

Świt życia

Helena Pyz

DOI: 10.26399/rmp.v31.1.2025/h.pyz



Jeevodaya to nazwa własna ośrodka rehabilitacji osób dotkniętych trądem, nadana przez jego Założyciela, ks. dra med. Adama Wiśniewskiego SAC. Ośrodek mieści się na skraju wsi Gatapar w powiecie Raipur w stanie Chhattisgarh w środkowych Indiach. Nazwa ta pochodzi z sanskrytu i oznacza „dający życie”.

Pierwszy raz usłyszałam o Jeevodaya w 1986 r., kiedy Założyciel był już bardzo chory; zmarł kilka miesięcy później z powodu nowotworu. Zgłosiłam swoją gotowość pomocy mu, miałam nadzieję, że się wszystkiego w zakresie trądu od niego nauczę. Jednak sprawy formalne potrwały tak długo, że stałam na ziemi indyjskiej półtora roku po śmierci Założyciela centrum.

To nie były czasy przyjazne chętnym na wyjazdy zagraniczne. Nie miałam też gdzie się przygotować w zakresie trądu czy innych chorób tropikalnych. Ze skrucą mogę powiedzieć, że jechałam w ciemno. Nie wiedziałam też jak sobie poradzę w warunkach tak innych niż w mojej Ojczyźnie. Jestem osobą niepełnosprawną fizycznie po przebyciu polio w dzieciństwie.

To co zastałam na miejscu, to był inny świat. Nie byłam przygotowana pod żadnym względem, miałam więc tylko jedną drogę – zacząć się uczyć na miejscu. Zamieszkałam w pokoju z łazienką na parterze internatu dla dziewcząt. Miałam wejście z 2 stron – od patio i od zewnątrz budynku, co okazało się wygodne, gdy ktoś zjawiał się po pomoc w godzinach wieczornych czy nocnych. Cały kompleks budynków parteryowych to były domy dla mężczyzn i kobiet, internaty dla dziewcząt i chłopców, kilkanaście pomieszczeń zagospodarowanych na potrzeby szkolne, zabudowania gospodarcze, kuchnia, w której palono drewnem, przychodnia dla pacjentów z zewnątrz, młyn, centralny zbiornik wodny, generator prądu i kościół. Na miejscu mieszkało 70 dorosłych i 150 dzieci, w tym 3 rodziny z dziećmi.

Powoli poznawałam teren, a nie znając miejscowego języka, posługiwałam się najprostszym angielskim i gestami. Wszystko odkrywałam sama. Współzałożycielka miejsca, s. Barbara Birczyńska, pokazała mi ogólną topografię i więcej czasu mi nie poświęcała. Zaczęłam od obejrzenia przychodni, zapoznałam się z systemem dokumentacji, możliwościami badania,

zapasami leków, opatrunków, laboratorium, poszłam do domów pacjentów. Miałam do pomocy dwóch paramedyków, szkolonych w zakresie trądu na kursach sześciotygodniowych. Obaj używali języka angielskiego, dokumentacja też była w nim prowadzona. We wtorki ekipa medyczna jeździła do miejscowości oddalonej o 70 km – tam była nasza druga przychodnia. Czasem trzeba było tam nocować, jeśli było wyjątkowo dużo pacjentów. W środy i czwartki przychodzili pacjenci do naszej przychodni na miejscu. Każdy był rejestrowany, przybyłym po raz pierwszy zakładano karty i wręczano „bilet”, aby wydobyć kartę przy następnej wizycie. Wprowadziłam system numeracji kart, bowiem imiona powtarzały się, a układanie alfabetyczne też przysparzało niemało trudności. Było to też ułatwienie do wszelkiego rodzaju statystyk. W piątki trwało porządkowanie kart i leków, opatrunków po 2 dniach najazdu pacjentów i czytanie pobranych wymazów skórnych. Zdarzały się dni, kiedy przyjmowaliśmy 100 i więcej pacjentów. Soboty były przeznaczone na wizyty w koloniach osób dotkniętych trądem. To było ułatwienie dla tych bardziej schorowanych czy starszych, bardziej okaleczonych, którzy nie mogli dotrzeć do przychodni. Najdalsza kolonia, którą odwiedzałam raz w roku, była oddalona o 340 km i ogromna – ponad 6000 mieszkańców. Jeździliśmy do niej w niedzielę, żeby od rana w poniedziałek móc usłużyć wszystkim chętnym. Co 4 tygodnie jeździliśmy do miejscowości przy granicy z sąsiednim stanem, też w niedzielę wieczorem. Na tym terenie, bardzo zaniedbanym, mieliśmy zawsze pełne ręce roboty, od świtu do nocy w poniedziałek.

W naszej aptece, do której musieliśmy zakupić leki, było też sporo leków otrzymywanych w paczkach z Polski, Czech i Niemiec. To była niemała praca, bo trzeba było porządkować, czego moi współpracownicy nie umieli, no i rozpoznawać na co one są; nosiły przecież najróżniejsze nazwy.

Przychodnia w Jeevodaya była szeroko znana jako udzielająca pomocy charytatywnie, ciągnęły więc tu setki ludzi biednych, których nie stać było na leczenie. Państwowa służba zdrowia w Indiach jest kompletnie niewydolna. Poza osobami dotkniętymi trądem przychodzili ludzie z najróżniejszymi potrzebami.

Przez 5 lat prowadziłam też program zwalczania gruźlicy we współpracy z WHO wg ich wytycznych, przez kolejne 5 oddział zakażonych HIV, również wg ustalonego schematu. Byłam w międzyczasie na kilku zjazdach leprologów, organizowanych w różnych miastach każdego roku, na szkoleniach w zakresie opieki paliatywnej, wczesnego wykrywania gruźlicy i opieki nad zakażonymi HIV.

W czasie 18 lat działalności ks. dra Adama Wiśniewskiego było zarejestrowanych ponad 6000 osób wymagających leczenia trądu, liczba ta systematycznie malała. Od początku mojej pracy w 1989 r. do 2019 zarejestrowaliśmy kolejnych 5360 przypadków. Zetknęłam się zarówno z bardzo początkowymi objawami choroby, jak i najbardziej zaniedbanymi z licznymi powikłaniami. Często wykrywaliśmy trądowe zmiany przypadkiem czy przy badaniach okresowych mieszkańców naszego centrum, których liczba z każdym rokiem rosła. Rok przed wybuchem pandemii koronawirusa wśród mieszkańców było 422 dzieci i 135 dorosłych, a nowo wykrytych przypadków trądu zaledwie 54.

Najmłodszy mój pacjent, niestety z już trudno gojącą się raną palucha prawej stopy, miał zaledwie 5 lat. Najtrudniejszy przypadek jaki mi kiedykolwiek przywieziono, to był ponad 60-letni mężczyzna z nogą gnijącą do samej pachwiny. Podobno infekcja rozwinęła się w ciągu 2–3 dni od małej rany pięty, co w tutejszych warunkach klimatycznych i higienicznych jest oczywiście możliwe. Nie było dla niego żadnego ratunku, zmarł w ciągu 48 godzin. Inny, również dramatyczny przypadek to drążąca rana prawego policzka, w której zagnieżdżone były robaki. Całe ich gniazdo usunęłam sponad łuku brwiowego, ale dobry rezultat okazał się krótkotrwały. Pacjent po powrocie do domu ponownie zainfekował ranę, zmarł z towarzyszącymi ciężkimi objawami neurologicznymi.

Zdecydowaną większość pacjentów udawało nam się namówić na systematyczne leczenie wg zaleceń WHO. Trwało ono 6 miesięcy w wypadkach nisko bakteryjnej postaci typu tuberkuloid, a 12 miesięcy w wysoko bakteryjnej postaci typu boderline czy *lepromatus leprosy*. Zetknęłam się też z postaciami mieszanymi, ale i powikłaniami typu reakcji immunologicznej po podaniu pierwszych porcji Rifampicyny. W wypadkach powikłanych stosowałam też sterydy. Kilkanaście osób zgłaszało nawroty, najczęściej po zbyt wczesnym przerwaniu kuracji, ale miałam też

przypadki prawidłowo leczone i nawrót po kilku latach. Na szczęście bez większych powikłań. Kilku pacjentów musiałam wysłać na amputacje kończyn, rany nie miały szansy zagojenia się, a zainfekowanie ich zawsze zagraża życiu. Do zaprzyjaźnionego szpitala prowadzonego przez NGO w sąsiednim stanie wysłałam też kilka osób na rekonstrukcję zniekształconych dłoni czy opadającej stopy. Były to operacje ludzi młodych z bardzo dobrym rezultatem. Obecnie w naszym domu mieszka zaledwie kilkunastu byłych pacjentów, którzy nie mają swoich domów, nie mają dokąd wrócić. Kilkoro z nich ma niegojące się rany, które codziennie trzeba opatrywać. Nie prowadzę już przychodni dla pacjentów z zewnątrz, nadal służę pomocą mieszkańcom, dzieciom i młodzieży z internatów oraz przychodzącym trędowatym. W ubiegłym roku miałam zaledwie 2 osoby wymagające leczenia trądu. Nadal współpracuję z miejscowym ośrodkiem zdrowia w pobliskim miasteczku (Abhanpur), straciłam też 2 współpracowników. Po 55 latach działalności nasza postęga nie jest już tak dramatycznie potrzebna.

Na zakończenie chcę podkreślić, że nie żałuję swojej decyzji przyjazdu do Jeevodaya, choć w momencie jej podejmowania nie miałam najmniejszej wizji tej pracy. Ideę pomocy trędowatym, którą wprowadził tu ks. dr med. Adam Wiśniewski, poznałam na miejscu. Trąd to choroba bakteryjna, a jednak wykluczająca chorego ze społeczności, do której należał do czasu zachorowania. Jest więc jednocześnie niezmywalnym stygmatem i dlatego powstało Jeevodaya, czyli „świt nowego życia” dla tych, których najbliżsi wyrzucają za próg domu. Najważniejsze nie są tabletki, a BYCIE z chorym i dla niego. Wyleczenie infekcji to 6–12 miesięcy, wyleczenie duszy człowieka niechcianego, pogardzanego, niewidocznego, nieistniejącego – to proces długotrwały. Można usprawnić ręce i nogi, ale zrehabilitować godność człowieka to wielka praca. Tu wszyscy pracujemy. To, że okaleczone dłonie mojej pacjentki podają mi szklankę wody, jest dla mnie radością, a dla dziewczyny – szczęściem! Ona czuje się potrzebna! Jestem szczęśliwa, bo w przeciwieństwie do założycieli tego miejsca doczekałam się integracji wielu moich wychowanków z resztą społeczeństwa. Dzięki otrzymanej tu edukacji zajmują dziś ciekawe stanowiska pracy, zarabiają na utrzymanie siebie i swoich rodzin, pomagają sobie wzajemnie. I nie jest ważne co i ile się robi, ale z jaką miłością pełni się najmniejszą postęgą człowiekowi potrzebującemu.