

Pekala-Gawęcka, Danuta

Pacjent i medycyna we współczesnym Kazachstanie : postawy wobec biomedycyny i medycyny komplementarnej

Medycyna Nowożytna 8/2, 175-198

2001

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Danuta Penkala-Gawęcka

Pacjent i medycyna we współczesnym Kazachstanie.

Postawy wobec biomedycyny i medycyny komplementarnej

W różnych krajach świata, na różnych kontynentach, mamy obecnie do czynienia ze współlistnieniem biomedycyny z medycyną komplementarną¹, nieraz bardzo złożoną, różnej proveniencji i rozmaicie usytuowaną względem medycyny „oficjalnej”. Medycyna komplementarna może składać się np. z segmentów wywodzących się z lecznictwa ludowego, z dawnych „wielkich tradycji medycznych” (np. medycyny chińskiej czy indyjskiej Ayurwedy), z nowszych i nowo powstających metod i technik uzdrowicielskich. Niektóre z owych segmentów mogą sytuować się na

¹ Spośród mnogości terminów zdecydowałam się wybrać określenie „biomedycyna” jako najbardziej neutralne, pozbawione wad terminów, takich jak „medycyna oficjalna”, „naukowa”, „ortodoksyjna”, czy „zachodnia”. Z kolei termin „medycyna komplementarna” (na określenie przedmiotu zwanego w literaturze m.in. „medycyną alternatywną”, „niekonwencjonalną”, „nieortodoksyjną”, „naturalną”, a także „lecznictwem niemedycznym”, (zob. W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce w XX wieku*, Wrocław 1988, Ossolineum; Tenże, *Spotkania z inną medycyną*, Lublin 1990, Wydawnictwo Lubelskie) stosuję dla podkreślenia, że jest ona najczęściej traktowana, przynajmniej przez pacjentów, jako uzupełniająca względem biomedycyny. Termin ten jest zresztą dobrze ugruntowany w antropologii medycznej (zob. np. U. Sharma, *Complementary Medicine Today. Practitioners and Patients*, London and New York 1992, Tavistock/Routledge).

granicy biomedycyny, jak np. homeopatia czy akupunktura. Mogą być częściowo uznane, bądź – mówiąc ściślej – zaakceptowane praktycznie, tzn. istnieje przyzwolenie dla ich stosowania także w ramach medycyny „oficjalnej”, ale bez uznania ich podstaw teoretycznych. Sytuacja „pluralizmu medycznego”² rozpoznawana była przez antropologów medycyny jako charakterystyczna dla krajów rozwijających się, w których medycyna nowoczesna wbrew wcześniejszym przypuszczeniom nie wypierała dotychczasowych, tradycyjnych przekonań i praktyk medycznych. Przeciwnie, w wielu przypadkach medycyna zachodnia pozostawała w tamtych krajach medycyną komplementarną, jeśli nie z innych przyczyn, to z powodu słabej i nierównomiernie rozmieszczonej bazy instytucjonalnej. Wydaje się, że w odniesieniu do współczesnych społeczeństw zachodniego kręgu kulturowego, choć proporcje między biomedycyną i medycyną komplementarną są odmienne, równie zasadnie można stosować termin „pluralizm medyczny”. W każdym przypadku należy badać zarówno konkretne i dynamiczne relacje między biomedycyną i medycyną komplementarną, jak i części składowe tej ostatniej.

Wnikliwych badań wymaga także problem wyboru między różnymi rodzajami medycyny. Jakie czynniki wpływają na relatywnie większą czy mniejszą popularność biomedycyny i medycyny komplementarnej (i których jej segmentów) w danym społeczeństwie? Często badacze poruszający tę problematykę utrzymują, że podstawową przyczyną popularności medycyny komplementarnej jest zła kondycja biomedycyny oraz niezadowolenie ze biurokratyzowanego, nie odpowiadającego potrzebom człowieka systemu służby zdrowia. Jednak, jak wykazują badania, również w tych krajach zachodnich, w których stan opieki zdrowotnej jest więcej niż zadowolający, medycyna komplementarna cieszy się dużym zainteresowaniem. Można zatem sądzić, że większe znaczenie niż ów obiektywny stan mają subiektywne odczucia ludzi, którzy stykają się z tym systemem. Ponadto szereg innych, różnorodnych przyczyn natury społecznej, psychologicznej, kulturowej może wpływać na atrakcyjność różnych metod i praktyk medycyny komplementarnej. Należy więc badać je każdorazowo w ich konkretnych uwarunkowaniach, nie poprzestając na ogólnikowych sformułowaniach.

Celem artykułu jest pokazanie relacji między pacjentem a medycyną w określonym miejscu i czasie – w Kazachstanie w ostat-

² Zob. C. Leslie, *Medical Pluralism in World Perspective*, „Social Science and Medicine”, 1980, vol. 14B, s. 191–195.

nim dziesięciolecie wieku XX. Chodzi tu zarówno o medycynę „oficjalną” – czyli biomedycynę – jak i komplementarną. Należy rozważyć możliwości wyboru i wskazać na czynniki decydujące o faktycznych wyborach dokonywanych przez ludzi szukających wyleczenia. Jaki więc jest ów pacjent i jaka jest medycyna, czy raczej jakie są „medycyny” w Kazachstanie końca XX wieku, w tym bardzo trudnym dla większości społeczeństwa czasie, zwanym eufemistycznie „okresem przejściowym”³?

Sytuacja epidemiologiczna i warunki życia ludności

Sytuacja epidemiologiczna w kraju jest bardzo trudna. Wpływa na to szereg czynników, poczynając od ekologii, poprzez ogólne warunki polityczne i społeczno-ekonomiczne, a na upadku systemu opieki medycznej kończąc. W ostatniej dekadzie ubiegłego wieku znacznie pogorszyły się wskaźniki zdrowia ludności. Według oficjalnych danych Ministerstwa Zdrowia Kazachstanu ogólny wskaźnik umieralności wzrósł od 1990 roku o 30% i osiągnął w 1997 roku 10,1 na 1000 osób. Tempo przyrostu ludności dramatycznie spada. Prognozy ostrzegające, że około roku 2000 może dojść do ujemnego przyrostu naturalnego i do postępującej depopulacji ludności, niestety sprawdzają się. Pogorszyła się znacznie sytuacja demograficzna, do czego przyczyniły się również procesy migracyjne. Przytacza się alarmujące dane, szczególnie z obwodu Wschodnio-Kazachstańskiego i Północno-Kazachstańskiego. Spada średnia długość życia – w końcu lat 90. wynosiła 59,7 lat dla mężczyzn i 70,4 lata dla kobiet. Wskaźnik umieralności niemowląt obniżał się w Kazachstanie stopniowo od 1978 do 1990 roku, ale następnie zaczął ponownie rosnać i w 1998 roku obliczany był na 36 (na 1000 żywych narodzin)⁴. Obserwuje się tendencję wzrostu ogólnej zachorowalności ludności. Plagą

³ W latach 1995–2000 prowadziłam w Kazachstanie antropologiczne badania nad medycyną niekonwencjonalną. Jednocześnie interesowałam się przeobrażeniami tamtejszego systemu medycyny oficjalnej, ściśle związanymi z przemianami ustrojowymi i społeczno-gospodarczymi zachodzącymi w owym okresie. Stałam się śledzić wzajemne relacje między reorganizującą się medycyną oficjalną i jej nieoficjalnym czy też „niezupełnie oficjalnym” partnerem. Badania prowadziłam w Almaty, do niedawna stolicy kraju, porównawcze dane dotyczące innych rejonów czerpałam z informacji prasowych, oficjalnej statystyki oraz specjalistycznych raportów, opracowywanych przez zagranicznych ekspertów – doradców, pomagających w reformowaniu służby zdrowia w Kazachstanie. Za udostępnienie cennych materiałów dziękuję przede wszystkim ówczesnemu dyrektorowi programu *ZdravReform* (USAID), dr Michaelowi Borowitzowi z USA.

⁴ C. Bellamy, *The State of the World's Children 2000*, New York, Geneva 2000, Unicef, s. 85. Dla porównania – wskaźnik ten w Polsce wynosił w 1998 r. 10.

narodową stała się gruźlica. Liczba zarejestrowanych chorych z czynną gruźlicą wynosi około 60 tysięcy, a śmiertelność w latach 90. wzrosła o 50% (należy dodać, że liczba Kazachstanu obliczana jest na około 16 milionów). Wskaźnik zachorowalności na gruźlicę osiągnął w 1997 roku 90,9 na 100 tysięcy ludności, a więc można już mówić o epidemii⁵. Notuje się bardzo duży wzrost zachorowań na choroby weneryczne (oceniwszy na ponad 100% w latach 1991–1998), choroby skórne, cukrzycę, anemię, nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia, dróg oddechowych, a także na choroby psychiczne. Szczególnie dramatyczną sytuację epidemiologiczną stwierdza się na najbardziej zniszczonych ekologicznie obszarach – w rejonie Semipałatyńska i Morza Aralskiego, ale i na innych terenach degradacja środowiska gwałtownie rośnie, pociągając za sobą pogorszenie zdrowia ludności. Oficjalna statystyka nie oddaje faktycznego poziomu zachorowalności, co przyznało również Ministerstwo Zdrowia. Bardzo wysoka jest liczba inwalidów – w 1995 roku osiągnęła 420 tysięcy. Rocznie przybywa około 70 tysięcy. Główną przyczyną inwalidztwa to chroniczne choroby, ale odnotowuje się również znaczny wzrost wypadków, szczególnie w miejscu pracy. Chory często zwraca się o specjalistyczną pomoc w rozwiniętym stadium choroby, późno, a nawet zbyt późno. Wielkim problemem jest alkoholizm i narkomania. W 1997 roku zarejestrowanych było ponad 160 tysięcy alkoholików i około 6 tysięcy narkomanów, a ich faktyczna liczba jest trudna do oszacowania. Rośnie liczba chorych na AIDS i zarażonych wirusem HIV.

Przeciętny pacjent jest ubogi. Według danych Komitetu Statystyki i Analiz Republiki Kazachstan, przeciętna miesięczna pensja wynosiła w styczniu 1998 roku około 120 dolarów. Jednak np. w sferze budżetowej jest ona znacznie niższa, lekarz zarabia mniej więcej połowę tej sumy. Ponadto w wielu instytucjach występują wielomiesięczne zaległości w wypłacaniu pensji, podobnie jest z emeryturami i rentami (które zresztą są tak niskie, że wielu starych ludzi żyje w nędzy). W raporcie Ministerstwa Zdrowia z 1995 roku przyznano, że „... z powodu złożonej sytuacji społeczno-ekonomicznej problem zachowania zdrowia odszedł na dalszy plan”⁶. Oczywiście, rosnące zubożenie drastycznie pogarsza stan zdrowotny społeczeństwa.

⁵ Dane z tygodnika „Karawan” (wydawanego w Almaty) z dn. 7.08.1998 r.

⁶ *Health in Transition*, The Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty 1995.

Charakterystyka systemu opieki zdrowotnej w Kazachstanie. Załamanie i próby reform

Jaka jest medycyna w dzisiejszym Kazachstanie? We wszystkich opiniach, łącznie z oficjalnymi wypowiedziami Ministerstwa Zdrowia, podkreśla się upadek systemu opieki medycznej. Część problemów wynika z cech medycyny sprzed okresu przemian. Inne są efektem kryzysu społeczno-gospodarczego i trudności związanych z przeobrażeniami systemu. Struktury systemu opieki zdrowotnej, mimo prób wprowadzania reform, nadal nie odpowiadają realiom coraz bardziej rozwijającej się gospodarki rynkowej. Medycyna w Kazachstanie opiera się ciągle jeszcze na centralnie planowanym modelu systemu służby zdrowia panującym niegdyś w ZSRR. Mimo niedoinwestowania i stosunkowo niskiego poziomu opieki medycznej, funkcjonował on wówczas dość sprawnie, zapewniał wszystkim dostęp do służb medycznych, był dostosowany do ogólnego systemu politycznego i społeczno-gospodarczego. W dramatycznie zmienionej sytuacji nie radzi sobie z nowymi problemami, nie jest w stanie uporać się z pogarszającą się sytuacją epidemiologiczną, rosnącymi zagrożeniami dla zdrowia narodu.

Wydatki na służbę zdrowia wynosiły w drugiej połowie lat 90. nie więcej niż 3,5% rocznego dochodu narodowego brutto. Nakłady te zaspokajały mniej niż połowę minimalnych potrzeb. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest nieekonomiczne wykorzystywanie tych pieniędzy przez kosztowny, mało efektywny system opieki medycznej, wymagający pilnego zreformowania. Wskaźniki, wykorzystywane dawniej jako świadectwo wysokiego poziomu systemu medycznego, obecnie nabrały innej wymowy. Część miejscowych komentatorów nadal posługuje się tymi wskaźnikami w sposób tradycyjny, traktując dane o spadku liczby lekarzy czy liczby łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców jako dowód pogorszenia opieki zdrowotnej. Natomiast eksperci zagraniczni, np. ci, którzy pracują w programie *ZdrawReform* – agencji USAID działającej w Kazachstanie od 1994 roku – zwracają uwagę, że w obecnej sytuacji gospodarczej niezbędne jest oszczędne, celowe gospodarowanie środkami. Postulują zatem likwidowanie nieefektywnych, marnotrawiących pieniądze placówek oraz przeznaczenie większych nakładów na rozwój podstawowej opieki zdrowotnej. W swych raportach podkreślali m.in., że liczba lekarzy na 1000 mieszkańców i tak jest wyższa niż w rozwiniętych krajach zachodnich, podobnie, jak liczba łóżek czy też średnia liczba dni spędzanych przez chorego w szpitalu. A

więc instytucje medyczne nie przystosowały się do obniżonego poziomu finansowania. Zachowanie owej skostniałej struktury przyczynia się do pogorszenia opieki medycznej. Podupadła baza techniczno-materialna – brak pieniędzy na remonty, na zakup wyposażenia, aparatury i lekarstw. Powszechną praktyką w szpitalach stało się wymaganie od pacjentów, by przynieśli ze sobą leki, strzykawki, środki opatrunkowe, a nawet bieliznę pościelową. Wielu szpitali nie stać na regularne karmienie chorych, są oni zdani na pomoc rodziny. W tej krytycznej sytuacji specjaliści postulują radykalną zmianę – „odwrócenie piramidy”, czy przesunięcie części owych skromnych środków z sektora szpitalnego, który winien być maksymalnie ekonomicznie wykorzystany, do podstawowej opieki medycznej. Tylko rozwinięcie dobrze funkcjonującego sektora opieki podstawowej może, ich zdaniem, poprawić sytuację zdrowotną, przy tak dramatycznym niedofinansowaniu⁷.

Z powodu braku motywacji ekonomicznej wielu lekarzy opuszcza medycynę, część – wśród nich także wybitni specjaliści – wyjechała z Kazachstanu w ramach fali migracji, zwłaszcza rosyjskiej i niemieckiej. Istotnym problemem jest odpływ personelu medycznego z rejonów wiejskich. Z tego powodu zamknięto część wiejskich szpitali i ambulatoriów. Pogłębiło to jeszcze bardziej istniejącą już wcześniej nierównomierność w dostępności służb zdrowotnych. Sytuacja w prowincjonalnych miasteczkach, a szczególnie w odległych aulach, jest o wiele gorsza niż w dużych miastach, również pod względem jakości pomocy medycznej. Znacznie zmniejszył się nabór na wyższe uczelnie medyczne. Upada prestiż zawodu lekarza, brak jest motywacji do podwyższania kwalifikacji, ograniczone zostały możliwości wyjazdu na studia podyplomowe do Rosji czy innych krajów byłego ZSRR. To również wpływa na obniżenie poziomu usług medycznych.

Proces przejścia od centralnie planowanej gospodarki do gospodarki rynkowej wymaga systemowych reform służby zdrowia – prywatyzacji części instytucji medycznych, rozwoju sektora prywatnego, wprowadzenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Tymczasem podstawowa cecha socjalistycznego systemu medycyny – gwarancja bezpłatnej opieki zdrowotnej, została utrzymana i nadal figuruje w Konstytucji Republiki Kazachstanu. Wielu ekspertów zagranicznych twierdziło, że jest to zasadnicza przeszkoda w reformowaniu systemu medycyny w Kazachstanie. Postulowali

⁷ M. Borowitz, *Reinverting the Pyramid: Reforming Primary Health Care in NIS Health System*, „Vital Signs”, 1995, issue 2, s. 1–4, 10.

oni taką reedukację społeczeństwa, by zrozumiało ono konieczność poszerzenia już rodzącego się rynku usług medycznych. Również część lokalnych reformatorów opowiadała się za takim nowym, „rynkowym” modelem służby zdrowia. Inni specjaliści jednak zwracali uwagę na fakt, że funkcjonowanie systemu medycyny nie może polegać po prostu na sprzedawaniu usług tym, którzy posiadają odpowiednie środki; najwyższa zachorowalność występuje przecież wśród ludzi biednych, żyjących w odległych rejonach, dla których opieka medyczna jest trudno dostępna. Jest to podstawowy dylemat, który projekty reform starały się rozwiązać kompromisowo, pozostawiając pewien zakres podstawowych, bezpłatnych usług, bądź wprowadzając zwolnienia z opłat lub ulgi dla niektórych grup ludności.

„Bezpłatna medycyna”, zagwarantowana w konstytucji, stała się zresztą dawno fikcją. Wspomniałam wyżej o konieczności zakupu leków i innych środków, nawet w szpitalu. Jest tajemnicą poliszynela, że lekarze i niższy personel medyczny „biorą”. Łapówkarstwo jest niemal jawne, tak jak gdyby panowało ogólne zrozumienie, że przecież za pensję lekarza nie można wyżyć⁸. Ogłaszane od czasu do czasu akcje walki z korupcją omijają sektor służby zdrowia. Niezależnie od tych nieoficjalnych opłat wprowadzono, na mocy rozporządzenia rządu z końca 1995 roku, oficjalne płatne usługi w systemie państwowej opieki zdrowotnej. W szpitalach i poliklinikach istnieją cenniki na poszczególne usługi medyczne. Płaci się za badania diagnostyczne, zabiegi, operacje. Stosowane są pewne zwolnienia i ulgi dla emerytów i rencistów, inwalidów wojennych i innych wybranych kategorii ludności. W ogłoszonej w 1997 roku przez prezydenta Nazarbaiewa ustawie „O ochronie zdrowia obywateli w Republice Kazachstan”, wśród zasad polityki ochrony zdrowia wymienia się zapewnienie społeczeństwu „dostępności” i bezpłatności w ramach gwarantowanego zakresu pomocy sanitarno-medycznej, społeczno-medycznej i leczniczej, udzielanej przez państwowe organizacje opieki zdrowotnej” (rozdz. 4). W ustawie skonkretyzowano również zakres owego bezpłatnego leczenia, obejmujący przede wszystkim nagłą pomoc medyczną i podstawową opiekę sanitarno-medyczną (choć różnie można interpretować zestaw podlegających tej opiece „najbardziej rozprzestrzenionych chorób”) oraz

⁸ Ponadto, istnieje zakorzeniona tradycja dawania łapówek. Dawniej, zanim przyszła *pierestroika*, dawano personelowi medycznemu podarki w rodzaju wódki, szampana, słodczy bądź jakiejś modnej, a trudnej do zdobycia części odzieży. Obecnie takie dary, a szczególnie żywność nadal ofiaruje się na wsi, natomiast w miastach daje się pieniądze, najlepiej dolary, a lekarz często precyzuje wysokość sumy przed podjęciem leczenia.

leczenie chorób społecznych⁹. Przepisy uchwalone na początku 1999 roku wprowadziły dodatkowe ograniczenia, chociaż oficjalnie utrzymywano, że 80% świadczeń zdrowotnych udzielane jest nadal bezpłatnie.

Pierwszą próbą szerszej zakrojonej reformy medycyny w Kazachstanie było wprowadzenie systemu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Prawną jego podstawą był dekret – o mocy ustawy – prezydenta Nazarbajewa z czerwca 1995 roku. Uznano wówczas, że wdrażanie tego systemu, poczynając od 1996 roku, rozpoczęło ważny etap funkcjonowania opieki zdrowotnej w niepodległym Kazachstanie, etap radykalnego reformowania układu, jego adaptacji do warunków rynkowych. Zakładał on przejście od czysto budżetowego finansowania państwowej służby zdrowia do budżetowo-ubezpieczeniowego. Początkowo wszakże udział tego sektora był niewielki (w 1996 roku wyniósł 15%). Utworzono państwowy fundusz obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (FOMS), częściowo z wkładów pracodawców, częściowo (dla niepracujących) ze środków budżetowych. Fundusz gromadził jednak dużo mniejsze środki niż zakładano – szczególnie trudno było mu uzyskać należne wkłady na niepracujących z lokalnych środków budżetowych¹⁰. Nigdy nie zebrał więcej niż 50% należnych pieniędzy. Wprawdzie w 1996 roku ogłoszono, że zostało ubezpieczonych około 87% mieszkańców kraju, którzy uzyskali w ten sposób, jak głosi ustawa „prawo do pomocy medycznej wysokiej jakości”. Ale głosy krytyczne zwracały uwagę, że pozostało to tylko deklaracją, a w istocie nie nastąpiło polepszenie poziomu usług medycznych. Krytykowano również nieprecyzyjne określenie zestawu „gwarantowanych usług medycznych”, bezpłatnych dla ubezpieczonego. Pisano o rozroście nowych biurokratycznych struktur, o korupcji, której drastycznym przykładem było zniknięcie prawie 1/5 zgromadzonych pieniędzy, które winny być przekazane instytucjom służby zdrowia. W końcu wybuchł skandal – dyrektor funduszu zniknął wraz z dwoma miliardami tenge (tj. około 40 milionami dolarów). Po nieudanych próbach reorganizacji funduszu zlikwidowano go i od 2000 roku zlecono lokalnym jednostkom administracyjnym finansowanie i kontrolę usług medycznych. Próba wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych zakończyła się więc fiaskiem, ale ostatnio powstał kolejny

⁹ W praktyce panuje duże zamieszanie. Chociaż np. leczenie chorób onkologicznych zostało wyłączone z odpłatności, gazety opisują przypadki oficjalnego pobierania pieniędzy również za przeprowadzenie operacji onkologicznych.

¹⁰ M. Achmietowa, *Objazatielnoje medicinskoje strachowanije*, „Mysl”, 1997, nr 1, s. 84.

projekt reformy w tym zakresie. Wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, jak sądzi się, jest bardzo ważne dla reformowania systemu medycznego, zakłada bowiem stopniowe tworzenie nowej, rynkowej jego struktury, złożonej z państwowych i prywatnych instytucji medycznych oraz indywidualnych, prywatnie praktykujących lekarzy.

Ministerstwo Zdrowia opracowało i zaczęło realizować program prywatyzacji, zgodnie z którym „instytucje leczniczo-profilaktyczne” zostały podzielone na trzy grupy: te, które są objęte wolną prywatyzacją, te, które będą prywatyzowane częściowo – poprzez tworzenie spółek akcyjnych, w których 51% akcji będzie należało do państwowych organów służby zdrowia, oraz instytucje, które nie podlegają prywatyzacji. Do tych ostatnich zalicza się instytucje o „szczególnym znaczeniu społecznym”. W roku 1996 ówczesny wicepremier Imangali Tasmagambietow podkreślił w jednym ze swych wystąpień, że „... problemy Kazachstanu – to problemy ogromnych terytoriów. Nie należy, na przykład, prywatyzować jedynego szpitala w całym regionie, trzeba pomóc mu stanąć na nogi”. Do końca lat 90. sprywatyzowano ponad 90% ogółu aptek, w 1996 roku po raz pierwszy dokonano prywatyzacji 10 poliklinik i ambulatoriów. Rozpoczęto od klinik stomatologicznych, w oparciu o przygotowany przez ministerstwo spis placówek, które są przeznaczone do prywatyzacji w pierwszej kolejności. Jednak odezwały się głosy krytyczne, wskazujące, że na liście znalazły się również ważne placówki w odległych regionach. Oprócz sprywatyzowanych instytucji państwowych, pojawiają się również nowe, poszerzające prywatny sektor medycyny. Zaplanowano tworzenie prywatnych szpitali i przychodni, należących do funduszków ubezpieczeniowych, spółek medycznych, organizacji dobroczynnych itp. Powstają małe i większe placówki prywatne. Są one zobowiązane do uzyskania licencji. Przykładowo, w 1996 roku 224 jednostki fizyczne i prawne uzyskały zezwolenia na prywatną działalność medyczną.

Jednym z ważnych kierunków reformowania służby zdrowia jest rozwój podstawowej opieki zdrowotnej. Znaczące, że temu problemowi, który przecież został „wypromowany” właśnie w Alma-Atcie podczas słynnej konferencji ŚOZ w 1978 roku, dopiero w ostatnich latach zaczęto poświęcać więcej uwagi¹¹. Przyczyniła

¹¹ Mimo istniejących tradycji dobrej organizacji podstawowej opieki sanitarnej-medycznej, dzięki którym właśnie, jak utrzymuje A. Szarmanow (*Amierika głazami wracza*, Alma-Ata 1997, s. 47–48), Alma-Ata została wybrana przez ŚOZ na miejsce przeprowadzenia konferencji w 1978 roku. Konferencję uwieńczyło przyjęcie słynnej Almaażyńskiej Deklaracji głoszącej potrzebę rozwijania podstawowej opieki zdrowotnej w krajach „Trzeciego Świata”.

się do tego działalność zagranicznych ekspertów i współpracujących z nimi lokalnych specjalistów, którzy podkreślają korzyści z takiej reorientacji medycyny. Ma ona doprowadzić z jednej strony do obniżenia kosztów, z drugiej – poprzez przybliżenie lekarza do chorego i bardziej równomierne rozmieszczenie zasobów medycznych – do poprawienia ogólnej sytuacji zdrowotnej. Uprzednio zadania podstawowej opieki wypełniały w pewnej mierze wiejskie ambulatoria i punkty felczersko-akuszerskie. Jednak ich personel miał na ogół bardzo niskie kwalifikacje, ponadto w latach 90. zamknięto wiele takich placówek. W roku 1992 rozpoczęto w obwodzie Południowo-Kazachstańskim (gdzie ludność wiejska stanowi 70%) eksperymentalne organizowanie pomocy medycznej w oparciu o „lekarza rodzinnego”. Wyniki owego eksperymentu, po trzech latach obserwacji, zostały ocenione bardzo wysoko, zwłaszcza jego efektywność w profilaktyce, obniżenie śmiertelności niemowląt i wskaźnika inwalidztwa. Zorganizowano tam także jednostki składające się z 3 lekarzy (położnik/ginekolog, pediatra, internista) i 3–4 pielęgniarek, mające zapewnić opiekę medyczną mniej więcej 4500 ludności. Według stanu na koniec 1997 roku, liczba ambulatoriów prowadzonych przez lekarza rodzinnego wynosiła w Kazachstanie 87 w miastach i 172 na wsi¹². W almatyńskim Instytucie Doskonalenia Lekarzy prowadzone są trzymiesięczne kursy przygotowawcze dla lekarzy rodzinnych. W programie dalszych reform zaplanowano coraz szersze wprowadzanie tej formy pomocy i generalnie – zmianę akcentów w finansowaniu ochrony zdrowia na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej.

Sygnałem wskazującym na rosnące zrozumienie znaczenia zdrowia narodu (wobec katastroficznych prognoz demografów) było posłanie prezydenta Nazarbajewa z października 1997 roku, zatytułowane „Kazachstan 2030”. Wśród 7 długoterminowych priorytetów, na których należy skoncentrować działania państwa, w 4 punkcie wymienił on „zdrowie, wykształcenie i dobrobyt mieszkańców Kazachstanu”, a wśród najpilniejszych zadań – popularyzowanie „zdrowego sposobu życia” jako ważnego elementu profilaktyki. W rezultacie, w grudniu 1997 roku utworzono „Narodowe Centrum Problemów Kształtowania Zdrowego Sposobu Życia” z siedzibą w Almaty. Jednakże deklaratywne uznanie priorytetowego znaczenia zdrowia narodu nie pociągnęło jeszcze za sobą daleko idących praktycznych zmian w systemie opieki medycznej.

¹² *Riespublika Kazachstan. Otcziot po czietłowieczieskomu razwitiuju*, 1997, Almaty 1997, Organizacija objediniionnych nacij.

Stosunek do reform

Działalność reformatorska w zakresie ochrony zdrowia spotyka się z reguły z nieufnym, czy wręcz niechętnym nastawieniem ludności. Jest tu wyraźna rozbieżność interesów – reformatorzy poszukują oszczędności, zdają sobie sprawę z niewydolności finansowej państwa, rzutującej na żalorny stan opieki zdrowotnej i dlatego optują za prywatyzacją. Natomiast potencjalny pacjent jest przyzwyczajony do „bezpłatnej medycyny”. Nadal uważa, że należy mu się bezpłatna opieka medyczna (i ma gwarancję konstytucyjną, choć pozostaje ona już tylko na papierze). Był wciągnięty w system masowej, nastawionej na „zdrowie socjalistycznego społeczeństwa” opieki medycznej, z obowiązkowymi badaniami profilaktycznymi, siecią placówek zakładowych, rozwiniętą bazą sanatoryjną. Najchętniej widziałby powrót do modelu socjalistycznego. Mimo licznych wad owego systemu, w świadomości ludzi jest on idealizowany jako przejaw opieki sowieckiego państwa nad „człowiekiem pracy”, opieki, której w ostatnich latach zostali w drastyczny sposób pozbawieni. Ludzie czują się więc rozczarowani, zagubieni, nie potrafią przejąć w swoje ręce kontroli nad własnym zdrowiem. W Kazachstanie dotąd nie podjęto na szerszą skalę działań w zakresie promocji zdrowia, mimo pewnych wysiłków urzędujących tu agencji instytucji międzynarodowych, takich jak ŚÓZ, USAID, UNICEF i powstania wspomnianego wyżej centrum propagowania zdrowego stylu życia.

Przeciętny konsument ma świadomość, że prywatyzacja ogranicza jego dostęp do opieki medycznej, bo po prostu nie stać go na usługi prywatnej medycyny. Widzi, że w prywatnych aptekach jest coraz więcej drogich lekarstw importowanych z zachodu, a mniej tańszych medykamentów z Rosji i specyfików miejscowych (lokalny przemysł farmaceutyczny jest zresztą w stanie zaspokoić tylko 4% potrzeb). Nastawiony był negatywnie do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, którego zasad nie rozumiał, bo nie wystarczyła przeprowadzona jednorazowo akcja wyjaśniająca i popularyzująca tę ideę. Pierwsze jego spotkania w praktyce z nowym systemem były bardzo często zniechęcające, o czym świadczą liczne listy z żalami i protestami pacjentów, publikowane w prasie. Załamanie się projektu i związany z tym korupcyjny skandal zapewne przyczynią się do jeszcze większej niechęci wobec nowych prób wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia. Przeciętny pacjent obawia się także, że likwidacja części szpitali i ogólne zmniejszenie liczby łóżek jeszcze bardziej zmniejszy jego szanse na otrzymanie pomocy. Wynika to z przeświadczenia, że

hospitalizowanie jest najlepszym sposobem leczenia. Upřednio często kierowano chorych do szpitala nawet wtedy, gdy nie było to niezbędne i normą była długa hospitalizacja. Toteż trudno przekonać społeczeństwo, że dobra podstawowa opieka medyczna może w większości wypadków być całkowicie wystarczająca. Ponadto potencjalny pacjent jest nieufny wobec instytucji lekarza rodzinnego, nie wierzy w jego wszechstronne przygotowanie.

Niedostateczna informacja i promocja reform¹³ przyczynia się do utrzymywania oporu wobec zmian, zarówno wśród ogółu społeczeństwa, jak i pośród personelu medycznego. Ten ostatni, choć – wydawałoby się – powinien zostać w pierwszej kolejności przekonany do akcji reformatorskich i stać się ich propagatorem, w większości jest im przeciwny. Świadczą o tym wyniki badań socjologicznych. Lekarze i pielęgniarki podobnie jak pacjenci idealizują sowiecki system opieki zdrowotnej. Wprawdzie rozumieją, że w obecnej sytuacji zmiany są nieuchronne, ale większość nie akceptuje ich kierunku. Badania przeprowadzone na dużej próbie 999 ałmatyńskich lekarzy¹⁴ wykazały, że lekarze czują się zdegradowani, ich żałośnie niskie pensje nie motywują ich do dalszej pracy, nie wierzą też, że wprowadzanie płatnych usług może polepszyć ich finansową sytuację. Ponadto, tylko 19,1% pytanym uważało, że rozszerzenie płatnej opieki poprawi jakość leczenia. Większość twierdziła, że prywatyzację należy przeprowadzać tylko w bardzo ograniczonym zakresie. Również głosy medyków na temat rozwijania instytucji lekarza rodzinnego, wyrażane w telewizji i prasie były zasadniczo krytyczne. Zwracano uwagę na niedostateczne kształcenie lekarzy, brak funduszy nawet na podstawowe wyposażenie, niedostosowanie projektów do lokalnych warunków.

Medycyna komplementarna

W okresie, gdy Kazachstan był sowiecką republiką, oficjalne podejście do medycyny ludowej i szerszej – komplementarnej było zasadniczo niechętne, a nawet wrogie. Zmieniało się jednak stopniowo, poczynając od wysiłków podejmowanych dla jej wyplenienia,

¹³ Należy wszakże odnotować pierwsze próby promowania reform w telewizji w specjalnych programach, a także w pierwszym lokalnym serialu *Pieriekrjostok* („Skrzyżowanie”), cieszącym się dużą popularnością. Często jednak propaguje się nowe idee w nachalnie dydaktyczny sposób.

¹⁴ G. G. Urmurzina et al., *Izuczenije mnenija wraczej g. Ałmaty o płatnych medicynskich uslugach, razgosudarstwenii i priwatizacii medicynskich uczeńdienj*. „Problemy socialnoj medicyny i uprawlenija zdrowoochranenijem”, 1995, No. 2, s. 75-80.

aż do stopniowego cichego zaakceptowania niektórych jej nurtów. W pierwszym okresie władzy sowieckiej prześladowano ludowych lekarzy (zwanych *tauyp, dariger*), szamanów (*baksy*) i szczególnie mułłów, duchownych muzulmańskich, praktykujących również leczenie metodami religijnymi. Jednak mimo kampanii prowadzonej dla wykorzenia tradycyjnych praktyk, przetrwały one do dziś¹⁵. Ludowi specjaliści „zeszli do podziemia”, kontynuowano też domowe, tradycyjne sposoby leczenia. Dotyczy to zarówno ludowej medycyny kazachskiej, jak i tradycji leczniczych innych grup etnicznych – osadników rosyjskich, czy Ukraińców, Polaków, Koreańczyków, deportowanych do Kazachstanu w latach 30.

W latach 80. w Związku Radzieckim wzrosła niepomniernie popularność nowej kategorii niekonwencjonalnych uzdrowicieli, w rodzaju bioenergoterapeutów, zwanych tam „ekstrasensami”. Niektórzy z nich, jak słynna Dżuna Dawitaszwili, stawali się nieoficjalnie prywatnymi lekarzami wysokich funkcjonariuszy nomenklatury. Pod koniec lat 80. wielką popularność zdobył dzięki swoim seansom telewizyjnym „ekstrasens” z Ukrainy, Anatolij Kaszpirowskij, znany doskonale także w Polsce. Masowe seanse bioenergoterapii, np. na stadionach, organizowano również w Kazachstanie. W Ałma-Atie powstało stowarzyszenie miejscowych ekstrasensów. Ludzie wspominają, że na przełomie lat 80. i 90. wiele tamtejszych fabryk i zakładów pracy angażowało czasowo takich uzdrowicieli, a także akupunkturzystów czy masażyistów, którzy zajmowali się leczeniem pracowników. Umożliwiła to *pieriestrojka*, niemniej już znacznie wcześniej, po cichu, instytucje rządowe interesowały się nadzwyczajnymi zdolnościami ekstrasensów i prowadziły badania dla celów wojskowych.

W postsowieckim Kazachstanie medycyna komplementarna szybko zdobyła znaczącą pozycję. Odżyła ludowa medycyna kazachska i leczenie innych narodowości, ważne miejsce zajmują praktyki wywodzące się z orientalnych „wielkich tradycji medycznych”, ponadto pojawiają się różne nowe metody leczenia i samoleczenia rozmaitego pochodzenia. Omówię je pokrótce.

Ludowi kazachscy lekarze, zielarze, nastawiacze kości praktykują obecnie zarówno na wsi, jak i w mieście. Popularne jest również łączenie leczenia z przepowiadaniem przyszłości z układu ziaren fasoli albo kamyków. Niektórzy uzdrowiciele włączają do

¹⁵ O wysiłkach aktywistów „polityki medycznej”, próbujących wypełnić lokalne tradycje, interesująco pisze P. A. Michaels w artykule *Medical Traditions, Kazakh Women, and Soviet Medical Politics to 1941*, „Nationalities Papers”, 1998, Vol. 26, No. 3, s. 493–509.

swych praktyk również modlitwy z Koranu i magiczne sposoby, takie jak wyganianie złych duchów za pomocą bicza. Spotyka się również, choć rzadko, szamanów kontynuujących dawne tradycje leczenia chorych podczas specjalnych seansów. Wierzy się, że szaman wchodzi w kontakt ze swymi duchami pomocniczymi, które uzdrawiają chorego za jego pośrednictwem¹⁶.

Wśród Rosjan i Ukraińców szczególnie popularne są znachorki leczące za pomocą zaklęć magicznych (*zagowory*), zawierających również wezwania do Boga i świętych. Wiele kobiet zna się na ziołach, zbiera je i sprzedaje na bazarze, zalecając odpowiednie stosowanie.

Spośród „wielkich tradycji medycznych” praktykowana jest medycyna chińska, tybetańska, koreańska, indyjska, arabsko-perska. Odbiegają one bardzo od swoich klasycznych pierwowzorów. Medycynę chińską reprezentuje przede wszystkim popularna akupunktura, stosowana przez szkolonych w Ałmaty lekarzy, sporadycznie przez specjalistów z Chin, a nieraz nawet nie-lekarzy zajmujących się tym procederem pokątnie. Szeroko stosowana jest koreańska odmiana akupunktury, zwana *su-dżok*, wprowadzona w latach 90. Indyjska Ayurweda praktykowana jest od niedawna, szczególnie w nowym ośrodku w Semipałatyńsku, gdzie przyjeżdżali lekarze z Indii. Ponadto lokalna wspólnota Hare Krysna w Ałmaty popularyzuje niektóre idee Ayurwedy. Natomiast medycyna arabsko-perska ma na tym terenie dawne tradycje – tworzona była przez tak słynne postaci, jak Awicenna (Ibn Sina), Al Farabi czy Al Biruni. Kontynuują tę tradycję nieliczni już dziś specjaliści, znający skomplikowane metody diagnostyki i leczenia, samodzielnie sporządzający złożone leki ziołowe. Od 1995 roku wiedza ta jest przekazywana studentom Instytutu Medycyny Wschodniej w Turkiestanie. Wydaje się jednak, że nowoczesny sposób nauczania nie dorówna tradycyjnemu czeladnictwu u mistrza.

Duże znaczenie ma samoleczenie. Stosuje się rozmaite tradycyjne sposoby i środki, takie jak zioła, gęsi albo psi tłuszcz bądź ceniony szczególnie przez Kazachów *kurdiuk*, czyli tłuszcz z baraniego ogona, popularne domowe remedia jak czosnek i wódka. Dla zabezpieczenia przed chorobami i nieszczęściami Kazachowie i Ujgurzy powszechnie używają amuletów, które można łatwo kupić na bazarze albo nawet w domu towarowym¹⁷. Innym spo-

¹⁶ Zob. D. Penkala-Gawęcka, *Wybrańcy duchów, czyli jak zostać szamanem. Na przykładzie ujugurskiej szamanki z Kazachstanu*, „Lud”, 2001, t. 85 (w druku).

¹⁷ Najbardziej popularne są tradycyjne amulety przeciw „złemu oku” – czarne koraliki w białe kropki oraz amulety z wersetami z Koranu umieszczonymi w trójkątnej torebce, znane w całym świecie islamu.

sobem profilaktyczno-leczniczym zakorzenionym w lokalnej tradycji jest okurzenie (mieszkania, straganu na bazarze, bądź człowieka dymem spalonej rośliny *adraspan (Peganum harmala)*¹⁸, który ma odganiać złe duchy. Ponadto szeroko stosowane są różne nowe metody samoleczenia. Często są to chwilowe mody, rozpowszechniane przez telewizję, prasę, broszurki czy książki o charakterze poradników. Literatura z tego zakresu, wydawana najczęściej w Rosji i innych krajach WNP jest dostępna w księgarniach. Nieraz są to tłumaczenia publikacji zachodnich. Największym zainteresowaniem cieszą się takie wydawnictwa wśród kobiet, często pożyczane są w kręgu sąsiadek, znajomych. Przez jakiś czas w Kazachstanie i w Rosji bardzo popularna była urynoterapia, przechodzą kolejne fale mody na leczenie np. „herbacyanym grzybkiem”, gliną albo octem jabłkowym. Stosuje się rozmaite diety i głodówki. Bardzo cenione są tzw. „systemy” samouzdrawiania, zwłaszcza te firmowane nazwiskami rosyjskich uczonych, członków akademii nauk. Ponadto popularne bywają pewne leki i inne niekonwencjonalne środki, reklamowane intensywnie w danym okresie, jak np. tajemnicza „kremlowska tabletką”, niegdyś podobno stosowana sekretnie w kręgach władzy. Owa „tabletką”, stymulująca organizm człowieka przez elektryczne impulsy, była dostępna pod koniec lat 90. w ałmatyńskich aptekach.

Interesującym przykładem samoleczenia, które bardzo rozpowszechniło się w Kazachstanie i przybrało nawet częściowo zinstytucjonalizowaną formę, jest tzw. ruch iwanowców. Propaguje on i wprowadza w życie „naukę Porfirego Iwanowa – „metodę naturalnego uzdrawiania” poprzez hartowanie organizmu, głodówki i inne wyrzeczenia. Porfiry Iwanow, Rosjanin urodzony na Ukrainie, wypracował ową metodę w ciągu 50 lat praktyki (zmarł w 1983 r.). Był prześladowany za głoszenie swych idei i niekonwencjonalny sposób życia¹⁹. Zyskał wielu zwolenników, a w latach 90. „system Iwanowa” stał się popularny w krajach byłego ZSRR, włączając Kazachstan. Naśladowcy Iwanowa oblewają się dwa razy dziennie zimną wodą, kąpią się w górskich strumieniach, stosują cotygodniowe posty i specjalne techniki oddechowe, dążą do zbliżenia z naturą. Widzą w tej metodzie *panaceum*, a niektórzy nawet traktują ją jak religię, zwłaszcza ci, którzy ściśle zachowują wszystkie 12 przykazań pozostawionych przez

¹⁸ Zwyczaj ten występuje w całej Azji Środkowej, łącznie z Afganistanem i Iranem, gdzie roślina ta znana jest pod nazwą *espanđ (ispanđ)*.

¹⁹ Chodził boso, ubrany jedynie w krótkie spodnie niezależnie od pory roku, nosił długą brodę i włosy, kąpał się w lodowatej wodzie i odbywał długie posty.

„Nauczyciela”. Ich przestrzeganie ma zapewnić ludziom nie tylko uzdrowienie fizyczne, ale i duchowe oraz moralne²⁰.

Wiele nowych metod leczenia z pogranicza biomedycyny i medycyny komplementarnej dociera do Kazachstanu z Rosji i Ukrainy. Propagują je bądź sami twórcy, bądź ich uczniowie i współpracownicy. Inne – przychodzą z zachodu, ale za pośrednictwem Rosji, np. homeopatia i diagnostyczna metoda Volla.

Na koniec, należy wspomnieć również o ruchach związanych z New Age, często pochodzenia orientalnego, ale docierających do Kazachstanu, poprzez Rosję, z krajów zachodnich. Należą do nich reiki, dianetyka, transcendentalna medytacja.

Stosunek do medycyny komplementarnej

Zasadniczo, nastawienie społeczeństwa, w tym także dużej części środowiska lekarskiego do medycyny nieoficjalnej jest pozytywne. Zresztą określenie „nieoficjalna” jest w tym kontekście nieściśle, ponieważ została ona oficjalnie uznana i sankcjonowana przez Ministerstwo Zdrowia Republiki Kazachstan. Wielu lekarzy przejęło pewne praktyki niekonwencjonalne i stosuje je obok albo zamiast praktyk naukowych, po części zapewne z rozczarowania do biomedycyny, a głównie ze względów komercyjnych. Nie ma przepaści między biomedycyną i medycyną niekonwencjonalną. Powstaje wiele placówek na pograniczu między nimi (terapia manualna, *su-dżok*, homeopatia i in.). Audycje telewizyjne poświęcone problemom zdrowotnym propagują także nieortodoksyjne metody leczenia. Na pewno temu stanowi rzeczy sprzyja fakt, że w obrębie samej medycyny oficjalnej stosuje się wiele metod, których skuteczność nie została naukowo udowodniona. Zachodni eksperci zauważają z pewnym zdziwieniem, że w kazachstańskiej nauce medycznej zasady naukowego eksperymentu nie są jeszcze szeroko upowszechnione. W tym kontekście, jak sądzę, jak najbardziej zasadne jest stosowanie w odniesieniu do niekonwencjonalnych praktyk leczniczych w Kazachstanie określenia „medycyna komplementarna”.

Ważną przyczyną oficjalnego uznania medycyny komplementarnej w niepodległym od 1990 r. Kazachstanie były wysiłki podejmowane dla odrodzenia kazachskiej kultury, do której należała również medycyna ludowa. Dowodem jej promowania było zorganizowanie już w 1990 roku Republikańskiego Centrum Me-

²⁰ Zob. D. Penkala-Gawęcka, *System naturalnego uzdrawiania Porfirego Iwanowa w Kazachstanie*, „Lud”, 1998, t. 82, s. 223–252.

dycyny Ludowej, przemianowanego później na Republikańskie Naukowo-Praktyczne Centrum Medycyny Wschodniej i Współczesnej, podlegające Ministerstwu Zdrowia. Następnie otwarto kilka oddziałów centrum w poszczególnych obwodach kraju. Centrum miało przyczynić się jednocześnie do uregulowania działalności uzdrowicieli, objęcia ich kontrolą i wyeliminowania sposobów leczenia uznanych za szkodliwe. W roku 1992, po przyjęciu pierwszej ustawy „O ochronie zdrowia narodu w Republice Kazachstan”, ministerstwo wydało rozporządzenie „O dalszym rozwoju nietradycyjnych, ludowych metod leczenia w Republice Kazachstan”, w którym wyznaczona została rola centrum jako republikańskiego ośrodka organizacyjno-metodycznego dla wszystkich instytucji zajmujących się nieoficjalną medycyną. W centrum odbywa się wstępna selekcja pretendentów na uzdrowicieli, następnie dwumiesięczna (nowsze rozporządzenie z 1996 roku przedłużyło ją do 3 miesięcy) tzw. aprobacja, czyli praca pod kontrolą lekarza, której wyniki są oceniane przez komisję atestacyjną, złożoną z lekarzy (m.in. psychiatrów i neurologów), uzdrowicieli i urzędników Ministerstwa. Rozporządzenie określiło szczegółowo zasady atestacji, która musiała być ponawiana co dwa lata (zgodnie z nowym rozporządzeniem – co 3 lata), a także uregulowało prawa i obowiązki osób, którym ministerstwo wydało legitymację „profesjonalnego uzdrowiciela”. Są one zobowiązane do pracy jedynie w instytucjach o profilu medycznym, a jeśli pracują samodzielnie, podlegają kontroli lokalnych organów służby zdrowia. Ceny na ich usługi są ustanawiane przez centrum lub przez miejscowe instytucje służby zdrowia.

Centrum jest jednostką działającą na zasadach rozrachunku gospodarczego. Pracuje w nim kilkunastu lekarzy, przy czym wielu z nich łączy metody medycyny oficjalnej z niekonwencjonalnym leczeniem, oraz około 40 uzdrowicieli o różnym profilu. Są tu 4 oddziały: medycyny współczesnej; bioenergoterapii i parapsychologii; fitoterapii, oraz największy liczebnie oddział kazachskiej medycyny ludowej, gdzie jest praktykowane przede wszystkim leczenie religijno-magiczne. Do stosowanych metod leczenia należy m.in. terapia manualna, masaż kontaktowy i bezkontaktowy, dietoterapia, litoterapia, fitoterapia, apiterapia, muzykoterapia, leczenie kolorami, *su-dżok*, homeopatia, tzw. „metody duchowe” (np. czytanie modlitw z Koranu), a także bezkrwawe operacje typu filipińskich. Praktykuje się też tradycyjne kazachskie metody wróżenia oraz jasnowidzenie. Od 1991 roku do końca roku 1996 do centrum zgłosiło się 2508 kandydatów na uzdrowicieli, z których świadectwo Ministerstwa uzyskało około

600²¹. W następnych latach napływ kandydatów na profesjonalnych uzdrowicieli był już mniejszy; łącznie w ciągu 10 lat działalności centrum procedurę legitymizacji przeszło blisko 1000 osób. Centrum prowadzi Szkołę Medycyny Ludowej dla kandydatów, zorganizowało także dwie duże konferencje z udziałem uzdrowicieli i lekarzy oraz urzędników Ministerstwa Zdrowia.

Oprócz opisanych wyżej wymogów, praktyki uzdrowicieli ogranicza ustawa z 1997 roku „O zdrowiu narodu Republiki Kazachstan”. Potwierdza ona znaczenie medycyny komplementarnej i wyraźnie określa warunki praktykowania „lecnictwa ludowego”. Leczeniem komplementarnym mogą się zajmować wyłącznie posiadacze certyfikatów i licencji, a jakość ich usług powinna być kontrolowana przez instytucje medyczne. Zakazane są masowe seanse lecznicze. Nie wydaje się osobom nie posiadającym wykształcenia medycznego licencji na leczenie np. chorób onkologicznych czy narkomanii. Taka działalność jest zakazana i – przynajmniej w teorii – karalna. W praktyce działa nadal wielu uzdrowicieli bez świadectw i licencji, bowiem ich zdobycie jest trudne i kosztowne. Uprzednio reklamowali oni szeroko swoje usługi w prasie, później jednak reklamy te ograniczono, obawiając się konsekwencji. Trzeba przyznać, że polityka państwa w odniesieniu do lecznictwa niekonwencjonalnego doprowadziła do pewnego ograniczenia niekontrolowanej praktyki, chociaż można mieć wątpliwości, czy selekcja rzeczywiście zapewnia wyeliminowanie szarlatanów.

O docenianiu wartości dawnych wschodnich tradycji medycznych świadczy utworzenie w 1995 roku w Turkiestanie wspomnianego już Instytutu Medycyny Wschodniej. Program nauczania studentów obejmuje biomedycynę oraz medycynę arabsko-perską, chińską i tybetańską. Absolwenci uzyskują tytuł specjalistów medycyny wschodniej. Szczególne znaczenie dla popularyzacji metod komplementarnych w środowisku medycznym ma działalność almatyńskiego Instytutu Doskonalenia Lekarzy. Prowadzi on liczne kursy dla lekarzy, którzy mogą się specjalizować również w dziedzinach komplementarnych, takich jak terapia manualna, refleksoterapia (włączająca chińską akupunkturę), koreańska akupunktura *su-dżok* i hirudoterapia, czyli leczenia za pomocą pijawek. Warto zauważyć, że postulowana często współpraca między biomedycyną i medycyną komplementarną

²¹ T. Habijewa, *Rol Riespublikanskogo nauczno-praktyczeskogo centra wostocznoj i sowriemiennoj miediciny w dalniejszem sowierszienstwowanii aprobacii narodnych cielittieliej, ich teorieticzeskoj i prakticzeskoj podgotowkie*, [w:] „Tradicionnaja i narodnaja miedicina”, cz. 1, Almaty 1997, s. 6–10.

rozwijana jest właśnie w odniesieniu do takich specjalności, lokujących się właściwie na pograniczu i znacznie łatwiej akceptowanych przez medycynę oficjalną niż medycyna ludowa, tak bardzo odbiegająca od standardów biomedycyny. Toteż medycyna ludowa z jej ważnym komponentem magiczno-religijnym, silnie reprezentowana w Centrum Medycyny Wschodniej i Współczesnej i innych mniejszych ośrodkach, nie tyle współpracuje z biomedycyną, ile jest poddawana jej kontroli. W centrum lekarze i ludowi uzdrowiciele pracują oddzielnie, pierwsi jedynie sprawdzają efekty pracy drugich.

Osobnym zagadnieniem jest stosunek środowiska medycznego do przedstawionej wyżej metody uzdrawiania Iwanowa. Wśród jej sympatyków jest wielu lekarzy, praktykują ją i propagują jako alternatywny sposób poprawienia zdrowia ludności w obecnej trudnej sytuacji. Wielką zwolenniczką „systemu Iwanowa” jest żona prezydenta, Sara Nazarbajewa. Ten fakt niewątpliwie przyczynia się do oficjalnego poparcia dla ruchu iwanowców. Wysiłki Sary Nazarbajewej zmierzają ku upowszechnieniu tej metody, a narzędziem są organizacje i instytucje, którym patronuje – fundusz pomocy dzieciom „Bobek” i Republikańskie Centrum Leczenia i Rehabilitacji Dzieci w Ałmaty. Nie ukrywa się, że celem tych działań jest rozpropagowanie tych idei w jak najszerszych kręgach społeczeństwa za pośrednictwem dzieci wdrażanych w system Iwanowa.

Dla uzupełnienia obrazu należy dodać, że część środowiska medyków jest przeciwna legalizacji, a tym bardziej promowaniu komplementarnej medycyny. Ich wpływy powodują, że dalsze losy Centrum Medycyny Wschodniej i Nowoczesnej nie są pewne, choć powstało ono pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia.

W odczuciu społecznym medycyna komplementarna jest potrzebna. Praktycznym wskaźnikiem tego zapotrzebowania jest mnogość instytucji i form niekonwencjonalnego leczenia we współczesnym Kazachstanie. Oczywiście, niektóre z nich pojawiają się i wkrótce znikają, ale wiele ośrodków (zwykle niewielkich, często zatrudniających i lekarzy i uzdrowicieli) cechuje trwałość, świadcząca o zainteresowaniu pacjentów. Niektórzy praktycy komplementarnej medycyny działają samodzielnie i zdobywają dużą popularność, a czasem nawet sławę sięgającą poza granice republiki²². Brak jest danych statystycznych na temat

²² Jako przykład można wymienić uzdrowicielkę Umut-Apa spod Pawłodaru, która założyła i prowadzi „wioskę zdrowia”, rodzaj komuny, w której pacjenci (około 250–300 osób na raz) poddawani są seansom leczniczym, a sami pracują i pomagają w miarę swych możliwości. Chorzy przyjeżdżają do tej słynnej uzdrowicielki nie tylko z Kazachstanu, ale także z Rosji, Niemiec, Dalekiego Wschodu.

korzystania z usług medycyny komplementarnej. Według informacji pracowników Centrum Medycyny Wschodniej i Nowoczesnej, w ciągu pierwszych 4 lat jego działalności okazano pomoc około 280 tysiącom chorych, dane te jednak mogą być zawyżone. W roku 2000 lekarze i uzdrowiciele z centrum uskarżali się, że liczba pacjentów w ostatnich latach bardzo się zmniejszyła, ponieważ „ludzie nie mają pieniędzy”. Moje badania przeprowadzone na niewielkiej próbie 34 osób²³ mieszkańców Ałmaty, wykazały, że 56% z nich było przynajmniej raz u uzdrowiciela. Pozytywny stosunek do medycyny komplementarnej deklarowało również 56% ankietowanych, dalsze 20% akceptowało część metod niekonwencjonalnych, 3 osoby określiły swój stosunek do medycyny komplementarnej jako ostrożny, 1 jako objętny, a jedynie 2 jako negatywny.

Przyczyny popularności medycyny komplementarnej

Dramatyczna sytuacja systemu opieki zdrowotnej w Kazachstanie niewątpliwie przyczynia się do popularności niekonwencjonalnych metod leczenia, praktykowanych przez lekarzy, uzdrowicieli oraz szeroko stosowanych w samoleczeniu. Zarysowany w pierwszej części artykułu obraz obiektywnych wad systemu znajduje odbicie w opiniach społeczeństwa. Mówi się powszechnie o tym, że prawo do bezpłatnej opieki istnieje tylko w teorii, w praktyce leczenie jest bardzo drogie. Gazety publikują listy zrozpaczonych czytelników, opisujące przypadki odmowy leczenia a nawet operowania chorych w nagłych przypadkach, ponieważ rodzina pacjenta nie była w stanie natychmiast dostarczyć pieniędzy. Szczególnie jeden z ałmatyńskich szpitali, niegdyś należący do najlepszych, cieszy się złą sławą „wykańczalni” i ludzie bardzo boją się do niego trafić. Ale zła opinia dotyczy właściwie całej służby zdrowia, zarówno państwowej, jak i placówek prywatnych, gdzie trafiają nie dobrzy specjaliści, a lekarze posiadający odpowiednie znajomości lub koneksje rodzinne. W powszechnym mniemaniu nawet dobre opłacenie personelu bynajmniej nie gwarantuje odpowiedniego leczenia, z powodu bardzo niskich kwalifikacji większości lekarzy i ich demoralizacji. Ale większość potencjalnych pacjentów jest bardzo uboga i nie starcza jej pieniędzy nawet na uzyskanie podstawowej pomocy. Wyniki wzmiankowanej wyżej ankietki wykazały, że 80% (spośród 34 pytanych) ocenia stan służby zdrowia jako zły i bardzo zły.

²³ Zróżnicowanych pod względem wieku, płci, narodowości, wykształcenia.

Profesjonalizm i etykę lekarzy niemal wszyscy (z wyjątkiem 3 osób, które odpowiedziały: „trudno ocenić”) określili jako bardzo niskie, tylko 20% z nich dodało, że zdarzają się wyjątki.

Ponieważ leczenie w placówkach biomedycyny jest postrzegane jako drogie, a przy tym nieefektywne, ludzie często szukają innych sposobów radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Komplementarne usługi medyczne są znacznie tańsze. Pracownicy Centrum Medycyny Wschodniej i Współczesnej podkreślają duże znaczenie ich ośrodka, oferującego stosunkowo niedrogie usługi (za 1 seans płaci się 300–400 tenge, czyli około 5 dolarów), leczenie bez stosowania drogich leków. Podobne ceny są w innych, mniejszych placówkach. Emerytów, rencistów, studentów często przyjmuje się za darmo albo stosuje znaczne ulgi. Również indywidualni uzdrowiciele z reguły biorą umiarkowane opłaty. Nawet najślynniejsi, którzy od bardzo bogatych pacjentów otrzymują czasem takie dowody wdzięczności, jak dom albo koń, zadowolają się skromnym wynagrodzeniem od ubogich. Jest to zgodne z tradycyjnym obyczajem, według którego każdy odwdzięczał się w miarę swoich możliwości. Zresztą na terenach wiejskich nadal bardzo często dar w naturze zastępuje wynagrodzenie pieniężne. Wielka popularność samoleczenia na pewno także w dużej mierze wynika z jego niskich kosztów.

Nie można jednak pominąć jeszcze innych ważnych czynników. Pomimo wielu lat ateizacji i „wykorzenia przesądów”, nie tylko na prowincji, ale także w wielkim mieście, jakim jest Ałmaty, nawet u ludzi młodych i z wyższym wykształceniem, występują silnie zaznaczone elementy „świadomości magicznej”. U Kazachów zachowały się i odżywają ich tradycyjne wierzenia, również te o korzeniach przedmuzułmańskich, np. w złe duchy jako przyczynę wielu chorób, szczególnie psychicznych. Także ludność rosyjskojęzyczna (Rosjanie, Ukraińcy, Białorusini, Polacy) wierzy w uroki, zaklęcia „złe oko”, „wampiry energetyczne” itp. Odżywa „biała” i „czarna” magia. Prawdopodobnie wchodzi ona w lukę, którą wytworzyła działalność ateizacyjna, a którą tylko częściowo wypełniły odradzające się, a także pojawiające się nowe religie. Wiara w magię wpływa na podejmowane przez ludzi zachowania zdrowotne. Wielu uzdrowicieli utrzymuje i wielu chorych jest przekonanych, że podstawowe przyczyny chorób to tzw. *sglaz* („złe oko”) i jeszcze bardziej niebezpieczna *porcza* (czyli rzucenie uroku). Kazachowie wierzą również powszechnie w moc „rodowego przeklęcia”, które przechodzi z pokolenia na pokolenie w ramach rodu. Uważa się, że w takich przypadkach jedynie skuteczne może być leczenie za pomocą modlitw i zaklęć magi-

cznych albo seansów szamańskich. Innym sposobem radzenia sobie z takimi zagrożeniami jest stosowanie wspomnianych już wyżej amuletów, kupowanych samodzielnie albo otrzymywanych od uzdrowicieli zajmujących się leczeniem „duchowym”.

W szerszej perspektywie, obecny klimat społeczny sprzyjający mistycyzmowi, okultyzmowi, wierze w paranormalne zjawiska²⁴, przyczynia się do popularyzacji medycyny komplementarnej. Wielu mieszkańców Kazachstanu nie potrafi odnaleźć drogi do religii swoich przodków i szuka nowych doświadczeń mistycznych i religijnych. Powstają rozmaite stowarzyszenia, takie jak „Siła Ducha”, zajmujące się zjawiskami paranormalnymi. Niektórzy poszukujący przyłączają się do nowych ruchów religijnych. Należą do nich m.in. „Świątynia Izdy”, opierająca się na ezoterycznych naukach Heleny Bławatskiej i Heleny Rerich (sięgających do dziedzictwa wedyjskiego i do buddyzmu), Towarzystwo Świadomości Kryszny, Kościół Zjednoczeniowy Muna oraz ruch iwanowców²⁵. Owe nowe religie mają często komponent leczniczy i uzdrowicielski, tak istotny właśnie w ruchu zwolenników Iwanowa. Na wzrost zainteresowania zjawiskami duchowymi, mistycznymi i magicznymi, a także medycyną komplementarną wpływają niewątpliwie czynniki psychologiczne, takie jak poczucie niepewności, braku bezpieczeństwa i strach o przyszłość, związane z dramatyczną sytuacją ekonomiczno-społeczną. Prowadzi to do nastawienia, które można by określić jako „poszukiwanie cudu”, który wybawi cierpiących zarówno z nieuleczalnej – w mniemaniu medyków – choroby, jak i z innych nieszczęść, biedy i głodu.

Konkluzje

Staralam się wykazać, że na relacje między pacjentem czy potencjalnym pacjentem a medycyną we współczesnym Kazachstanie wpływają specyficzne warunki okresu wielkiej przemiany, niszczącej dotychczasowy stabilny, acz skostniały i niedoskonały system opieki zdrowotnej, powodującej również zamieszanie w świadomości „konsumentów” przywykłych od kilku pokoleń do tego systemu. W nowej sytuacji, w której poszerzył się również

²⁴ W Kazachstanie ukazuje się wiele publikacji książkowych i prasowych na ten temat.

²⁵ Choć iwanowcy są przeciwni nazywaniu ich ruchu religią, posiada on cechy pozwalające go tak zakwalifikować (zob. D. Penkala-Gawęcka, *System naturalnego uzdrawiania...*, s. 247-249). W nowszych opracowaniach na temat religii w Kazachstanie, np. J. F. Trofimow, *Religija w Kazachstanie*, Almaty 1996, Dilet Press, s. 98-99, „iwanowstwo” traktowane jest już jako nowa religia.

zakres propozycji i pojawiła się wolność wyboru, o faktycznych wyborach między biomedycyną a medycyną komplementarną decyduje wiele powiązanych ze sobą czynników, z których tylko część mogłam omówić. Ponadto, różne i zmienne jest zainteresowanie poszczególnymi dziedzinami medycyny komplementarnej, spośród których część kontynuuje lokalne tradycje, a inne pojawiły się niedawno. Niemniej obecnie, choć w sposób tylko częściowo sformalizowany, medycyna komplementarna jest ważnym partnerem – i konkurentem – biomedycyny, jej usługi cieszą się wielką popularnością. Wydaje się, w świetle omówionych wyżej uwarunkowań i tendencji, że rola medycyny komplementarnej w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa nadal pozostanie znacząca.

Danuta Penkala-Gawcka

The Patient and Medicine in contemporary Kazakhstan, Attitudes towards Bio-medicine and Complementary Medicine.

Summary

The article discusses society's attitudes towards bio-medicine and complementary medicine in Kazakhstan round the end of the 20th century. It presents the transformation of the health-care system in independent Kazakhstan and its influence on the health situation of the population as well as public opinion on bio-medicine. Presented is a broad spectrum of various fields of complementary medicine which achieved great popularity especially during the 1990s. Among the reasons for that growing popularity appears to be public disenchantment with the collapsing state health-care system which is costly and ineffective. At the same time, an important factor is the durability of traditional beliefs of a magical type which is behind the wide use of non-conventional magic-religious practices -- spells and prayers. Overall public socio-economic malaise and a fear of the future are conducive to a general increase of interest in mystical beliefs and occult practices as well as paranormal phenomena, and the flourishing of complementary medicine naturally fits into that scheme.

Patient und Medizin im heutigen Kasachstan Biomedizin und komplementäre Medizin

Zusammenfassung:

Der Artikel schildert Haltungen der Gesellschaft gegenüber der Bio- und komplementären Medizin in Kasachstan gegen Ende des 20. Jahrhunderts, sowie die Veränderungen im Gesundheitswesen im unabhängigen Kasachstan und deren Einflüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und auf die Auffassungen der Gesellschaft über Biomedizin. Der Artikel stellt ein breites Spektrum der verschiedenen Forschungsgebiete der komplementären Medizin dar, die sich besonders in der letzten Dekade des vergangenen Jahrhunderts einer sehr großen Popularität erfreut hatte.

Die Ursachen für das wachsende Interesse an dieser Medizinform sind aus der Enttäuschung der Bevölkerung über den maroden, teuren und ineffektiven staatlichen Gesundheitssystem zu ersehen. Von großer Bedeutung ist auch das tief verwurzelte Glauben an Magie und die Macht der Naturheilkunde, die sich zum Teil magisch-religiöser Praktiken, sowie der Gebete und Zauberformeln bedient. Hinzu kommen noch die sozial-wirtschaftliche Unsicherheit und die Angst vor der Zukunft, was die allgemeine Tendenz und das Interesse an der mystischen, okkultistischen und paranormalen Phänomenen fördert. Diesen Faktoren hat auch die komplementäre Medizin ihre gegenwärtige Blütezeit zu verdanken.