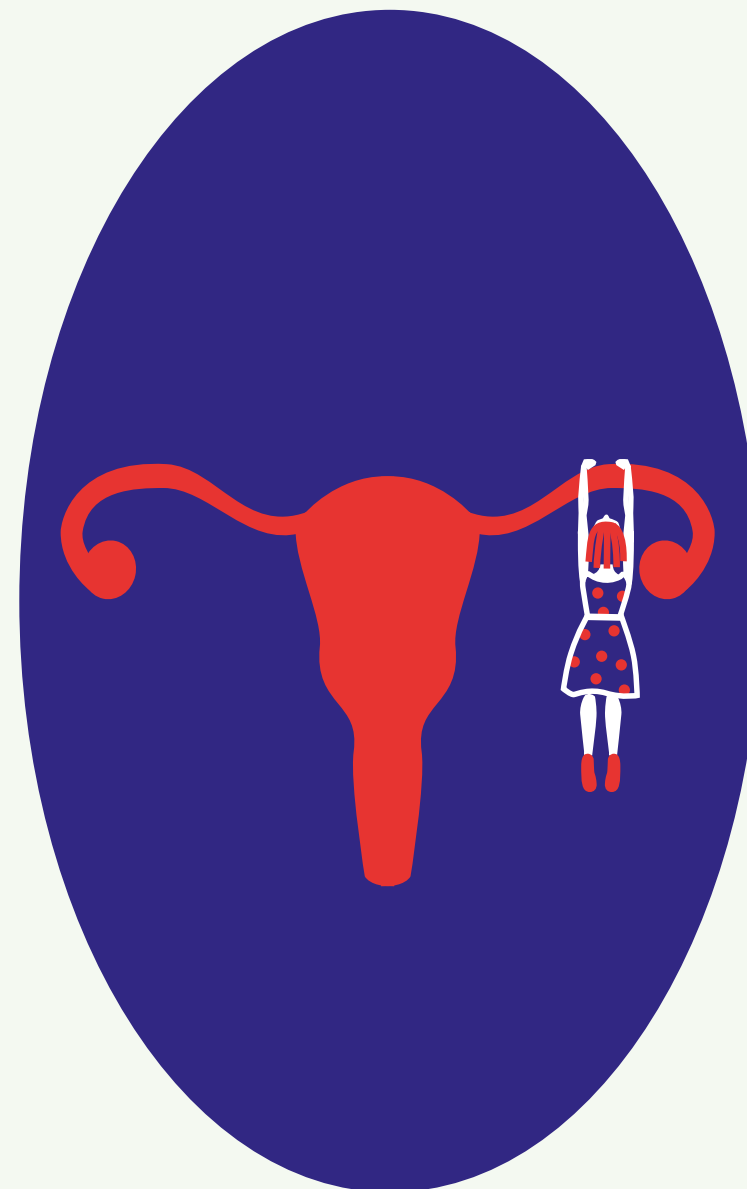
dotyczy 7–15% kobiet w wieku rozrodczym, a więc ok. 300 mln kobiet na świecie i 2 mln w Polsce. Zdiagnozowanie tego schorzenia zajmuje w naszym kraju średnio 8–10 lat. Dlaczego tak długo? Z jednej strony endometrioza jest trudna do rozpoznania, bo jej objawy różnią się u poszczególnych kobiet, a do wykrycia nie wystarczy zwykle badanie ginekologiczne ani USG, lecz potrzeba także laparoskopii albo nawet tomografii komputerowej. Z drugiej – mamy (i w Polsce, i na świecie) systemowy problem, jakim jest dyskryminacja kobiet przez opiekę medyczną. Jednym z podstawowych objawów endometriozy jest ból – podczas okresu, owulacji czy współżycia. Czasem utrzymuje się stale, niezależnie od fazy cyklu. Zaproponuję tu kolejne ćwiczenie: zastanów się, czy znasz kogoś z wyjątkowo bolesnymi miesiączkami. Może jakaś twoja znajoma co miesiąc bierze L4, może zdarza jej się zemdleć z bólu? Zapytaj, co usłyszała u ginekologa, kiedy się na to poskarżyła. *Zlećmy dodatkowe badania? Raczej nie. Taka twoja uroda. To pewnie nerwobóle, pani problem leży w głowie. Tak ma być. Minie z wiekiem. Po ciąży przejdzie...* Pojawia się coraz więcej badań, zgodnie z którymi kobiety częściej niż mężczyźni odczuwają przewlekły ból, częściej go też zgłaszają, a mimo to znacznie rzadziej dostają leki przeciwbólowe i częściej są kierowane do poradni zdrowia psychicznego. Lekceważenie pacjentek, ich objawów i ich cierpienia ma nawet swoją nazwę: syndrom Yentl.

Opiekę ginekologiczno-położniczą w Polsce trapi wiele

bolączek: niedofinansowanie, niedostateczna liczba lekarzy/-rek i położnych, ich niekompetencja, obostrzenia prawne czy niska świadomość społeczna w zakresie zdrowia reprodukcyjnego. Nie sposób zdiagnozować wszystkich problemów w ramach krótkiego tekstu, i to pisanego z perspektywy zwykłej pacjentki, a nie specjalistki z zakresu

ochrony zdrowia. Zastanawiam się jednak: czy u fundamentów tych problemów i braków nie leży fakt, że ginekolog to lekarz kobiet (i innych osób z macicami)?

Zbyt późno zdiagnozowana endometrioza (oprócz dramatycznego obniżenia jakości życia) może prowadzić do niepłodności. Nierozpoznany w porę



Il.: Marek Chmiel

rak szyjki macicy, który rozwija się długo i bezobjawowo – do śmierci. W gminach, gdzie nie ma poradni ginekologicznych, odnotowuje się znacznie wyższy odsetek zgonów okołoporodowych. Lekceważenie zdrowia kobiet i ich systemowa dyskryminacja w ramach opieki medycznej to śmiertelne niebezpieczeństwo. Nie mówcie nam, że poboli i przestanie. Nie przestanie. ♦

Źródła:

Bezpieczny fotel? Kampania na rzecz dobrej opieki ginekologicznej – raport Grupy Edukatorów Seksualnych „Ponton”, https://ponton.org.pl/wp-content/uploads/2018/09/bezpieczny_fotel_raport_2014.pdf [dostęp: 17.12.2020]

Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich – raport NIK, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,17646,wp,20227.pdf> [dostęp: 17.12.2020]

Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nowotwory-szyjki-macicy-kobiet/> [dostęp: 17.12.2020]

Przychodzi baba do lekarza – dostępność usług ginekologicznych dla kobiet z niepełnosprawnościami – raport Fundacji „Kulawa Warszawa”, https://www.kulawawarszawa.pl/wp-content/uploads/2020/03/Fundacja_Kulawa_Warszawa_dost%20C4%99pno%C5%9B%C4%87_gabinet%C3%B3w_ginekologicznych.pdf [dostęp: 17.12.2020]

Rozbieram się w kobiecym interesie 2020 – badanie ARC Rynek i Opinia na zlecenie Gedeon Richter, <https://www.gedeonrichter.pl/w-kobiecym-interesie/> [dostęp: 17.12.2020]

Martyna Góra

Biblia waginy, czyli święta księga, jakiej potrzebujemy

Mam misję – żeby kobieta zyskała rzetelną wiedzę na temat pochwy i sromu – napisała we wstępie do Biblii waginy jej autorka, dr Jen Gunter. Brzmi kontrowersyjnie, bo przecież jak to możliwe, żeby w 2020 r. kobiety wciąż nie miały pojęcia o tym, jak działa ich ciało i jak powinny dbać o zdrowie? Niestety, swoją książką Gunter udowadnia, że pomimo upływu wieków i rozwoju medycyny ginekologia, położnictwo i seksualność to obszary wciąż zdominowane przez męską perspektywę, a walka z krzywdzącymi mitami i stereotypami to żmudna codzienność.

Dr Jen Gunter to kanadyjsko-amerykańska ginekolożka specjalizująca się w leczeniu schorzeń pochwy i sromu. Jest szczególnie znana ze swojej działalności internetowej. Od 2011 r. prowadzi bloga, który osiągnął 15 mln wyświetleń i wzbudził sporo kontrowersji w mediach, głównie dlatego, że Gunter otwarcie krytykowała wątpliwe teorie dotyczące zdrowia wysuwane przez celebrytów. Autorka *Biblii waginy* jest też bardzo popularna na Twitterze, którego używa do dzielenia się informacjami na temat zdrowia kobiet. Obecnie obserwuje ją tam

ponad 323 tys. użytkowników, a liczba ta wciąż rośnie. Gunter jest też autorką dwóch kolumn o zdrowiu kobiet w „The New York Times”.

W swojej działalności edukacyjnej skupia się głównie na opowiadaniu się za bardziej odpowiedzialnym przekazywaniem informacji o zdrowiu w mediach, mniejszym przywiązywaniem wagi do porad zdrowotnych publikowanych przez celebrytów oraz za lepszym komunikowaniem się lekarzy i lekarek z pacjentami i pacjentkami.

Podsumowaniem poglądów dr Jen Gunter jest *Biblia waginy*, która pierwszy raz wydana została w 2019 r. Mówiąc w ogromnym skrócie, książka przedstawia informacje medyczne o kobiecej anatomii reprodukcyjnej i koryguje popularne mity. Według rankingu Retail Council of Canada tytuł ten osiągnął nr 1 na liście bestsellerów kanadyjskiej literatury faktu. W jaki sposób książka o kobiecym zdrowiu i seksualności zyskała taką popularność i w rok stała się niemal kultowa?

Ginekolożka, której można zaufać

Wydaje się, że największa siła *Biblii waginy* tkwi w jej formie. Jen Gunter napisała książkę popularnonaukową, pełną rzetelnej wiedzy potwierdzonej latami praktyki i setkami zbadanych pacjentek, ale nie przeszkadza jej to pisać w sposób bardzo bezpośredni, lekki i dowcipny. Dzięki temu książka nie przytłacza wiedzą i sprawia, że podczas lektury czujemy się, jakbyśmy rozmawiali z bardziej doświadczoną przyjaciółką albo zaprzyjaźnioną lekarką, a co za tym

idzie – darzymy ją większym zaufaniem.

Pacjentki walczą ze wstydem nie zdając sobie sprawy, że większość ich problemów to efekt męskocentrycznego postrzegania kobiecego ciała i seksualności

Gunter zaufanie odbiorczyń zdobywa za pomocą jeszcze jednego zabiegu. O waginie, seksualności i chorobach dróg rodnych pisze opierając się na praktyce medycznej, ale i na swoich doświadczeniach jako kobiety. Wiedza naukowa jest bardzo ważną częścią *Biblii waginy*, ale to właśnie dzięki kobiecej perspektywie i osobistym przeżyciom Gunter tworzy swoim czytelniczkom bezpieczną przestrzeń i udowadnia, że w rozmowie o kobiecym zdrowiu i seksualności nie ma błahych tematów, a więc nie ma głupich pytań do ginekologa/-żki.

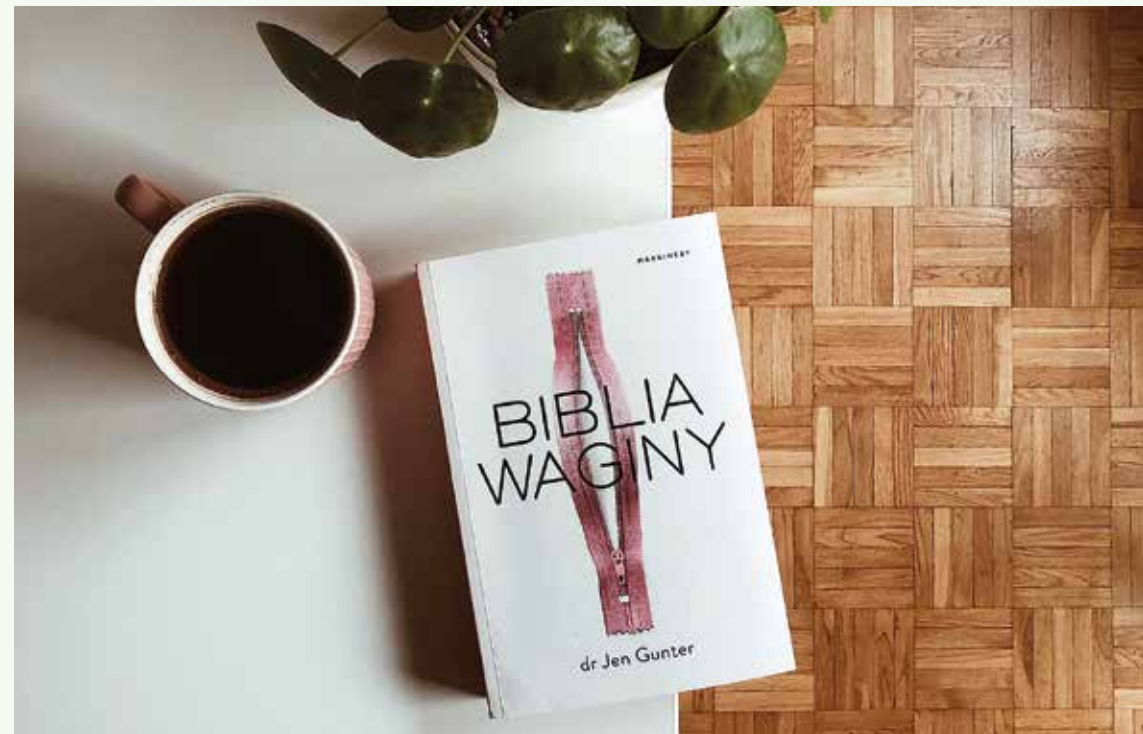
A jest o co pytać i o czym rozmawiać, bo, jak pisze Gunter, kobiece zdrowie jest obrosnięte szkodliwymi mitami, które trud-

no zdemaskować. Kobiety nie wiedzą, gdzie szukać rzetelnych

informacji, a lekarze rzadko ich udzielają, trochę automatycznie ignorując potrzeby pacjentek lub uznając ich problemy za „babskie marudzenie”. Kobiety zmuszone są więc szukać porad w Internecie albo wracają do matczyno-babcinych sposobów, które nie działają albo wręcz pogarszają sytuację.

Pacjentki walczą ze wstydem nie zdając sobie sprawy, że większość ich problemów to efekt patriarchalnego i męskocentrycznego postrzegania kobiecego ciała i seksualności. Przykładów nie trzeba daleko szukać. Gunter wspomina między innymi o tym, że większość kobiet wstydzi się używać lubrykantów, by polepszyć swoje życie seksualne, bo mężczyzna może

pomyśleć, że nie jest wystarczająco podniecający. Autorka pisze też o legendarnym „mężowskim szwie”, który powieli szkodliwy stereotyp, że po porodzie nie ma dobrego seksu oraz że zapewnienie mężczyźnie odpowiedniej stymulacji jest nadrzędnym zadaniem kobiety. Inny ważny mit, który obala autorka *Biblii waginy*, to niezbędność wyjątkowych środków do higieny intymnej, zaznaczając, że to po prostu gigantyczny biznes, w którego interesie jest wmawianie kobietom, że ich naturalny zapach jest nie do przyjęcia, a badania, które ginekolożka przywołuje, wskazują, że kobiety najczęściej sięgają po środki odświeżające na życzenie mężczyzn. Depilacja okolic intymnych przez kobiety to kolejny efekt męskiego spojrzenia. Ich całkowite usuwanie, jak pisze Gunter, jest niezdrowe, gdyż w ten sposób pozbywamy się naturalnej bariery ochronnej i systemu zapewniającego wilgoć i natłuszczenie skóry krocza. Do tego swędzenie, ból, podrażnienia sprawiają, że poza „estetyką” i chęcią sprostan-



Il.: Martyna Góra

męskimi wymaganiami ciężko znaleźć inne powody, dla których kobiety miałyby to robić.

Mężczyzny „szkiełko i oko”

Najważniejsze momenty w *Biblii waginy* to dla mnie właśnie te, w których Jen Gunter pokazuje, skąd wzięły się te wszystkie krzywdzące mity, stereotypy i brak rzetelnej wiedzy na temat kobiecej anatomii i zdrowia. Gunter pisze: (...) *medycyna od samego początku była uwikłana w objaśnianie zjawisk z męskiego punktu widzenia*¹ i ciężko z tym polemizować, gdy dalej autorka przytacza takie fakty, jak rzeżakom wędrująca po całym ciele macica, która miała powodować różnego rodzaju przykre dolegliwości, w tym np. historię, czy że w 1844 r. dokładny anatomiczny opis lechtaczki stworzony przez Georga Ludwiga Kobelta został niemal całkowicie zignorowany przez opinię publiczną i innych naukowców, gdyż zahamowania wiktoriańskiej moralności i nauki Freuda okazały się silniejsze niż potrzeba rzetelnej wiedzy. Co więcej, w latach 20. i 30. ubiegłego wieku lekarze święcie wierzyli, że pochwa jest pełna niebezpiecznych bakterii. Jeśli dodamy do tego powszechną obsesję na punkcie „czystości” układu rozrodczego, która pochodzi z czasów, *kiedy wartość kobiety wyznaczały dziewictwo i zdolność do rodzenia dzieci, a pochwa i macica stanowiły towar na społecznym rynku*, a która wciąż ma się dobrze w naszych przekonaniach, to ciężko się dziwić, że większość wiedzy medycznej, którą posiadamy, oraz opinie na temat sromu

czy seksu, którymi żyjemy, wciąż pochodzą sprzed setek lat, a my tylko je przepisujemy i unowocześniamy, ale nie weryfikujemy.

Męska historia i medycyna od zawsze gardziły kobiecymi narządami rodnymi, sromem i lechtaczką, odbierając nam tym samym seksualność, przyjemność, możliwość samostanowienia o własnym ciele i przede wszystkim władzę. Gunter pisze: *Nieznamość własnej anatomii, jej działania i możliwości, odbiera wewnętrzną siłę i stawia kobiety na słabszej pozycji w relacji seksualnej*.

Dlatego ta książka jest tak ważna – daje nam w końcu rzetelne źródło wiedzy o kobiecym zdrowiu, a przede wszystkim pozwala odzyskać świadomość własnego ciała i uczy, jak zacząć

Opinie na temat sromu czy seksu pochodzą sprzed setek lat, a my tylko je przepisujemy i unowocześniamy, ale nie weryfikujemy

czerpać z niego przyjemność wolną od męskich oczekiwań i ograniczeń. Gunter interesuje nie tylko zdrowie i potencjalna ciąża pacjentki, ale też jej życie seksualne.

Czytając medyczne uzasadnienia tego, że brak orgazmu podczas penetracji jest cechą, a nie wadą, punkt G nie istnieje, a kobiecy cykl podniecenia ma niewiele wspólnego z tym męskim, można poczuć ulgę, wolność i przede wszystkim przestać patrzeć na dobry stosunek seksualny jak na akt, w którym to mężczyzna musi coś osiągnąć. Najwyższa pora, by kobiety zaczęły skupiać się też na własnej przyjemności, do któ-

rej, jak wielokrotnie podkreśla Gunter, mogą dojść wieloma drogami.

Wiedza nie może wykluczać

Bardzo ważne jest też to, że u Gunter seks za każdym razem zostaje zdefiniowany w zależności od orientacji seksualnej. Seks hetero nie jest tu domyślną normą, a jeśli o taki chodzi, zawsze jest to zaznaczone. Flora bakteryjna pochwy jest opisana w dwóch kontekstach, w zależności od orientacji: inna u kobiet hetero i inna u lesbijek, które mogą „wymieniać się” pożytecznymi bakteriami. Jeden z rozdziałów jest w całości poświęcony specyficznym problemom osób trans. Gunter pisze m.in. o konieczności badania szyjki macicy u trans-

mężczyzn po korekcie czy starannej elektrolizie włosów łonowych u transkobiet. Dzięki *Biblii waginy* dostęp do wiedzy o własnym zdrowiu otrzymują wszyscy zainteresowani, nie tylko kobiety cisplciowe, czyli czujące zgodność pomiędzy płcią fizyczną a odczuwaną tożsamością płciową.

Gunter dużo miejsca poświęca też temu, gdzie szukać rzetelnej wiedzy medycznej na temat kobiecego zdrowia. Autorka *Biblii waginy* pisze:

Problem z wiedzą medyczną w internecie jest taki, że przemknęliśmy przez epokę informacyjną bez zatrzymywania się i dotarliśmy do epoki dezinformacyjnej. W jaki

sposób kobiety mogą dowiedzieć się, co jest dla nich korzystne, i skąd mają wiedzieć, że to prawda, jeśli dezinformacja, kłamstwa i uprzedzenia rywalizują na równych zasadach z naukowymi faktami?

Gunter wprawdzie podaje źródła z anglojęzycznego

Najwyższa pora, by kobiety zaczęły skupiać się też na własnej przyjemności, do której mogą dojść wieloma drogami

Internetu, ale Wydawnictwo Marginesy uzupełniło bibliografię o polskie pozycje i dodało w przypisach polskie strony, na których można znaleźć informacje na omawiane przez autorkę tematy. Świetny zabieg, dzięki któremu książka staje się jeszcze bardziej uniwersalna i zachęca do poszukiwań.

Emancypacja jest waginą

Bez wątpienia *Biblia waginy* jest ostrym manifestem, który w naszych domach i łózkach może dokonać prawdziwej emancypacji. Dr Jen Gunter daje nam dużo twardej wiedzy i pożytecznych faktów, przedstawionych zwięźle i dobitnie. Przede wszystkim jednak przywraca moc waginie i podkreśla, że kobieta – właśnie przede wszystkim kobieta – jest stworzona do odczuwania przyjemności. Nie chodzi jej o dominację i dyskredytowanie penisa, ale o to, żeby zarówno w medycynie, jak i w życiu seksualnym w końcu zapanowała równość. ♦

Dariusz Jakubowski

Czy inna polityka narkotykowa jest możliwa?

Wojna narkotykowa to najdłuższa wojna współczesnego świata. Trwa nieprzerwanie od kilkudziesięciu lat, a jej przebieg przeplatał się wielokrotnie z tradycyjnie rozumianymi konfliktami. Przykładem jest wojna w Wietnamie, gdy upalone, pacyfistycznie nastawione pokolenie hippisów radykalnie sprzeciwiło się amerykańskim interwencjom zbrojnym służącym ich imperialnym interesom.

Ówczesny bunt przeciwko władzy państwowej był rzecz jasna wielowymiarowy, natomiast narkotyki, w szczególności marihuana i psychodeliki, stanowiły jego ważną część. To właśnie wtedy młodzi ludzie na całym świecie dostrzegli ich wywrotowy potencjał. Ich siłę zrozumieli również politycy, z całą stanowczością sprzeciwiając się ich używaniu.

Narkotyki nie znikną, nawet jeśli wprowadzi się jeszcze więcej ograniczeń

Narkotyki jako źródło napięcia w kulturze

W ostatnich latach świat zalewa fala liberalizacji prawa narkotykowego. Przeważnie polega ona na dopuszczaniu posiadania niewielkich ilości konkretnych rodzajów narkotyków. Zwykle używa się dość niejasnych określeń, bezrefleksyjnie zapożycz-

nych z języka angielskiego, takich jak „narkotyki miękkie” czy „narkotyki rekreacyjne”. Coraz częściej mówi się też o używaniu niektórych narkotyków w celach terapeutycznych, np. w leczeniu depresji czy zespołu stresu pourazowego. Towarzyszy temu coraz więcej badań naukowych, których wyniki są co najmniej zachęcające. Przede wszystkim jednak dla większości rozsądnie myślących ludzi jest jasne, że narkotyki nie znikną, nawet jeśli wprowadzi się jeszcze więcej ograniczeń. Mało tego, obserwując skutki istniejących ograniczeń, można odnieść wrażenie, że są one częścią problemu.

Polityka narkotykowa większości państw świata wciąż oparta jest na doktrynie wprowadzonej przez prezydenta Nixona, która w założeniach wydawała się słuszna. Narkotyki to zło, zarówno dla zdrowia jednostki, jak i całego społeczeństwa; to zło moralne i duchowe, dlatego należało przeciwstawić mu się z całą stanowczością. Oznaczało to rozpoczęcie wojny – kontynuowanej właściwie przez następnych prezydentów, w szczególności republikańskich.

¹ J. Gunter, *Biblia waginy*, tłum. Małgorzata Glasenapp, Wydawnictwo Marginesy, Warszawa 2020.

inaczej. Ofiarami zostały przede wszystkim miliony zamykanych w więzieniach przeważnie młodych ludzi, często za wykroczenia o wątpliwej szkodliwości społecznej. Co gorsza, wielu z nich, zamiast do zakładów karnych, powinno trafić na terapię.

Miejsce narkotyków w kulturze i kontrkulturze

Tymczasem warunki pełnej prohibicji skutkowały rosnącą popularnością coraz bardziej niebezpiecznych używek. Jednocześnie rosły przychody handlarzy i przemytników, którzy, tak jak na przykład w Meksyku czy Kolumbii, stworzyli właściwie alternatywne struktury państwowe wraz z własnymi armiami zdolnymi konkurować z nie tylko z policją, ale również z regularnym wojskiem. Mafie narkotykowe na ogromną skalę

korumpowały też polityków. To wszystko wbrew współczesnej kulturze, która przesycona jest opisami upojen i przekazuje nie tylko mroczne, budzące przerażenie historie uzależnień. Wiele tekstów kultury pokazuje pozytywne historie, w których narkotyki, w szczególności psychodeliki, pomogły jednostce w osiągnięciu większej świadomości bądź uwolniły tłamszoną społecznymi konwencjami kreatywność i zmieniły poczucie estetyki. Nie trzeba po nie sięgać zbyt daleko – wystarczy wspomnieć choćby o Stanisławie Witkiewiczu, który wyjątkowo upodobał sobie m.in. pejotl i meskalinę, opisując je w swoich *Narkotykach* jako substancje pogłębiające doznania duchowe i polepszające rozumienie świata nie tylko w żaden sposób wręcz ją rozszerzające. Według

Witkacego dzięki nim pozbył się on uzależnienia od alkoholu. Nie ma stuprocentowej pewności, ile z jego dzieł powstało pod wpływem którejs z nich, natomiast z całą pewnością było ich niemało¹.

Witkiewicz nie był oczywiście jedynym artystą, który inspirował się psychodelikami. We wspomnianej epoce hippisów i krótko po niej wielu muzyków sięgało po narkotyki – choćby The Beatles, który z grzecznego zespołu dla nastolatków stał się grupą definiującą ówczesną muzykę, wyznaczającą trendy, eksperymentującą i poszukującą. Być może to przypadek, ale dziwnym trafem wspomniana ewolucja rozpoczęła się w momencie, gdy po raz pierwszy czwórka z Liverpoolu spróbowała mari-

¹ Potwierdza to korespondencja Witkacego z francuskim doktorem farmakologii Alexandrem Rouhierem, opublikowana po polsku w drugim tomie „Listów” w 2016 r. nakładem wydawnictwa PIW.

huany za sprawą... Boba Dylana. Wiele z ich późniejszych, coraz bardziej ambitnych utworów zawiera ukryte bądź całkiem jawne nawiązania do marihuany i psychodelików.

„Lepsze dziecko w więzieniu niż na cmentarzu”

W tej atmosferze nieustannego tarcia kształtowane są narodowe i ponadnarodowe polityki narkotykowe, które powinny uwzględniać to, co realnie można osiągnąć w danych okolicznościach społecznych i kulturowych. W Polsce problem narkotyków i narkomanii jako zagrożenia dla zdrowia publicznego z prawnego punktu widzenia właściwie nie istniał aż do połowy lat 80., a nawet po uregulowaniu go ustawowo zakaz konsumpcji nie był egzekwowany bezwzględnie karą więzienia. Wszystko zmieniła ustawa z 2000 r. stawiająca Polskę razem z np. Albanią w gronie najbardziej restrykcyjnych pod tym względem krajów w Europie. Od tego momentu wszyscy użytkownicy nawet najmniejszej ilości, również stosunkowo mało szkodliwych narkotyków (jak marihuana), byli traktowani jak przestępcy. Można powiedzieć, że wręcz zrównano klientów – nawet okazjonalnych – z handlarzami. Cała groza tej bezwzględnej polityki zawarta została w artykule 62 wspomnianej ustawy, który wprowadzał karę bezwzględnego więzienia do lat 3 za posiadanie choćby najmniejszej ilości narkotyków. Oparta na tym akcie polityka jest wzorcowym przykładem realizacji w praktyce założeń nixonowskiej wojny z narkotykami. Czy rozwiązała ona problem



Il.: A. Different_Perspective z Pixabay

Dorośli obywatele traktowani są przez polityków właśnie jak dzieci, którym surowi rodzice wprowadzają zakazy i surowo karzą za ich łamanie

narkotyków w Polsce? Wydaje się, że odniosła wręcz odwrotny skutek: liczba przestępstw narkotykowych nie spadła, a jej wzrost wręcz przyspieszył. Więzienia zapełniły się nie tylko groźnymi przestępcami narkotykowymi, lecz również okazjonalnymi użytkownikami narkotyków czy wymagającymi leczenia osobami uzależnionymi. Skutki zdrowotne tej nowelizacji również nie

Warunki pełnej prohibicji skutowały rosnącą popularnością coraz bardziej niebezpiecznych używek

świadczą na jej korzyść – wciąż rosła bowiem liczba uzależnionych, a liczba zgonów z przedawkowania utrzymała się na podobnym poziomie. Co więcej, niektórzy komentatorzy zwracali później uwagę, że popularność w Polsce tzw. dopalaczy to efekt uboczny stosowania tej polityki. W odróżnieniu od innych środków odurzających, ich status nie był początkowo uregulowany, więc korzystanie z nich dla osób szukających mocnych wrażeń stało się z prawnego punktu widzenia bezpieczną alternatywą dla tradycyjnych narkotyków. Niestety z medycznego punktu widzenia środki te często są jeszcze bardziej niebezpieczne choćby dlatego, że w żaden sposób nie wiadomo, co tak naprawdę ich użytkownik zażywa.

Nie miała więc racji Barbara Labuda, ówczesna ministra z prezydenckiej kancelarii Aleksandra Kwaśniewskiego. Kojarzoną jako twarz kampanii antynarkotykowej tworzącej ludowego diabła w postaci narkomana i dilera sformułowała słynne hasło podsumowujące wpro-

wadzone zmiany: *Lepsze dziecko w więzieniu niż na cmentarzu*, dlatego że często wykorzystywane w kampaniach antynarkotykowych dzieci trafiały zarówno do więzień, jak i na cmentarze. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że Aleksander Kwaśniewski, który podpisał tę ustawę, po kilkunastu latach uznał to za jeden ze swoich największych błędów¹.

Zmiana na lepsze

Poza niepoprawnymi marzycielami nikt nie myślał o legalizacji czy choćby dekryminalizacji marihuany w Polsce. Do jedynej do tej pory większej zmiany w ustawie doszło w 2011 r. i można ją określić jako pragmatyczną – w pełni uzasadnioną problemami, o których wspomniałem wcześniej. Niezwykle surowe przepisy wprowadzające bezwzględnie karalność za posiadanie jakichkolwiek narkotyków w jakiegokolwiek ilości zostały nieco złagodzone. Od tej pory już na etapie działań policji możliwe stało się odstąpienie od kary w przypadku posiadania nieznacznych ilości narkotyków na własny użytek.

Jedyna zmiana przepisów polegała na otwarciu furtki organom ścigania, umożliwiając im indywidualne podejście do każdego z przypadków. Oczywiście problemem tych zapisów stała się – i wciąż nim

pozostaje – nieostrość terminów. Nasze przepisy nie regulują, jaka dokładnie ilość danego narkotyku jest nieznaczna ani w jaki sposób dociec tego, że dana osoba posiada narkotyk na własny użytek.

Takie niedookreślenie jest na swój sposób wygodne (również dla policji), jednak niesie za sobą duże ryzyko niesprawiedliwego osądu. Oto bowiem dwie osoby posiadające taką samą ilość narkotyku mogą zostać potraktowane zupełnie inaczej, a nawet spośród dwóch osób o różnej ilości narkotyków ta osoba, która posiada ich mniej, może zostać potraktowana w sposób bardziej surowy! Tego problemu uniknęli na przykład Czesi, którzy wprowadzili tabelę wskazującą próg ilości uznawanej za niewielką. Rozwiązanie to jest niezwykle proste i praktyczne – niestety w warunkach polskiej debaty publicznej prawdopodobnie wywołałoby ogromne kontrowersje.

Dlaczego trudno zmienić nawet coś, co nie działa?

Wprowadzenia podobnej poprawki domagał się np. Marek Balicki z SLD, były Minister Zdrowia, z wykształcenia lekarz psychiatra. Propozycje Balickiego zderzyły się z murem obaw o wprowadzenie legalizacji niewielkich ilości narkotyków, i to już na wstępnym etapie dyskusji w komisji. Wydaje się jednak, że nie chodziło tylko o bezpośrednią reakcję społeczeństwa, ale także o wystawienie się na ataki ze strony głównej partii opozycyjnej. To przypuszczenie uprawdopodobnia przebieg głównej debaty w tej sprawie, w której pierwsza siła opozycyjna w postaci Prawa

i Sprawiedliwości w niezwykle zaciekle sposób atakowała plan w gruncie rzeczy bardzo skromnej liberalizacji prawa. Przede wszystkim oskarżono PO o wprowadzanie legalizacji narkotyków w Polsce (co zresztą musi budzić pewne rozbawienie w kontekście faktu, że od 2015 r. PiS nie zmienił we wspomnianym przepisie nawet przecinka). To zarzut całkowicie fałszywy, tym bardziej że inne artykuły kierowały politykę narkotykową w zupełnie innym kierunku. Wspomniana ustawa zwiększała bowiem kary za udowodniony handel narkotykami oraz dodała niektóre substancje, w tym część wspomnianych wcześniej tzw. dopalaczy, do listy środków zakazanych.

W wypowiedziach polityków PiS nie brakowało także konstrukcji językowych, których celem było przedstawienie rządzących w złym świetle jako promujących narkomanie, szerzących „białą śmierć” oraz wspierających dilerów i mafie narkotykowe. Ówczesny premier Tusk, któremu swego czasu – niczym kilkanaście lat wcześniej Billowi Clintonowi – wspomniano, że w młodości palił marihuanę, miał wciąż czuć do niej tęsknotę i jednocześnie stosować zabiegi PR-owe mające doprowadzić do tego, że młodzi ludzie bez perspektyw chętniej głosowaliby na Platformę. Marek Suski mówił wtedy, że w świetle panującej drożyzny tylko na haju można głosować na Platformę i stąd pomysł legalizacji.

Dorośle dzieci

W trakcie debaty pojawiły się również bardziej emocjonal-

ne ataki. Najlepiej poczucie zagrożenia tworzy się wspominając o jego źródle w kontekście dzieci. Posłowie PiS we wspomnianej debacie używali tego strasząka wielokrotnie, co jest dość typowe dla konserwatywistów. „Dzieci” to zresztą słowo kluczowe w kontekście narkotyków i roli państwa w ograniczeniu ich dostępu dla obywateli. Oto bowiem dorośli traktowani są przez polityków właśnie jak dzieci, którym surowi rodzice wprowadzają zakazy i surowo karzą za ich łamanie zamiast roztaczać opiekę i pomagać w potrzebie. W kontekście roku 2011 na poważnie rozpoczęto zmianę podejścia z nastawionego na karanie na politykę znaną jako „redukcja szkód”. W procesie zarządzania tym problemem widać wyraźnie, że nie da się go całkowicie usunąć. Z perspektywy osób uzależnionych ważne jest to, by mogły one wychodzić z uzależnienia w sposób możliwie łagodny, dlatego że terapia polegająca na radykalnym odstawieniu, praktykowana przez organizacje w rodzaju Monaru, bardzo często okazywała się nieefektywna. Dla osoby uzależnionej odwyk w wydaniu polskim, w połączeniu z restrykcyjną polityką państwa, współtworzył wrogi, nierzadko potęgujący szkody system. Choć wielu ludziom wydawało się to mało intuicyjne, to w miarę upływu lat okazywało się coraz bardziej jasne, że znacznie bardziej efektywnym podejściem jest zastosowanie perspektywy profilaktyczno-terapeutycznej, której elementem jest pozostawienie obywatelom znacznie większej swobody. Idealnym przykładem, wbrew politykom chcącym wyłącznie karać, jest

tzw. terapia substytucyjna, która może istnieć wyłącznie w przypadku bardziej otwartego podejścia do polityki narkotykowej. Uzależnionym od opiatów (heroiny czy morfiny) coraz częściej w charakterze leku podaje się metadon, który jest znacznie mniej szkodliwy, a przede wszystkim jego jakość i ilość są kontrolowane przez państwo. W trakcie tej terapii uzależnieni znacznie rzadziej wchodzi w konflikt z prawem (nie muszą kraść czy włamywać się celem zdobycia narkotyku), nie chorują na AIDS, mogą pracować i prowadzić normalne życie ze zdrowymi relacjami społecznymi.

Nowa Lewica

Wydaje się zatem jasne, że chaos wywołany przez doraźną walkę polityczną nie sprzyja rozwiązaniu tego problemu. Dlatego też rządząca w Polsce Zjednoczona Prawica oczywiście nie wprowadzi dalszej liberalizacji prawa narkotykowego. W ostatnich tygodniach temat podjęła natomiast Lewica, która wyciągnęła wnioski ze swoich własnych błędów sprzed dwóch dekad. To właśnie z inicjatywy głównie jej posłów powstał Parlamentarny Zespół ds. Legalizacji Marihuany. Wraz z upływem 20 lat świadomość społeczna znacznie wzrosła. Przykładowo temat tzw. medycznej marihuany nikogo już dzisiaj ani nie bawi, ani nie szokuje, a przecież, jak wspomniałem na początku artykułu, wiele innych środków odurzających niesie ze sobą nie tylko zagrożenia, ale i szanse. Nadszedł już czas na rozpoczęcie normalnej, zdrowej debaty nad tym problemem. ♦

¹ Uczynił to w 2012 r. w wydaniu dla „New York Times”: <https://www.nytimes.com/2012/05/13/opinion/saying-no-to-costly-drug-laws.html> [dostęp: 18.12.2020]

Barbara Ślania

Kto się boi AIDS?

Czy znacie osoby z pozytywnym wynikiem na HIV? Możliwe, że tak, ale nawet o tym nie wiecie. Do niedawna to problemy ze zdrowiem psychicznym były czymś, o czym się nie mówi, ale nawet one nie są tak przemilczane jak temat HIV i AIDS.

AIDS, czyli zespół nabytego niedoboru odporności, to choroba wciąż nowa (bo odkryta w latach 80. XX w.) i budząca wielkie emocje. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2015 r. na świecie żyło 36,7 mln ludzi zakażonych HIV, z czego 3,2 mln stanowiły dzieci poniżej 15. roku życia. Ocenia się, że zakażenie to od początku światowej epidemii dotknęło 78 mln osób, z których dotychczas zmarło 35 mln. Zachorowalność na HIV osiągnęła szczyt w drugiej połowie lat 90., kiedy to w 1997 r. rozpoznano 3,7 mln nowych przypadków. Wśród nosicieli początkowo zdecydowanie dominowali mężczyźni, jednak liczba zakażonych kobiet systematycznie rosła i obecnie stanowią one blisko połowę osób zdiagnozowanych pozytywnie na obecność wirusa..

Kto choruje na AIDS?

Rozkład zakażeń wirusem HIV jest bardzo nierównomierny. Zdecydowanie mniej ludzi zaraża się w krajach bogatej Północy, a osoby zakażone wirusem HIV z reguły otrzymują diagnozę wcześniej, co pozwala uchronić je od zachorowania na AIDS.

Z kolei w wielu krajach Afryki Subsaharyjskiej odsetek nosicieli HIV osiąga wartości dwucyfrowe, a kondycja opieki medycznej pozostawia wiele do życzenia. Powodów takiego stanu rzeczy może być wiele: włożenie, przemoc seksualna, przeniesienie zakażenia z matki na dziecko, którego można uniknąć, a także brak edukacji seksualnej. Przywódcy polityczni niektórych krajów publicznie kwestionowali istnienie wirusa HIV lub uważali, że został on stworzony sztucznie w celu zniszczenia Afrykanów. Pojawiały się też nienaukowe i skrajnie szkodliwe pomysły leczenia zakażeń poprzez stosunki z dziewczynkami, co prowadziło do gwałtów na dziewczynkach.

W krajach rozwiniętych zakażenie HIV to nie wyrok, lecz jedynie diagnoza. Jeśli ma się dostęp do odpowiedniej terapii pozwalającej na utrzymywanie wirusa w ryzach, można żyć niemal pełnią życia

Szacuje się, że 90% dzieci będących nosicielami HIV żyje w Afryce. W Polsce w 1986 r. wprowadzono obowiązek rejestracji zakażeń HIV – oficjalnie na przestrzeni tych 34 lat było ich nieco ponad 25 tys. Przyjmując nawet, że dane te są kilkukrotnie zaniżone, nie jest to duża liczba w porównaniu chociażby z Rosją, nie mówiąc już o krajach afrykańskich. W żadnym wypadku nie oznacza to jednak, że należy tę kwestię ignorować.

HIV, choć stosunkowo dobrze poznana, nadal jest chorobą poważną, nieuleczalną, a w przypadku nieleczenia prowadzącą prędzej czy później do pełnoobjawowego AIDS i śmierci. Obecnie w krajach

rozwiniętych zakażenie HIV to nie wyrok, lecz jedynie diagnoza. Jeśli ma się dostęp do odpowiedniej terapii pozwalającej na utrzymywanie wirusa w ryzach, można żyć niemal pełnią życia. Możliwe jest prowadzenie odpowiedzialnego życia seksualnego niemal bez ryzyka zakażenia partnera czy partnerki, a nawet urodzenie zdrowego dziecka. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z zakażenia gdy jest się w ciąży, gdyż konieczne jest wówczas zachowanie procedur bezpieczeństwa podczas porodu i rezygnacja z karmienia piersią.

Do „oswojenia” tej choroby w dużym stopniu przyczynili się celebryci i media. Wśród głośnych ofiar wirusa warto

wspomnieć zmarłego w 1991 r. wokalistę Freddiego Mercury’ego. Pierwszym filmem poruszającym problem AIDS była *Filadelfia* z 1993 r. w reżyserii Jonathana Demmego. W świecie sportu przykładem gwiazdy, która żyje z wirusem, jest koszykarz Magic Johnson.

AIDS a sprawa polska

Choć w najpopularniejszej telenoweli w telewizji publicznej, *Klanie*, już pod koniec lat 90. pojawił się młody, drugoplanowy bohater zakażony wirusem, wciąż trudno powiedzieć, że w Polsce temat AIDS nie budzi emocji. Film *Kto nigdy nie żył...* Andrzeja Seweryna ukazuje obraz księdza

Jana – duszpasterza narkomanów i byłego misjonarza, który jest zakażony wirusem HIV. Co ciekawe, obaj zdiagnozowani pozytywnie bohaterowie – i Daniel z *Klanu*, i duchowny z filmu Seweryna – nie zarazili się w „zły” sposób: pierwszy podczas operacji za granicą, zaś o zakażeniu drugiego w zasadzie nie dowiadujemy się z filmu niczego (pewnym tropem może być informacja o jego pobycie na misji w Afryce).

Pierwsze domy dla zakażonych (nie bez wielkich oporów społecznych) zakładał w Polsce Marek Kotański. Choć pamięta się go głównie jako terapeutę uzależnień, był on także pionierem walki z AIDS. Z kolei w 2013 r. ukazała się książka Jakuba Janiszewskiego *Kto w Polsce ma HIV?* prezentująca historię polskich zakażeń wirusem HIV, zachorowań na AIDS i stosunku do tej choroby. HIV, przekształcające się bardzo łatwo w pełnoobjawowe AIDS i szybko zabijające chorych z powodu braku jakiegokolwiek dostępnej wtedy terapii, pojawiło się w Polsce w latach 80., u schyłku PRL. Początkowo nie wiadano, jak sobie z tą chorobą radzić.

Kto się boi AIDS?

Nosicielstwo wirusa HIV wiąże się z wieloma stereotypami. Zakażenie i sama choroba kojarzone są negatywnie, np. z uzależnieniem od narkotyków wstrzykiwanych dożylnie lub swobodnymi kontaktami seksualnymi. Prowadzi to nie tylko do stygmatyzacji zakażonych, ale i do ignorowania zagrożenia, gdyż powstaje krzywdzące wrażenie, że „porządni ludzie” nie mogą chorować na „choro-

**Do „oswojenia”
tej choroby
w dużym
stopniu
przyczynili się
celebryci
i media**

bę narkomanów, prostytutek i homoseksualistów”. Tymczasem trudno o bardziej mylny osąd.

Wirusem HIV można się zarazić nie tylko poprzez stosunek seksualny lub użycie zanieczyszczonej strzykawki, lecz także podczas operacji lub innego zabiegu medycznego,

W kwestii walki z HIV/AIDS nie bez winy jest też Kościół katolicki

u dentysty czy u kosmetyczki – wszędzie tam, gdzie może dojść do kontaktu z krwią lub spermą. Zgodnie z konsensusem naukowym w innych płynach ustrojowych, na przykład w ślinie czy w pocie, stężenie wirusa jest zbyt niskie, by mogło dojść do jego transmisji tą drogą.

Nosiciele wirusa HIV w różnych wymiarach doświadczają dyskryminacji. Choć teoretycznie wiadomo, że w codziennych kontaktach zarażenie jest niemożliwe, przeglądając strony internetowe można doznać szoku – wielu rodziców „profilaktycznie” zabroniłoby własnemu dziecku zabawy z rówieśnikiem czy rówieśniczką ze zdiagnozowanym pozytywnie wirusem HIV.

Przekonanie, że HIV jest związane z orientacją homoseksualną przyczyniło się do funkcjonującego przez lata zakazu krwiodawstwa dla gejów (i to niezależnie od faktu, że pobrana krew jest przecież później badana). O ile trudno się dziwić niesprawiedliwym reakcjom ze strony ludzi bez wiedzy medycznej, uprzedzenia funkcjonują także wśród, zdawałoby się, przygotowanych

na nie grup. Niepokojące jest to, że problem ten dotyczy także pracowników ochrony zdrowia. Według badań przeprowadzonych przez Joannę Węglarską i Marię Posłuszną-Owczarz wśród polskich studentek pielęgniarstwa poczucie zagrożenia i lęku przed zakażeniem HIV było u badanych dość wysokie.

Nosiciele HIV chcący skorzystać z usług dentystycznych lub kosmetycznych natrafiają na rozmaite problemy. Choć zachowanie zwykłych zasad higieny powinno wystarczyć, zderzają się oni z murem niechęci i odmową świadczenia usługi – tak ze zwykłego strachu (wynikającego z niedoinformowania), jak i z obawy przed utratą klientów. Innym przejawem dyskryminacji osób zakażonych są zakazy wjazdu do niektórych krajów, np. do Federacji Rosyjskiej.

Miarą tego, jak bardzo HIV i AIDS jest stygmatyzujące, może być odpowiedź na pytanie, które zadam Czytającym: czy znacie jakieś osoby ze zdiagnozowanym wirusem HIV? Prawdopodobnie nie, choć pewnie znacie osoby nieheteroseksualne, wychowane w rodzinach z problemem alkoholowym czy takie, które same były lub są uzależnione. Do niedawna to problemy ze zdrowiem psychicznym były czymś, o czym się nie mówi, ale nawet one nie są tak przemilczane, jak temat HIV i AIDS. Współczucie wobec chorych i teoretycznie łatwo dostępna wiedza na temat zakażeń nie chronią przed negatywnymi postawami i lękami.

Komu przeszkadza walka z AIDS?

W kwestii walki z HIV/AIDS nie bez winy jest też Kościół kato-



Il: Oberholster Venita z Pixabay

licki. Użycie prezerwatywy przy stosunku znacząco zmniejsza prawdopodobieństwo zarażenia partnerki czy partnera. W krajach afrykańskich, z kilkunastu- lub kilkudziesięcioprocentowym udziałem zakażonych, niewierni mężowie zarażający swoje żony nie są rzadkością. Problem w tym, że Kościół cały czas jest przeciwny używaniu prezerwatyw; szansa na ograniczenie zakażeń upatruje w promowaniu wierności małżeńskiej, w prezerwatywie zaś widzi zachętę do niewierności.

Zakażenie wirusem HIV już dawno przestało oznaczać automatycznie zachorowanie na AIDS i nieuchronną śmierć w krótkim czasie. HIV jest dziś chorobą co prawda wciąż nieuleczalną i przewlekłą, lecz jak najbardziej możliwą do kontrolowania, o ile ma się dostęp do terapii. Dziś, w dobie pandemii SARS-CoV-2, nie myślimy wiele o HIV i AIDS. Nie możemy jednak udawać, że problem ten nie istnieje. ♦

Równość
nr 4/2020

Wydawca
Stowarzyszenie im. Tadeusza Regera
KRS 0000333135
stowarzyszenieiregera@gmail.com
www.rownosc.eu

Adres wydawcy:
ul. Mieszka I 4/5, 43-300 Bielsko-Biała
redakcja@rownosc.eu

nakład 2000 egzemplarzy
drukarnia: JW PROJEKT Jacek Wiśniewski

Materiał sfinansowany
przez Nową Lewicę

LEWICA

Redakcja Równość

Redaktorka naczelna
Katarzyna Gasparska

Sekretarz redakcji
Paweł Miech

Zespół redakcyjny
Adam Konieczny
Agnieszka Lamek-Kochanowska
Mateusz Merta
Barbara Słania
Maciej Szlinder

Autorzy/ki
Martyna Góra
Dariusz Jakubowski
Maria Janiszewska
Zofia Koczur
Magdalena Okraska
Katarzyna Paszkiewicz-Janoszka
Agnieszka Pietrzak
Joanna Wicha
Michał Zabdyr-Jamróż

Korekta
Marcin Jaworski
Angelika Ogrocka
Agnieszka Pietrzak
Michał Pytlik

Projekt graficzny
Mira Larysz

Grafika na okładce
Marek Chmiel

Opracowanie graficzne i skład
Jarosław Hess

Współpraca
Dariusz Lamek-Kochanowski

Kontakt
redakcja@rownosc.eu

Więcej tekstów znajdziesz na:
www.rownosc.eu

Przeczytane? Podaj dalej!

**Podziel się swoim egzemplarzem z sąsiadką,
dobrym kumplem, koleżanką z pracy, szefową,
nauczycielem, sprzedawcą w Twoim sklepie. Pożycz
mamie, bratu, tacie, siostrze i w końcu daj nieznajomej
osobie na ulicy. Niech ta treść dotrze do jak największej
liczby osób!**