



OSWOIĆ TROPIK

Półrocznik popularnonaukowy Medicus Mundi Polonia | ISSN 2658-0993 | Nr 3(2)/2020 | grudzień 2020

TEMAT NUMERU:

PRZYGOTUJ SIĘ NA TROPIKI



Redemptoris Missio
Fundacja Pomocy Humanitarnej



POZA TYM W NUMERZE:

POŁOŻNA W AFRYCE
Kenia oczami
wolontariuszki

Magia dobrego
dotyku

LISTY Z MISJI
Z dziennika dentystki

3 SŁOWO WSTĘPNE

5 Z ŻYCIA FUNDACJI

7 DOBRE KADRY

8 **TEMAT NUMERU**
Przygotuj się na tropiki

13 EKSPERCKIE SPOJRZENIE
NA RÓŻNE OBLCZA
TROPIKÓW

21 POŁOŻNA W AFRYCE
Kenia oczami
wolontariuszki

24 MAGIA DOBREGO
DOTYKU

29 LISTY Z MISJI
Z dziennika dentystki

31 DOBRE KADRY





CO NAS CZEKA W TROPIKACH?

Wolontariusze to ludzie dobrowolnie i bez wynagrodzenia niosący pomoc potrzebującym – także w strefie międzyzwrotnikowej (gorącej, tropikalnej) potocznie określanej jako „tropik”. Brak opadów i silna insolacja (nasłonecznienie), deficyt wody na obszarach pustyń i półpustyń, silne nagrzewanie się powierzchni gruntu – to wszystko powoduje, że trzeba się należycie przygotować do pracy w tropiku – poznać możliwe zagrożenia zdrowotne. Dlatego tak ważne jest poradnictwo przed wyjazdem ze szczególnym uwzględnieniem szczepień w zależności od rejonu pobytu (szczepienia ochronne wymagane i zalecane). Ponadto trzeba umieć rozpoznać i ocenić zagrożenia występujące w podróży, ustalić wskazania i rodzaje profilaktyki chorób zakaźnych i innych zagrożeń związanych z podróżowaniem, jak: higiena wody, higiena żywności i żywienia, apteczka podróżnika – co przede wszystkim powinna zawierać. Także po powrocie z tropików okazać się mogą ważne konsultacje z lekarzem i dobór badań laboratoryjnych w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych mogących mieć związek z pobytem w strefie międzyzwrotnikowej.

W obszar tych zagadnień wprowadza nas niniejszy numer naszego czasopisma zredagowanego z myślą przewodnią aby wolontariusze odważnie i bezpiecznie odkrywali świat – bez niepotrzebnego narażania się na problemy zdrowotne, których można uniknąć.

Prof. dr hab. med. Jerzy T. Marcinkowski
Redaktor naczelny



ODKRYWAĆ ŚWIAT ODWAŻNIE I BEZPIECZNIE

Ostatni numer czasopisma Oswoić Tropik poświęciliśmy kwestiom pandemii COVID-19 (<https://www.medycynamisjach.org/oswoic-tropik>). Wszystkich zachęcamy do zachowania wszelkich środków ostrożności, a całemu personelowi medycznemu życzymy wytrwałości. Chcemy jednocześnie dać Państwu okazję do odrobiny wytchnienia. Mamy nadzieję, zwrócić Państwa myśli w kierunku marzeń o egzotycznych podróżach.

W najnowszym numerze półrocznika Oswoić Tropik oddajemy w Państwa ręce kilka wskazówek dotyczących przygotowań do podróży. Mamy nadzieję, że wartościowe treści odnajdą dla siebie zarówno osoby planujące wakacje w turystycznych ośrodkach strefy międzyzwrotnikowej, jak i te przygotowujące się do długookresowej pracy lub wolontariatu w tropikach. Gdy pandemia się skończy, świat znowu stanie przed nami otworem, dlatego życzę owocnej i miłej lektury.

Pozostańcie w zdrowiu,
Jacek Jarosz
Redaktor prowadzący



Czasopismo Oswoić Tropik powstało, aby dostarczać czytelnikom rzetelnej wiedzy z zakresu zdrowia międzynarodowego i medycyny tropikalnej. Półrocznik, w zamyśle wydawcy i autorów, ma być również źródłem inspiracji do działania dla tych, którzy zaczynają interesować się zdrowiem globalnym. Założeniem Oswoić Tropik jest pomoc w realizowaniu pasji poznawania świata takiego, jakim widzi go nauka. Do współpracy przy tworzeniu

czasopisma zapraszani są nie tylko wybitni eksperci, ale także młodzi naukowcy oraz studenci z różnych polskich środowisk akademickich.

Czasopismo Oswoić Tropik nawiązuje do tradycji wydawanego przez Fundację Redemptoris Missio w latach 2001-2019 kwartalnika *Medicus Mundi Polonia*.

DOBRE KADRY



fot. Paulina Szylin

Wydawca:

Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
ul. Junikowska 48, 60-163 Poznań
tel. +48 609 210 184 | e-mail: medicus@ump.edu.pl

Redaktor naczelny:

Prof. dr hab. Jerzy T. Marcinkowski

Redaktor prowadzący:

Jacek Jarosz

Rada Konsultacji Naukowych:

Prof. dr hab. Jerzy Stefaniak (przewodniczący)
Prof. UMP dr hab. Małgorzata Paul
Dr n. med. Zofia Konopielko
Dr Marcin Wrzos OMI
lek. Szymon Nowak

Korekta:

Maciej Sid Ziemiński

Projekt graficzny i skład:

Maria Bogacz-Kostrzewa

Obsługa internetowa:

Błażej Lis

Współpraca:

Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych
i Pasożytniczych UM w Poznaniu

Wsparcie czasopisma:

Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
Nr konta: 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192
z dopiskiem: „czasopismo Oswoić Tropik”

medycynamisjach.org/oswoic-tropik



Redemptoris Missio

Fundacja Pomocy Humanitarnej

NIE USTAJEMY W DZIAŁANIACH

JUSTYNA JANIEC-PALCZEWSKA

Prezes Fundacji Redemptoris Missio

Szanowni Państwo, pomimo trwającej pandemii praca w Fundacji „Redemptoris Missio” toczy się nadal. Dzięki środkom pozyskanym w ramach programu „Polska Pomoc Humanitarna i Rozwojowa w odpowiedzi na pandemię COVID-19” w konkursie ogłoszonym przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych Fundacja prowadzi dwa projekty: „Przystosowanie i rozbudowa Centrum Dziecięcego im. św. Rodziny w Kithatu w kontekście światowej pandemii COVID-19” oraz „RTG jako narzędzie diagnostyczne w leczeniu COVID-19 – budowa i wyposażenie pracowni rentgenowskiej w Maganzo w Tanzanii”

Nadal trwa program „Adoptuj Szkołę” polegający na wsparciu edukacji dzieci w Kamerunie i Republice Środkowoafrykańskiej. Trwa również Akcja „Puszka dla Maluszka”, czyli program dożywiania dzieci w najbardziej niebezpiecznych krajach. Dzięki wsparciu naszych darczyńców dożywiane są dzieci w Kamerunie, Republice Środkowoafrykańskiej i Republice Południowej Afryki.

Dzięki wsparciu Fundacji zostanie doposażony szpital w Mpanshya w Zambii, a do Kamerunu wyruszy kolejny kontener z pomocą medyczną.

Po tragicznym w skutkach wybuchu w Libanie Fundacja przekazała poszkodowanym pomoc w kwocie 30 tys. zł, która pomogła blisko 400 rodzinom. Przy współpracy z wielkopolskimi firmami „Lewant” i „Sulma” do Libanu drogą morską dotarło 25 ton pomocy żywnościowej. Do Libanu wysłano pomoc materiałową o wartości 244 796 zł.

Pragniemy, aby niesiona przez Fundację pomoc przyczyniła się do zmiany jakości życia i poprawy zdrowia osób mieszkających w krajach pogrążonych w kryzysie humanitarnym. Nie ustajemy w naszych działaniach na rzecz dobra drugiego człowieka. ○



fot. Rachela Pitura

Monika Pacholak-Wiśniewska 1977-2020

Dzień 9 października wszyscy zapamiętamy jako najgorszy dzień w historii Fundacji „Redemptoris Missio”. Tego dnia zmarła nasza przyjaciółka Monika Pacholak-Wiśniewska, osoba, bez której Fundacja nie byłaby dziś tym, czym jest. To ona była pierwszym pracownikiem Fundacji, jej sercem i duszą. Monika odeszła od nas w najbardziej niespodziewanym dla wszystkich momencie. Jej śmierć pozostawiła nas w ogromnym smutku i żalu.

Monika była osobą bardzo skromną i dobrą, zawsze zajęta swoją pracą, ale nigdy nie odmawiającą pomocy. Wszyscy zapamiętamy jej wielkie serce, bo to ona sprawiała, że wspólnie z wolontariuszami czuliśmy się jak jedna wielka rodzina.

Edukacja to najpiękniejszy prezent, jaki można podarować drugiemu człowiekowi; to jedyne, czego nikt mu nigdy nie będzie mógł odebrać.

Na świecie co szóste dziecko nie chodzi do szkoły. Nie wszystkie dzieci mogą się uczyć w godnych warunkach. Są szkoły zbudowane z tyczek prosa i pokryte słomianą strzechą; szkoły, w których dzieci uczą się siedząc na gołej ziemi, a gdy przychodzi pora mokra z przeciekającego dachu leje się woda. Wszeghogarniająca bieda sprawia, że w takich miejscach nikt nie myśli o tym, jak można to zmienić. Utrudzeni ciężką pracą ludzie myślą o dotrwanu do wieczora, a następnego ranka rozpoczynają swoje zmagania o przetrwanie.

Tymczasem szkoła to dla tamtejszych dzieci jedyna deska ratunku, aby wyrwać się z zakłętego kręgu ubóstwa. To dzięki szkole mogą zmieniać swoją przyszłość. Chcielibyśmy wybudować szkołę, w której dzieci mogłyby się



fot. archiwum Fundacji Redemptoris Missio

Wraz z polskimi misjonarzami ojcem Alojzym Chrószczem i bratem Maciejem Jabłońskim chcielibyśmy, aby w Afryce powstała szkoła imienia Moniki; aby ta szkoła była jej pomnikiem. Monika przez 20 lat swojej pracy pomogła setkom tysięcy ludzi. Przez jej ręce przeszły tysiące paczek z pomocą dla najuboższych. Była najlepszą osobą jaką dane nam było znać. Dbała o wszystkich wokół, pocieszała i wlewała w nasze serca nadzieję. Monika zawsze pamiętała o urodzinach, imieninach i innych wydarzeniach z życia osób związanych z Fundacją. Zawsze pielegnowała też pamięć o zmarłych. Chcemy, by ona również nie była zapomniana. Niech żyje w uśmiechach dzieci chodzących do szkoły jej imienia.

uczyć w godnych warunkach. Chcemy, by mogły siedzieć w ławkach i móc czytać z tablicy, by nie padał na nie deszcz i nie doskwierał im upał; by szkoła była ich azylem i oknem na świat.

Chcemy, by pamięć o Monice nie umarła wraz z nią. Niech żyje w uśmiechach dzieci chodzących do szkoły imienia Moniki Pacholak-Wiśniewskiej.

Justyna Janiec-Palczewska
wraz z zespołem Fundacji „Redemptoris Missio”

Zdjęcia zostały wykonane w miejscowościach Ching'ombe i Mpanshya w Zambii przez lek. dent. Paulinę Szylin, która realizowała projekt *Dentysta w Afryce – Zambia*.



PRZYGOTUJ SIĘ NA TROPIKI



ZDROWOTNE I KULTUROWE ASPEKTY
PRZYGOTOWANIA DO EGZOTYCZNYCH PODRÓŻY

Podróż do egzotycznych zakątków świata zaskakuje. Można przeczytać stosy książek i obejrzeć dziesiątki filmów dokumentalnych. Jednak już pierwsze chwile w tropikach stanowią próbę dla wypracowanych w wygodnym fotelu wyobrażeń o Afryce, Azji czy Ameryce Południowej. Od tego, jak przygotujemy się do wyprawy zależy, czy podróżnicze zaskoczenie przerodzi się w niebezpieczny szok, czy zamieni w zachwyty odkrywania.

Aby odpowiednio zaplanować działania przedwyjazdowe, należy przede wszystkim określić cel i długość podróży. Przygotowania do dwutygodniowych wczasów all inclusive w nadmorskim kurorcie będą się znacznie różniły od tych poprzedzających półroczną wyprawę do wioski w środku buszu. Jednak ich zaniechanie w obu przypadkach może mieć równie przykre konsekwencje.

Warto się szczepić

Podczas wyboru wczasów w luksusowym, egzotycznym kurorcie myśl o chorobach tropikalnych może nie

przyjść urlopowiczom do głowy. Tym bardziej, że wiele biur podróży nie przedstawia wyczerpująco informacji o zagrożeniach dla zdrowia, które mogą występować podczas oferowanych przez nie wycieczek. W podjęciu właściwej decyzji o zastosowaniu profilaktyki zdrowotnej nie pomagają także niektóre opinie głoszone w mediach i internecie. W jednym z programów śniadaniowych można było usłyszeć znanego polskiego podróżnika, który deklarował: *Na nic nigdy się nie szczepię, nigdy nie miałem malarii, ani innej choroby tropikalnej. 30 lat w dżungli i żadnych szczepionek!* Zapytany przez dziennikarkę, czy takie rozwiązanie zasugerowałby innym wyjeżdżającym odpowiedział: *Zdecydowanie tak!* Tymczasem lekarze specjaliści na co dzień zajmujący się leczeniem chorób tropikalnych zapewniają, że szczepienia są bezpieczną formą zapobiegania poważnym konsekwencjom zdrowotnym, którymi mogą kończyć się zachorowania na choroby endemicznie występujące na danym obszarze w tropikach². Jednocześnie przekonują, że ewentualne działania nie-

Jacek Jarosz

ukończył studia między innymi na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego i Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Jest specjalistą zdrowia publicznego. Brał udział w projektach pomocowych w Zambii, Madagaskarze i Republice Środkowoafrykańskiej. Jest kierownikiem działań pomocowych w Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio.

pożądane szczepionek najczęściej nie stanowią zagrożenia dla życia człowieka i samoczynnie ustępują w ciągu kilkunastu lub kilkudziesięciu godzin³. Dla przykładu deklarowane na podstawie przeprowadzonych badań, najczęściej występujące działania niepożądane jednej z najpopularniejszych szczepionek przeciwko durowi brzuszemu, to: ból w miejscu wstrzyknięcia, ból mięśni i zmęczenie/osłabienie⁴. Wśród znanych osób zawodowo zajmujących się podróżowaniem nie brakuje oczywiście głosów zachęcających do szczepień⁵. Warto docenić ich popularyzatorską rolę, jednak w procesie przygotowania do tropikalnych wypraw nie należy podejmować żadnych decyzji na podstawie porad celebrytów. Zdecydowanie lepszym doradcą przy doborze szczepień będzie specjalista medycyny podróży, a właściwym źródłem wiedzy – artykuły i publikacje naukowe oraz specjalistyczne, rzetelnie prowadzone portale.



fot. Jacek Jarosz

Są miejsca, w których nie ma nawet podstawowego ośrodka zdrowia. Wyprawy do miejsc pozbawionych dostępu do infrastruktury medycznej wymagają szczególnego przygotowania.

Ważną kwestią są przeciwwskazania do wykonania szczepień ochronnych, które trzeba omówić z lekarzem. Preparaty dedykowane ochronie przed poszczególnymi chorobami różnią się w tym zakresie, a ich specyfika wymagałaby opisu w osobnym artykule. Warto jednak pamiętać, że ogólnym przeciwwskazaniem do przyjmowania szczepionek są ostre infekcje i zakażenia, np. grypa. Dlatego należy planować szczepienia z odpowiednim wyprzedzeniem. Dodatkowym argumentem za tym, by do punktu szczepień udać się nawet dwa miesiące przed planowaną podróżą, jest fakt, że niektóre szczepienia wymagają przyjęcia więcej niż jednej dawki preparatu w odpowiednich odstępach czasu.

W przypadku egzotycznych podróży zaszczepienie się nie zawsze jest jedynie kwestią troski o własne zdrowie. Według Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych zaświadczenie o wykonaniu szczepienia przeciw żółtej gorączce (dawniej zwanej żółtą febrą) może być wymagane jako warunek przekroczenia granicy niektórych państw. Zagraniczny wyjazd może więc okazać się niemożliwy bez uzyskania właściwego wpisu w Międzynarodowej Książeczce Szczepień tzw. Żółtej Książeczce. Mimo, że wspomniane przepisy mają daleko idące konsekwencje jedynie w przypadku żółtej gorączki, to praktyka pokazuje, że warto poprosić lekarza o wpisanie do Książeczki również innych, wykonywanych przed podróżą szczepień, a jeśli to możliwe – odnotowanie także tych przeprowadzanych w przeszłości.

Kwestie formalne to oczywiście nie jedyny powód, dla którego warto zastosować profilaktykę żółtej gorączki. Żółta febra przypomina o sobie regularnie poprzez liczne przypadki nowych zachorowań i zgonów. W ostatnich latach szczególnie niepokojące raporty dotyczą sytuacji w Ameryce Południowej (Boliwia, Brazylia, Kolumbia, Ekwador, Peru), gdzie liczba przypadków choroby jest największa od dziesięcioleci⁶. Co prawda zagrożenie zakażeniem dla podróżujących w rejony występowania żółtej gorączki nie jest duże,

jednak w razie zachorowania ryzyko zgonu może sięgać nawet 90%⁷. Warto dodać, że aby uzyskać trwałą odporność na zachorowania wystarczy przyjęcie jednej dawki odpowiedniej szczepionki.

Rozumiejąc korzyści wynikające ze stosowania szczepień ochronnych, należy podjąć decyzję o tym, przeciw jakim chorobom się zaszczepić. Właściwy wybór jest zależny od wielu czynników, m.in. kraju, do którego planowana jest podróż, celu wyjazdu i zakładanych aktywności. Zestaw szczepień dla turysty wyjeżdżają-

Szczepienia nie są tanie, lecz bardzo potrzebne, dlatego warto uwzględnić je, planując budżet wyprawy. Przykładowo za preparat dający odporność na żółtą gorączkę trzeba zapłacić ponad dwieście złotych. Koszt kompletu szczepień, szczególnie w przypadku wyjazdów długookresowych, podczas których przewiduje się narażenie na wiele czynników ryzyka, może sięgać od kilkuset do ponad dwóch tysięcy złotych. Większość szczepień stosowanych w ruchu turystycznym daje długoletnią odporność, a część z nich wystarczy przyjąć raz w ży-



Zalecenia dotyczące szczepień przeciw żółtej gorączce w obszarze Afryki.

cego na dwutygodniowe wakacje do Egiptu będzie się z pewnością różnił od pakietu dedykowanego misjonarzowi, pracownikowi organizacji pozarządowej lub wolontariuszowi planującemu wielomiesięczne działania w głębi tropikalnego buszu. To, jakie szczepienia wybrać, należy zawsze ustalać indywidualnie z lekarzem w poradni medycyny podróży⁸. Przed wizytą w gabinecie warto zapoznać się z rekomendacjami dotyczącymi doboru szczepień publikowanymi na stronach internetowych rzetelnych instytucji, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Należy pamiętać, że w kwestii doboru szczepień *więcej* zwykle nie znaczy *lepiej*! Strach jest złym doradcą. Warto ograniczyć wybór szczepień do tych, które mają sens w perspektywie celu i charakteru planowanej podróży.

ciu. Stosunkowo wysokie koszty profilaktyki ponosi się więc jednorazowo. Warto pamiętać również o tym, że zazwyczaj znacznie droższe od szczepień jest leczenie ewentualnych zachorowań wynikających z braku właściwej profilaktyki.

Szczepienia ochronne to jeden z podstawowych elementów przygotowania do egzotycznych podróży. Są istotne podczas każdego wyjazdu do krajów tropikalnych, a absolutnie szczególnej uwagi wymagają od osób planujących w strefie międzyzwrotnikowej długookresową pracę lub wolontariat. Ich dobór nie powinien wynikać z lęku czy paniki przed tropikalnymi chorobami, a z odpowiedzialnej i świadomej kalkulacji. Wybór odpowiednich szczepień to nie tylko ochrona przed chorobami, ale także gwarancja większego spokoju podczas pobytu w tropikach.



Zalecenia dotyczące szczepień przeciw żółtej gorączce w obszarze Ameryki Południowej

Profilaktyka malarii i apteczka podróżna

Szczepienia nie dają gwarancji powrotu z tropików w pełnym zdrowiu. Odpowiednie preparaty chronią jedynie przed częścią chorób, jakie występują w strefie międzyzwrotnikowej. Dotychczas na świecie nie ma skutecznej szczepionki przeciwko malarii. Dlatego w ramach przygotowania do podróży należy również zaplanować profilaktykę przeciwmalaryczną, skompletować apteczkę osobistą oraz zapoznać się zasadami higieny.

Skuteczna szczepionka przeciwko malarii (pol. zimnicy) nie jest powszechnie dostępna i stosowana w profilaktyce przedwyjazdowej. Malaria jest jednak na tyle poważną, niebezpieczną i często występującą chorobą, że wymaga szczególnej uwagi. Według Raportu Światowej Organizacji Zdrowia w 2018 roku odnotowano na świecie 288 milionów przypadków zimnicy, z czego 93% na obszarze Afryki⁹. Większość zachorowań była wywołana najgroźniejszym z zarodźców – *Plasmodium falciparum* (pol. zaro-

dziec sierpowaty). Szacuje się, że z powodu malarii w 2018 roku umarło ok. 405 tys. osób. Zimnica jest wywoływana przez zarodźce, których bezpośrednim przenosicielem są komary z rodzaju *Anopheles*. Malaria nieleczona lub wykryta zbyt późno może prowadzić do śmierci¹⁰.

Aby zapobiec najgorszym skutkom malarii i zmniejszyć ryzyko zachorowania, należy stosować odpowiednią profilaktykę. Warto łączyć dwa rodzaje profilaktyki – mechaniczną i farmakologiczną. Do najważniejszych elementów profilaktyki można zaliczyć: stosowanie moskitier i repelentów (środków odstraszających owady, np. aerozoli zawierających *DEET*), w miarę możliwości zakrywanie odsłoniętych części ciała (szczególnie

wieczorami) oraz regularne zażywanie leków uznanych za skuteczne w profilaktyce zimnicy. Ochrona przed ukłuciami komarów zmniejsza ryzyko zachorowania nie tylko na malarię, ale również na inne choroby, do transmisji których dochodzi poprzez ukłucie komara, takie jak denga czy czikungunia. W kwestii profilaktyki farmakologicznej koniecznie należy podkreślić, że cena i marka rozważanego produktu nie musi oznaczać jego większej skuteczności! Dobór i dokładne zasady stosowania leków należy zawsze omówić z lekarzem w poradni medycyny podróży. Kwestia właściwego doboru leków jest złożona i zależy m.in. od celu i długości podróży oraz indywidualnych cech podróżującego. Profilaktykę należy zaplanować jeszcze przed wyjazdem do strefy tropikalnej, konsekwentnie realizować ją w trakcie pobytu i pamiętać, że mimo jej

stosowania choroba może pojawić się nawet dwa lata po powrocie z tropików. Nawet po zakończonej podróży nie powinno się bagatelizować objawów grypopodobnych i przy każdym wystąpieniu wysokiej gorączki pamiętać o ryzyku malarii. W obszarze Globalnego Południa, który geograficznie obejmuje głównie strefę międzyzwrotnikową, dostęp do leków z pewnego źródła i materiałów opatrunkowych dobrej jakości może być utrudniony. Dlatego przed planowanym wyjazdem – szczególnie tym przewidzianym na długi okres – warto skompletować osobistą apteczkę. Podobnie jak w przypadku szczepień, także przy doborze leków należy zachować rozsądek i ograniczyć zakupy jedynie do rzeczywiście potrzebnych środków. Warto także skonsultować apteczkę z lekarzem – tym bardziej, że część leków może wymagać wystawienia recepty. Osoby przewlekłe chorujące powinny zabrać ze sobą odpowiednio obliczony zapas leków przyjmowanych na co dzień. W przypadku dłuższych podróży w rejony oddalone od dużych ośrodków miejskich do rozważenia jest zaopatrzenie apteczki w leki przeciwmalaryczne, przeciwpasożytnicze, przeciwbiegunkowe, przeciwbólowe i przeciwgorączkowe, antybiotyki, leki rozkurczowe, przeciwuczuleniowe, środek odkażający, podstawowe materiały opatrunkowe, rękawiczki ochronne, termometr, szybkie testy malaryczne (*RDT* – do kupienia po przybyciu do tropików), nożycz-



fol. Jacek Jarosz

Planując długotrwały pobyt w miejscu pozbawionym dobrego dostępu do opieki zdrowotnej, warto zabrać ze sobą leki stosowane w terapii malarii oraz szybki test diagnostyczny (*RDT*)

ki, skalpel, jałowe igły chirurgiczne z nicią do szycia, jednorazowe igły, środek do odkażania wody. Apteczkę należy zabezpieczyć przed wilgocią i spakować tak, aby była kompaktowa, niewielka i łatwa w transporcie.

Różnice kulturowe

Przygotowanie do egzotycznych podróży ma nie tylko zapewnić bezpieczeństwo wyjeżdżającym, ale również pomóc im odpowiedzialnie i świadomie zachowywać się na styku kultur. Przy pewnych poznawczych ograniczeniach przedstawiciele danego kręgu kulturowego mogą i często prezentują w kontakcie z innymi kulturami postawę etnocentryczną. Antropolog społeczny Michał Buchowski określa etnocentryzm jako *postrzeganie, opisywanie, interpretowanie i ocenianie Innych przez pryzmat własnych standardów, wzorów zachowań i wierzeń znajdujących w innych kulturach*¹¹. Antropolog dodaje również, że *etnocentryzm oznacza nie tylko uznawanie własnego światopoglądu (...) za lepszy od innych, lecz także pozbawia obce kultury ich własnego „współczynnika humanistycznego”*¹². Prezentowanie opisywanej postawy może mieć szereg negatywnych konsekwencji zależny od tego w jakiej formie się uzewnętrznia... W relacji z lokalną społecznością może skomplikować załatwienie formalności związanych z pobytem w tropiku, utrudnić uzyskanie szczerzej informacji lub opinii podczas rozmowy, uniemożliwić zdobycie zaufania we współpracy, a przede wszystkim zaburzyć odbiór obserwowanej rzeczywistości i urazić lokalne społeczności.

Budowanie relacji na bazie zrozumienia i poszanowania odmiennej kultury powinno być ważne dla każdego podróżującego. Absolutnie kluczowe znaczenie ma jednak dla osób realizujących działania wolontariackie lub pracujących w tropikach. Etnocentryzm znacznie utrudnia, jeśli nie zupełnie uniemożliwia sprawne realizowanie działań pomocowych i współpracy rozwojowej. Przygotowanie do wyprawy w opisywanym aspekcie może być znacznie trudniejsze niż profilaktyka chorób tropikalnych, wymagać więcej czasu i przynosić mniej mierzalne i pewne

efekty. Podstawą właściwego przygotowania jest wiedza. Częstym błędem jest traktowanie danego kontynentu czy nawet kraju jako jednorodnie kulturowego. Mówimy oczywiście o *kulturze Afryki* i możemy wskazać pewne cechy ją charakteryzujące, jednak pozostanie na tym poziomie rozumienia zniekształca właściwy obraz rzeczywistości. Dla przykładu, w granicach Madagaskaru – w europejskiej świadomości postrzeganego jako jednorodny kraj – występuje przynajmniej 18 grup etnicznych, różniących się m.in. językiem, historią czy poczuciem tożsamości. W kontekście jednorodności kulturowej całego kontynentu warto wspomnieć, że w rozmowach z Malgaszami można zidentyfikować ich silne poczucie odrębności od Afryki; usłyszeć, że jakieś zjawisko ma miejsce w Afryce, ale nie na Madagaskarze, lub że dana zależność występuje na Madagaskarze, ale zupełnie inaczej jest na Kontynencie. To oczywiście jedynie przykłady w pewnym stopniu opierające się na uogólnieniach. Można jednak w nich dostrzec istotę problemu jakim jest postrzeganie przez wielu ludzi żyjących w obszarze Globalnej Północy Afryki, Ameryki Południowej, czy Azji jako jednego super-kraju. Interpretacyjnym błędem mogą ulegać nie tylko osoby planujące pierwszą podróż do tropiku, ale również ci, którzy już

z niego wrócili. Często objawiają się one poprzez prezentowanie własnych doświadczeń danej kultury jako jej pełnego i przenikliwego obrazu oraz przenoszenie zaobserwowanych na poziomie lokalnym podstaw, zachowań i zjawisk na poziom ogólny.

Mimo że – jak wspomniano we wstępie niniejszego artykułu – książki i filmy nie zastąpią doświadczenia rzeczywistości, a obraz tropiku, który czytelnik przez nie wytworzy, może różnić się od tego, co zostanie po przylocie do tropików, to warto przez ich czytanie i oglądanie oswojać spotkanie z odmienną kulturą. Wartościowa może okazać się nie tylko współczesna literatura, ale także relacje autorów z minionych stuleci, które pozwolą prześledzić, jak zmieniało się spojrzenie na stosunki międzykulturowe na przestrzeni dziejów. Poza literaturą podróżniczą można sięgnąć także do pozycji popularnonaukowych i branżowych poświęconych relacjom Globalnej Północy i Globalnego Południa, etnocentryzmowi i egzotyzacji oraz doświadczeniom z realizacji projektów pomocowych lub rozwojowych¹³. Szczególnie cenne mogą się okazać spotkania z podróżnikami, misjonarzami i wolontariuszami, którzy z różnych perspektyw mieli okazję poznać dany region. Pod-



fot. Jacek Jarosz

Realizując nawet najwspanialszy projekt pomocowy, należy pamiętać, że w miejscu jego realizacji jest się gościem. Nowa rzeczywistość może zaskakiwać. Niezależnie od tego wymaga jednak bezwzględnie szacunku i otwartości dla gospodarzy.

czas udziału w spotkaniach należy jednak pamiętać o tym, że często są one prezentacją osobistych przeżyć prelegenta i jego punktu widzenia. W procesie przygotowania do wyjazdu wartościowy może być również udział w konferencjach i panelach dyskusyjnych prowadzonych przez specjalistów¹⁴. W przypadku osób planujących pracę lub wolontariat w strefie międzyzwrotnikowej obraz tropików może wzbogacić współpraca z organizacjami prowadzącymi działania w danym regionie oraz realizującymi programy przygotowujące do pracy w tropikach.

Podróż to ciąga nauka

Niniejszy artykuł pozwolił jedynie zarysować problematykę przygotowania do tropikalnych podróży. W części poświęconej profilaktyce zdrowotnej zostały poruszone niemal wyłącznie te aspekty, których realizacja powinna odbyć się przed wyruszeniem w podróż, ale nawet o nich można by napisać znacznie więcej. Dużym, osobnym tematem wymagającym uwagi przed podróżą jest higiena tropikalna¹⁵ oraz nauka właściwych zachowań prozdrowotnych podczas pobytu w tropiku. Wiele można by również dodać na temat umiejętności miękkich przydatnych w podróży oraz zdolności odnajdywania się w odmiennej rzeczywistości politycznej i religijnej. W artykule nie opisano również szkoleń i kursów przydatnych dla wolontariuszy, misjonarzy i pracowników podróżujących do strefy międzyzwrotnikowej. Objętość artykułu nie pozwala na wnikliwe zgłębienie wielu aspektów, lecz skłania do tego, aby zachęcić podróżujących do dalszego poszerzania wiedzy. Obszerność tematu przygotowania do podróży nie powinna jednak zniechęcać do poznawania świata. Zagrożeń, jakie występują w tropikach nie należy bagatelizować. Tym niemniej fakt ich istnienia absolutnie nie powinien budzić lęku i prowadzić do rezygnacji z podróży. Wiedza, zdrowy rozsądek i właściwe działania przedwyjazdowe są kluczem do tego, aby cieszyć się podróżami i uniknąć ich przykrych konsekwencji. ○



fol. Krzysztof Białochowski

Mimo że podróże do strefy międzyzwrotnikowej wiążą się z ryzykiem, to nie warto z nich rezygnować. Tropiki kryją w sobie ogrom piękna. Aby je bezpiecznie odkrywać wystarczy odpowiednie przygotowanie i zdrowy rozsądek.

Źródła i przypisy:

R. Flisak (red.), *Choroby Zakaźne i Pasożytnicze t. IV*, Lublin, 2020.

P. Gajewski (red.), *Interna Szczeklika 2020*, Kraków, 2020.

1. *Dzień Dobry TVN*, rozmowa Doroty Wellman i Marcina Prokopa z Wojciechem Cejrowskim z dnia 22.11.2018 r., źródło: <https://dziendobry.tvn.pl/a/wojciech-cejrowski-krytykuje-szczepienia-dlaczego->, dostęp z dnia 07.03.2020 r.

2. A. Wroczyńska, *Szczepienia zalecane przed podróżą*, mp.pl, 05.07.2013 r., źródło: <https://www.mp.pl/pacjent/zdrowiewpodrozy/szczepienia/62886,szczepienia-zalecane-przed-podroza>, dostęp z dnia 07.03.2020 r.

3. N. Rehlis, *Podróżuj bezpiecznie – Poradnik dla podróżujących po świecie*, Diagnostics Poland, Poznań, 2001, s. 23.

4. *Charakterystyka Produktu Leczniczego*, źródło: <https://www.sanofi.pl/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/Europe/Sanofi-PL/Home/Nasze-produkty/szczepionki/Podroze/TYPHIM-Vi-ChPL-04-2019.pdf?la=pl>, dostęp z dnia 07.03.2020 r.

5. Opcję szczepienia się na „wszystko co tylko możliwe” prezentuje m.in. podróżniczka Martyna Wojciechowska w materiale *Szczepić czy nie szczepić – oto jest pytanie...*, 16.09.2011, TVN, źródło: <https://www.tvn.pl/programy/kobieta-na-krancu-swiatea,46,pc/aktualnosci,3627/szczepic-czy-nie-szczepic-oto-jest-pytanie-oficjalna-strona-stacji-tvn,12984,n.html>, dostęp z dnia 08.03.2020.

6. *Epidemiological Update Yellow Fever – 7 December 2018*, Raport Pan American Health Organization, źródło: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=7-december-2018-yellow-fever-epidemiological-update&Itemid=270&lang=en, dostęp z dnia 07.03.2020.

7. M. Paul, *Czy żółta gorączka może mieć wielobarwne oblicze?*, Konferencja Oswoic Topik – zeszyt streszczeń, Poznań, 2019.

8. Listę placówek można znaleźć m.in. pod adresem: <https://www.mp.pl/pacjent/zdrowiewpodrozy/medycyna-podrozy/62902,lista-poradni-medycyny-podrozy>.

9. *World malaria report 2019*, World Health Organization, źródło: <https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019>, dostęp z dnia 08.03.2020.

10. Więcej o przyczynach, diagnostyce, profilaktyce i terapii malarii można przeczytać w artykule: N. Rehlis, *Zrozumieć Malarie*, Oswoic Tropik 1/2019 (<https://medycynamisjach.org/oswoic-tropik>).

11. M. Buchowski, *Zrozumieć Innego. Antropologia racjonalności*. Kraków, 2004 s. 29, cyt. za M.F. Gawrycki *Podglądając Innego. Polscy trawelebrycy w Ameryce Łacińskiej*. Warszawa, 2011.

12. Tamże.

13. Subiektywna propozycja kilku pozycji książkowych, które mogą okazać się ciekawe dla osób planujących pobyt (szczególnie dłuższy) w obszarze globalnego Południa: 1. M. F. Gawrycki *Podglądając Innego. Polscy trawelebrycy w Ameryce Łacińskiej*, 2. R. Kapuściński *Podróż z Herodotem*, 3. A. Leszczyński *Eksperymenty na biednych*, 4. Red. J. T. Marcinkowski *Medycyna na misjach*, 5. H. Sienkiewicz *Listy z Afryki*, 6. R. Wieczorek *Pęknięte Serce Afryki*.

14. Informację o działaniach szkoleniowych prowadzonych przez specjalistów medycyny tropikalnej można znaleźć w nr 57/58 (2017) czasopisma *Medicus Mundi Polonia*.

15. Zbiór zaleceń określający zachowania zmniejszające ryzyko zachorowania podczas pobytu w krajach tropikalnych.

Eksperckie spojrzenie na różne oblicza tropików

AUDIOLOGIA W BUSZU – PROJEKT „PROTETYK SŁUCHU W AFRYCE”

DR HAB.N.MED.PROF.UMP DOROTA HOJAN-JEZIERSKA^{1,2},
DR OLGIERD STIELER^{1,2}, MGR AGNIESZKA ŁUKANOWSKA²

¹ Zakład Protetyki Słuchu Katedry Biofizyki, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
² Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”



Plan konferencji Ośwoić Tropik odwołanej z powodu pandemii COVID-19

Strefa międzyzwrotnikowa to ogromny, zróżnicowany obszar. Zamieszkują go obywatele kilkudziesięciu państw, należący do przynajmniej kilku tysięcy różnych grup etnicznych. Poszczególne państwa różnią się pod kątem rozwoju gospodarczego, sytuacji politycznej i społecznej. Biorąc pod uwagę tę złożoność, warto prowadzić interdyscyplinarną dyskusję na temat problemów, potrzeb i potencjału tropików.

Z przykrością informujemy o odwołaniu tegorocznej edycji konferencji naukowo-szkoleniowej „Ośwoić Tropik”. Aby zachęcić Państwa do rozważań na temat problemów Globalnego Południa zamieszczamy kilka mini artykułów autorstwa specjalistów, którzy byli gotowi do wygłoszenia prelekcji podczas konferencji. Mamy nadzieję, że w przyszłym roku uda się zorganizować tradycyjne spotkanie pasjonatów tropików.

„Protetyk Słuchu w Afryce” to projekt realizowany przez pracowników z zakładu Protetyki Słuchu Katedry Biofizyki oraz wolontariuszy Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*. Pierwsza misja medyczna miała miejsce w Bertoua w roku 2019. Mieści się tam placówka edukacyjna, kształcąca dzieci niedosłyszące, często również z różnymi innymi dysfunkcjami. Stanowiła ona bazę dla projektu, ponieważ mogła zapewnić ciągłość opieki. W założeniu pomoc miała polegać na wykonaniu diagnostyki, pozyskaniu z Polski dobrej klasy aparatów słuchowych i zaopatrzeniu dzieci szkolnych. Na miejscu okazało się, że o efektach działań będzie stanowić również przeszkolenie rodziców, starszych dzieci oraz całego personelu szkoły w pielęgnacji i obsłudze aparatów słuchowych. Przeprowadzono szkolenia bezpośrednie oraz nakręcono wiele krótkich filmów edukacyjnych, które pozostawiono do dyspozycji szkoły. Priorytetem był długoterminowy efekt działań pomocowych i zapewnienie efektów dostarczonej pomocy medycznej. Szkołę zaopatrzono w odpowiednią ilość baterii i środków pielęgnacji aparatów słuchowych. Dzięki zaangażowaniu w działania dominujących na rynku firm oraz wielu osób prywatnych pozyskano aparaty słuchowe bardzo wysokiej klasy.

Działania podczas realizacji projektu przebiegały w trudnych warunkach. Wyzwanie stanowiły przede wszystkim: bariery językowej, odmienny słownik francuskiego języka migowego, problemy sprzętowe, przerwy w dostawach energii oraz bardzo wysokie temperatury przy wilgotności sięgającej 90 procent. Warunki panujące w Kamerunie wymuszały przygotowanie odpowiedniego sprzętu diagnostycznego, komputerów zdolnych do pra-



fot. Olgierd Stielier

Protetycy słuchu podczas badania młodej pacjentki.

cy w trudnych warunkach, aparatów słuchowych z bardzo dobrej jakości układami antysprzężeniowymi oraz logistyki badań i dopasowania aparatów.

W okresie od 18 lutego do 10 marca 2020 roku realizowana była kolejna wyprawa protetyków słuchu do Kamerunu celem zaopatrzenia grupy dzieci przedszkolnych. Z uwagi na wiek i ograniczone możliwości współpracy u tak małych dzieci przygotowano zestaw klinicznych badań elektrofizjologicznych; otoemisji akustycznej, audiometrii impedancyjnej, pomiaru potencjałów wywołanych z pnia mózgu i wyższych pięter drogi słuchowej. Tradycyjnie stosowany w takich badaniach sprzęt wymaga uspienia pacjenta, a więc anestezjologa. Organizatorom projektu wypożyczono sprzęt najnowszej generacji, który eliminuje wyżej wymienione problemy.

DZIAŁALNOŚĆ POMOCOWA FUNDACJI REDEMPTORIS MISSIO NA PRZYKŁADZIE PROGRAMU „OCZY AFRYKI”

MGR JUSTYNA JANIEC-PALCZEWSKA

Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*

Działania pomocowe w obszarze Globalnego Południa wymagają doświadczenia, eksperckiej wiedzy i umiejętności reagowania na szybko zmieniające się warunki. Dobra wola i empatia są niezbędne, jednak zdecydowanie nie wystarczą, żeby efektywnie pomagać potrzebującym. Profesjonalne działania powinny rozpocząć się od rzetelnej analizy potrzeb. W rozpoznaniu potrzeb Fundacja *Redemptoris Missio* korzysta z pomocy swoich strategicznych partnerów – polskich misjonarzy. Następnie konieczne jest określenie planu i harmonogramu działań z uwzględnieniem ryzyka niepowodzenia. Po planowaniu następuje wdrażanie. Najpierw realizowane są działania w Polsce – zakup sprzętu, organizacja i formacja wolontariuszy, załatwianie kwestii formalnych. Kolejno rozpoczyna się realizacja konkretnych działań pomocowych, która zakończona jest ewaluacją. Według przedstawionego schematu realizowany jest program „Oczy Afryki”,

w ramach którego od 28 listopada do 14 grudnia ekipa lekarzy - wolontariuszy Fundacji zoperowała zaćmę u 80 pacjentów w miejscowości Ngaoundaye. Projekt był realizowany w miejscu gdzie rok wcześniej została wysłana wyprawa pilotażowa mająca zdiagnozować przyczynę częstej utraty wzroku u lokalnej ludności. Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* przewiduje kontynuację wypraw okulistów w ramach programu „Oczy Afryki” – jest to konieczne do zachowania ciągłości świadczonej pomocy i osiągnięcia trwałych rezultatów.

HISTORIA I PERSPEKTYWY ROZWOJU DZIAŁALNOŚCI MISYJNEJ W ASPEKcie POMOCOWYM

KS. PROF. DR HAB. TOMASZ SZYSZKA SVD

Katedra Misjologii, Uniwersytet
Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

W dyspucie pomiędzy Jezusem a uczonym w Prawie (Łk 10, 25-37) pada pytanie „A kto jest moim bliźnim?”. Jezus odpowiedział wówczas historią o uczynnym Samarytaninie. Dyskusja kończy się konkluzją, że nie ma 'ogólnego bliźniego', ponieważ bliźnim jest ten, którego spotykamy i zauważamy, podążając drogami naszego życia. Kościół, który od dwudziestu wieków realizuje posłanie misyjne, jest przeświadczony, że musi być zainteresowany każdym człowiekiem, ponieważ wszyscy ludzie mają prawo usłyszeć Dobrą Nowinę oraz doświadczyć chrześcijańskiej solidarności i pomocy.

Głoszenie Ewangelii to coś więcej aniżeli forma uprzejmego informowania albo dawania instrukcji o sprawach wiary. Zwłaszcza misjonarze są świadomi faktu, że aby być wiarygodnym świadkiem wiary, zwłaszcza wobec ludzi będących w potrzebie, należy traktować ich z należyty szacunkiem. Dobitnie ujął to św. Jan Paweł II, pisząc, że nie chodzi o jakiegoś człowieka *abstrakcyjnego*, ale zawsze *konkretnego* (RH 13). Przykładem takiego zaangażowania są np. Siostry Misjonarki Miłości z Kalkuty, jak również wiele innych misyjnych zakonów żeńskich i męskich oraz wiele organizacji i fundacji, np. *Redemptoris Missio* z Poznania.

Głoszeniu Dobrej Nowiny było podporządkowane całe życie Jezusa Chrystusa, w tym Jego nauczanie, czyny i cuda. Ten rys działalności został rozwinięty przez Apostołów, świadomych konieczności kontynuacji misji swojego Mistrza, ale już w wymiarze kwantytatywnym i jakościowym (na całej ziemi i względem wszystkich narodów), jak również w wymiarze operatywnym (z uwzględnieniem nowych możliwości). Dlatego tradycja niesienia pomocy potrzebującym czy też realizacja programu promocji ludzkiej (używając współczesnej terminologii) jest praktykowana w Kościele od samego początku.



fot. archiwum Fundacji *Redemptoris Missio*

Wolontariusze Fundacji z pacjentami po przeprowadzonych zabiegach usunięcia zaćmy



fot. Tomasz Szyszka SVD

Ruiny jezuickiej redukcji Trinidad w Paragwaju z XVIII wieku

Nowe możliwości pojawiły się wraz z nowożytnymi odkryciami geograficznymi. W Nowym Świecie, począwszy od połowy XVI wieku, zakładano przytułki i szpitale w celu udzielania pomocy lekarskiej czy też pielęgnarskiej, natomiast na tamtejszych uniwersytetach kształcono kadry medyczne. Znakomitym przykładem dobrze przemyślanej i zorganizowanej pomocy oraz zajmowania się problematyką zdrowia i higieny były redukcje jezuickie (wioski misyjne). Postawa jezuitów, akcentująca wymiar duchowy ich posługi misyjnej, nie wykluczała ich zaangażowania w rozbudowę efektywnego systemu pielęgnacyjno-medycznego. W każdej większej redukcji funkcjonowały lecznice oraz miejsca do pielęgnacji chorych. Posługę pielęgnacji pełnili przeszkoleni Indianie, natomiast w XVIII wieku w głównych redukcjach pracowali już wykształceni lekarze. Jezuita studiowali też zagadnienia medyczne i korzystali z osiągnięć ówczesnej medycyny. Zajmowali się również farmakologią indiańską, ziołolecznictwem, prowadzili specjalistyczne apteki. Byli również autorami wielu cennych opracowań naukowych z zakresu farmakologii i medycyny.

Działalność jezuitów na tym polu była reprezentatywna, ponieważ wyraźnie ukazała, że jakiegokolwiek aspekty pomocy zawsze muszą opierać się na dobrze przemyślanych strategiach i być realizowane z należytą determinacją. Chodzi bowiem o to, aby nieść pomoc osobom realnie jej potrzebującym. Innymi słowy chodzi o podmiotowe podejście do potrzebujących, ponieważ przedmiotowe ich potraktowanie byłoby sprzeczne z duchem wiary chrześcijańskiej.

Nie ulega zatem wątpliwości, że również współczesnego przepowiadania misyjnego nie można realizować bez zaangażowania się po stronie człowieka, aczkolwiek owa pomoc musi wynikać z integralności przekazu, jaką jest Ewangelia i nauczanie kościelne. Tak więc unikając niepotrzebnych dyktand, należałoby podkreślić, że w pełnym przepowiadaniu Słowa Bożego nie chodzi o rozróżnienie pomiędzy głoszeniem a dziełami pomo-

cy, ale raczej o takie głoszenie, które będzie poparte czynami oraz gdzie czyny są inspirowane i zakorzenione w przepowiadanym Słowie. Imperatyw bezpośredniego przepowiadania Dobrej Nowiny, jak również imperatyw bezpośredniej pomocy człowiekowi nie wykluczają się, ale się dopełniają, ponieważ są to dwie strony tego samego medalu. Głoszenie Słowa Bożego nie może bowiem nie być poparte świadectwem i zaangażowaniem się po stronie człowieka, do którego Dobra Nowina jest skierowana. Stąd też wielowiekowa tradycja Kościoła realizowania dzieła misyjnego z uwzględnieniem wielopłaszczyznowego aspektu pomocowego musi być dalej kreatywnie rozwijana i kontynuowana.

Z pewnością ulegną zmianie formy oraz zakres udzielanej pomocy w ramach działalności misyjnej Kościoła. Niezmienne jednak pozostaną fundamentalne wartości, motywacje i cele: w oparciu o chrześcijańską empatię i szacunek do potrzebującego trzeba traktować go jako swojego bliźniego, udzielając mu profesjonalnej pomocy i wsparcia.

PEŁZAKOWICA JELITOWA – JAKIE OBJAWY POWINNY NAS NIEPOKOIĆ W CZASIE POBYTU I PO POWROCIE ZE STREF ENDEMICZNEGO WYSTĘPOWANIA *ENTAMOEBE HISTOLYTICA*? JAK ZAPOBIEGAĆ I LECZYĆ CHOROBE?

LEK. MED. SZYMON NOWAK

Pracownia Medycyny Podróży, Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Pełzakowica (ameboza) jest chorobą inwazyjną przewodu pokarmowego człowieka wywoływaną przez pierwotniaka *Entamoeba histolytica*. Do zarażenia człowieka dochodzi przez spożycie nieumytych, niepoddanych obróbce cieplnej owoców i warzyw, wody i kostek lodu skażonych formą inwazyjną pierwotniaka – cystą. Z cysty w przewodzie pokarmowym człowieka rozwija się forma dojrzała pierwotniaka - trofozoit. Postaci dojrzałe powodują inwazję ściany jelita grubego wywołując nadżerki i owrzodzenia, stąd objawem charakterystycznym jelitowej postaci pełzakowicy jest biegunka (co najmniej trzy lub więcej, luźne wypróżnienia w ciągu doby) z domieszką świeżej krwi. Uszkodzenia błony śluzowej jelita grubego stanowią drogę do przenikania postaci dojrzałych pierwotniaka do krążenia wrotnego i występowania późnych powikłań, głównie ropni pełzakowych wątroby, rzadziej ropni pełzakowych ośrodkowego układu nerwowego.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia z 2017 roku zarażenie *Entamoeba histolytica* dotyka co najmniej 500 milionów ludzi na świecie, z czego około 50 milio-

nów to przypadki objawowe. Pełzakowica jelitowa i jej powikłania pozajelitowe mogą stanowić przyczynę nawet 100 000 zgonów rocznie. W aspekcie chorób tropikalnych *sensu stricto* ameboza jest postrzegana jako trzecia co do częstości przyczyna zgonów, zaraz po malarii i schistosomozie.

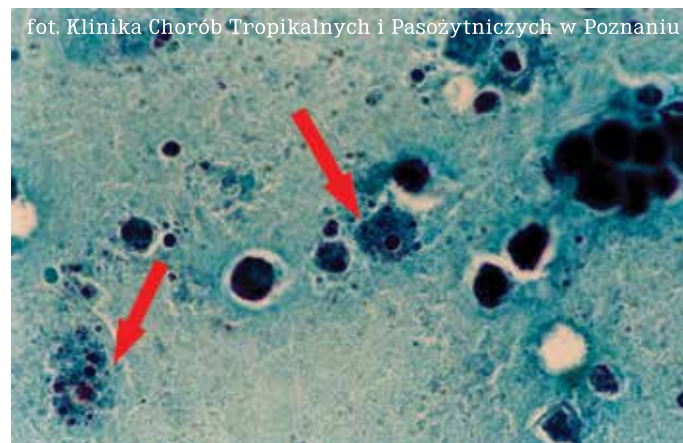
Ameboza jest chorobą charakterystyczną dla strefy międzyzwrotnikowej i subtropikalnej. Należy pamiętać jednak, że również basen Morza Śródziemnego należy do strefy endemicznego występowania pełzakowicy. Tak więc u pacjentów wracających z południowych regionów Włoch, Hiszpanii, Portugalii, Grecji, Chorwacji, Turcji, Tunezji, Maroka, Egiptu powinniśmy brać pod uwagę zarażenie pełzakiem czerwonej w rozpoznaniu różnicowym pacjentów zgłaszających krwistą biegunkę.

Kliniczne manifestacje pełzakowicy można podzielić na pełzakowe zapalenie jelita grubego, pozajelitowe powikłania pełzakowicy i bezobjawową kolonizację jelita grubego przez cysty *Entamoeba histolytica*, które trudno różnicować z niepatogennymi pełzakami takimi jak *Entamoeba dispar*/*Entamoeba moshkovskii*/*Entamoeba coli*. Większość przypadków pełzakowicy jelitowej to bezobjawowe nosicielstwo cyst (80-90% zarażeń) jednego z pełzaków z rodzaju *Entamoeba* bez jakichkolwiek objawów klinicznych. Drugą manifestacją kliniczną jest pełzakowe zapalenie jelita grubego przebiegające w postaci krwistej biegunki, gdzie w badaniach diagnostycznych (koproskopia) można potwierdzić obecność charakterystycznych trofozoitów dla *Entamoeba histolytica* (Fot. 1). Postać objawowa przy typowych wynikach badań kału, stwierdzających obecność trofozoitów *E. histolytica* nie stanowi problemu diagnostycznego. Należy pamiętać, że krwista biegunka jest dla lekarza zawsze niepokojącym objawem. W rozpoznaniu różnicowym trzeba brać również pod uwagę takie jednostki chorobowe jak nowotwory jelita grubego czy nieswoiste zapalenia jelit, wrzodziejące zapalenie jelita grubego czy zakażenia bakteriami jak enteropatogenne szczepy *E. coli*, czy bakteriami z rodzaju *Shigella*. Odwrotnie nosicielstwo cyst, które trudno zróżnicować w mikroskopii świetlnej między patogennym pełzakiem czerwonej, a innymi niepatogennymi pierwotniakami mogącymi kolonizować jelito grube stanowi problem terapeutyczno-diagnostyczny. Pozajelitowe powikłania objawowych przypadków zarażenia *E. histolytica* wymaga współpracy chirurga, który przeprowadzi drenaż ropni najczęściej lokalizujących się w wątrobie. Konieczne jest również wdrożenie odpowiednich leków przeciwpierwotniakowych.

Leczenie pełzakowicy zależy od postaci klinicznej. Objawową pełzakowicę przebiegającą z krwistą biegunką leczymy lekami z grupy nitroimidazoli, głównie dużymi dawkami metronidazolu. Bezobjawowe nosicielstwo cyst wymaga zastosowania parmomycyny, leku, który wpływa na eradykację cyst. Jest to konieczne, ze względów epidemiologicznych ponieważ osoba skolonizowana cystami *Entamoeba histolytica/dispar* stanowi zagrożenie dla osób ze swojego otoczenia. Z drugiej strony nosicielstwo

cyst *Entamoeba histolytica*, przy potencjalnym spadku odporności zarażonego pacjenta może przejść w pełnoobjawową chorobę.

Profilaktyka zachorowania na pełzakowicę to przestrzeganie zasad higieny tropikalnej, spożywanie umytych owoców i warzyw, ich obieranie oraz odpowiednia obróbka cieplna. Należy pamiętać też o piciu wody z pewnych źródeł, najlepiej gotowanej lub butelkowanej.



Dojrzałe trofozoity *E. histolytica* w badaniu koproskopowym kału.

KULTUROWE I RELIGIJNE ASPEKTY OPIEKI NAD PACJENTEM-MUZUŁMANINEM

IMAM DR YOUSSEF CHADID

Liga Muzułmańska w Rzeczypospolitej Polskiej,
Muzułmańskie Centrum Kulturalno-Oświatowe
w Poznaniu

Wiara odgrywa dużą rolę i ma pozytywny wpływ na psychikę wierzącego pacjenta-muzułmanina. Stąd też instytucje służby zdrowia powinny w leczeniu takiego pacjenta wziąć pod uwagę aspekt religijny.

Zgodnie z naukami Islamu wszystkie aspekty życia (od chwili narodzin aż do śmierci), w tym również zdrowie, są wolą Boga, który decyduje, jak ma wyglądać nasze życie. Muzułmanin dziękuje Bogu za zdrowie, a kiedy pojawi się choroba, stara się cierpliwie znosić jej trudy. Ta cierpliwość jest wynagradzana przez Boga, stąd wielu muzułmanów określić można jako osoby cierpliwe w obliczu dolegliwości wynikających z choroby. Z uwagi na fakt, iż w Polsce zamieszkują przedstawiciele tej religii – rodowici Polacy jak i cudzoziemcy z różnych krajów, którzy stają się pacjentami przychodni czy szpitali, należałoby do nich podchodzić w specyficzny sposób.

Jednym z obowiązków, jakie nakłada na wyznawców Islam jest odwiedzanie osób chorych. Stąd też często pojawiają się oni w szpitalach, aby odwiedzić pacjenta-muzułmanina. Ponadto, osoby chore nie zawsze biegle posługują się językiem polskim i wskazane byłoby, aby

w placówce opieki zdrowotnej obecny był tłumacz, jak i psycholog, gdyż chory trafia często w obce mu kulturowo środowisko.

Islam w swoich naukach jednakowo traktuje kobietę i mężczyznę, jednak w niektórych krajach muzułmańskich kobieta z uwagi na uwarunkowania kulturowe jest postrzegana jako osoba potrzebująca wsparcia ze strony mężczyzny (chodzi o męża, brata, ojca) i niemogąca poruszać się swobodnie bez ich asysty. Z uwagi na naleciałości kulturowe można czasem zaobserwować w szpitalach, że niektóre pacjentki-muzułmanki czują się „nieporadne” i oczekują pomocy ze strony rodziny, w zakresie sposobów leczenia czy ogólnego komfortu przebywania ich w szpitalu.

Problemami, z jakimi może zmierzyć się polska służba zdrowia jest również dieta pacjenta-muzułmanina, która powinna być zgodna z nakazami Boga. Przede wszystkim chodzi tutaj o wyeliminowanie z diety wieprzowiny i jej produktów ubocznych czy chęć przestrzegania ze strony pacjenta-muzułmanina miesięcznego postu (w okresie miesiąca *Ramadan*). Równie ważne są takie aspekty jak możliwość obchodzenia świąt muzułmańskich oraz wykonywanie modlitw wierzącego (5 razy w ciągu doby).

PROFILAKTYKA, DIAGNOSTYKA I TERAPIA DURU BRZUSZNEGO

DR N. MED. KAROLINA MRÓWKA

Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych
i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dur brzuszny, to choroba bakteryjna wywoływana przez *Salmonella enterica* serotyp *Typhi* należącą do rodziny Gram ujemnych *Enterobacteriaceae*. Człowiek zakaża się w wyniku spożycia wody i pokarmów skażonych bakteriami, które dostają się do środowiska zewnętrznego z kałem osób chorych lub bezobjawowych nosicieli. Rejonami endemicznego występowania choroby są kraje rozwijające się Azji Południowej-Wschodniej (głównie Indie, Bangladesz, Pakistan), a także część obszarów Afryki i Karaibów, gdzie rocznie notuje się około 260 milionów zachorowań.

Objawy duru brzusznego pojawiają się po 6-30 dniach od zakażenia. Początkowo są to nieznacznie nasilone dolegliwości grypopodobne w postaci osłabienia ogólnego, bólów mięśniowo-stawowych i bólów głowy, a także suchego kaszlu i bólu gardła. W późniejszych etapach infekcji dochodzi do gwałtownego wzrostu ciepłoty ciała do 38°C-40°C, któremu towarzyszą biegunka, zaparcia, bóle brzucha, nudności lub wymioty oraz hepatosplenomegalia. Typową skórą manifestacją zakażenia *S. typhi* jest tzw. różyczka durowa czyli różowa plamisto-grudkowa wysypka na tułowie. U 10-30% pacjentów rozwijają się ciężkie powikłania w postaci krwawień z przewodu

pokarmowego, perforacji jelit i encefalopatii, które są bezpośrednią przyczyną zgonu.

Ostateczne potwierdzenie duru brzusznego ustala się na podstawie dodatnich wyników badania bakteriologicznego krwi, szpiku kostnego, kału lub moczu potwierdzającego obecność *Salmonella typhi*. Szeroko stosowany w krajach tropikalnych odczyn Widala ma ograniczoną skuteczność diagnostyczną, gdyż obecność przeciwciał przeciwbakteryjnych może świadczyć nie tylko o aktywnym zakażeniu, lecz także o przebytej infekcji.

Lekiem z wyboru w leczeniu duru brzusznego są antybiotyki z grupy fluorochinolonów, cefalosporyn III generacji lub makrolidy, które skracają czas trwania dolegliwości i zmniejszają ryzyko zgonu.

W zapobieganiu zachorowaniu na dur brzuszny istotną rolę odgrywają szczepienia ochronne oraz przestrzeganie zasad higieny tropikalnej, w tym głównie częstego mycia rąk oraz unikania spożywania żywności i wody z niepewnego źródła podczas pobytu w krajach egzotycznych.

GDY OBCOWANIE Z PRZYRODĄ GENERUJE PROBLEMY. WYBRANE ZAGROŻENIA ZE STRONY FAUNY I FLORY

PROF. DR HAB. INŻ. DARIUSZ J. GWIAZDOWICZ

Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

Bez względu na to czy mamy do czynienia z pracą czy wypoczynkiem na łonie przyrody, powinniśmy być świadomi zagrożeń jakie na nas czyhają. Grupa zagrożeń jest uzależniona od regionu geograficznego (np. regiony polarne, regiony tropikalne), od środowiska w jakim przebywamy (np. las, góry, woda), a także od pory roku. W tym kontekście najczęściej zagrożenia dzielimy na abiotyczne (np. wysokie i niskie temperatury, obfite opady atmosferyczne, silne wiatry) i biotyczne (np. pasożyty, drapieżniki). W zależności od tego gdzie jesteśmy, mamy do czynienia z innym krajobrazem, innymi gatunkami, innymi czynnikami stanowiącymi zagrożenie i stąd po-



fot. Dariusz J. Gwiazdowicz

Bogactwo życia w tropikach przybiera różne formy.

dejmowane są inne środki profilaktyczne. Na przykład podczas eksploracji terenów polarnych lub wysokogórskich istotną rolę odgrywa odpowiednia odzież, sprzęt specjalistyczny (np. raki) oraz środki łączności.

W strefie okołorównikowej spotyka się niezmiernie bogate środowisko lasów tropikalnych. Największym problemem dla osób postronnych przebywających w takich lasach są kłopoty z orientacją w terenie oraz łatwość pobłądzenia. Ogrom powierzchni sprawia, że nawet idąc wiele godzin, a nawet dni można nie dotrzeć do osady ludzkiej. Skazani sami na siebie, nie mając często wiedzy i doświadczenia w zdobywaniu pożywienia w takich warunkach, możemy narazić się na poważne kłopoty.

Bogactwo roślin spotykanych w regionach tropikalnych jest fascynujące dla przyrodnika, ale dla nowicjusza może generować problemy. Nie chodzi tylko i wyłącznie o bezpośredni kontakt z kolcami czy cierniami powodującymi trudno gojące się rany, ale także brak znajomości roślin trujących.

Bezpośrednie zagrożenie ze strony dużych drapieżników jest ograniczone tylko i wyłącznie do miejsc ich występowania. Tak więc w niektórych regionach Azji można się natknąć na tygrysa, ale kłopoty w lasach tropikalnych generują głównie bezkręgowce. Świat tych drobnych zwierząt nie jest do końca poznany, a co roku opisywane są dziesiątki nowych gatunków. Na szczęście wiedza z zakresu organizmów np. pasożytujących czy wektorów groźnych chorób, jest już stosunkowo duża. Dotyczy to zwłaszcza pasożytów przewodu pokarmowego.

Do grup bezkręgowców generujących duże zagrożenia zalicza się między innymi przedstawicieli stawonogów. Z tej grupy warto zwrócić uwagę na pajęczaki (*Arachnida*), do których zalicza się pająki (*Aranea*), skorpiony (*Scorpiones*) i roztocze (*Acarina*). Drugą grupą stawonogów sprawiających problemy zdrowotne są owady, głównie muchówki (*Diptera*). Niebezpieczne gatunki zazwyczaj dzieli się na dwie grupy stanowiące zagrożenie bezpośrednie lub generujące zagrożenie pośrednio czyli wektory chorób. W tym kontekście do pierwszej grupy mogą być zaliczone na przykład skorpiony czy osy, do drugiej z kolei kleszcze czy komary.

Najprostszym sposobem unikania niebezpieczeństw jest unikanie bezpośredniego kontaktu z tymi zwierzętami. Nie jest to jednak łatwe, gdyż ich zdolności dyspersji (rozprzestrzeniania) są ogromne, z kolei nasze możliwości ochrony niestety ograniczone. Należy jednak podjąć wszelkie środki profilaktyczne, aby możliwość bezpośredniego kontaktu ograniczyć do minimum. Dlatego penetrując tereny stanowiące największe zagrożenia jak na przykład lasy tropikalne, koniecznym jest odpowiedni strój, obejmujący koszulę z długim rękawem, spodnie z długimi nogawkami oraz wysokie kalosze (buty gumowe). W warunkach dużej wilgotności powietrza, a takie panują w lasach tropikalnych, mało skuteczne mogą okazać repelenty w płynie czy sprayu, gdyż szybko

spluwają z powierzchni skóry (odsłoniętych części ciała). Zaleca się penetrowanie wierzchniej warstwy gleby (np. suchych liści) za pomocą maczety, a nie dłońmi. Ważną rolę odgrywają moskitiery zwłaszcza w nocy, gdy są rozwieszone nad łóżkiem lub hamakiem. Istotną rolę odgrywa codzienna higiena, jednak czasami pojawiają się kłopoty z możliwością częstych kąpieli, zwłaszcza podczas kilkudniowej pracy terenowej. Należy wtedy w miarę możliwości dokonywać oględzin swojego ciała, aby jak najszybciej odnotować na przykład ślady ukąszenia. Ponadto warto zwrócić uwagę na środki dezynfekujące, którymi można regularnie nacierać miejsca zaatakowane przez bezkręgowce. Pracujący w tropikach naukowcy najczęściej używają w tym celu wysokoprocentowego alkoholu, który zazwyczaj służy do zabezpieczania zebranych zbiorów.

Trzeba być świadomym istniejących zagrożeń, gdyż wtedy łatwiej można im zapobiegać. Oczywiście nie jest się w stanie wyeliminować wszystkich czynników generujących problemy zdrowotne, ale można znacząco obniżyć prawdopodobieństwo ich pojawienia się.

GINEKOLOGIA W TROPIKU. WYBRANE PRZYPADKI KLINICZNE Z PRAKTYKI W REPUBLICE MADAGASKARU

DR N. MED. ANNA PACZKOWSKA

Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*

W kwietniu i październiku 2018 roku, dwukrotnie, wybrałam się z misją medyczną na Madagaskar. Jako że głównym organizatorem mojego pobytu była Fundacja *Ankizy Gasy* - Dzieci Madagaskaru, moja aktywność lekarska była inna niż w przypadku pobytów stacjonarnych, organizowanych przez Fundację Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*. Oprócz badań ginekologicznych, prowadziłam też edukację (w tym - „kino w buszu”) oraz akcję „Staniki dla Afryki”, określoną przez misjonarza, księdza Marka Ochłaka OMI jako „przywracanie godności czarnoskórym kobietom”.

W stolicy, Antananarywie, badałam ginekologicznie dziewczęta - sieroty i ofiary przemocy, pozostające pod opieką malgaskiej opieki społecznej Akany Avoko, Ambohidratrimo i Faravohitra. Głównym problemem były gwałty i ciężkie nieletnich. Moim zadaniem było ograniczenie późnych następstw gwałtu, a zwłaszcza chorób przenoszonych drogą płciową. Wybierając się na Madagaskar, warto zgłębić ten problem, zwłaszcza w zakresie możliwości szybkiej diagnostyki (testy) i leczenia. Miałam problem ze zróznicowaniem nietypowo wyglądających kłykcin sromu - czy wynikają one z zakażenia wirusem HPV, czy kiłą.

Głównym miejscem docelowym moich wypraw było Berrevo, miasteczko nad rzeką Tsiribihina, gdzie z racji bra-

ku drogi można dopłynąć tylko rzeką. W Berevo znajduje się misja katolicka, prowadzona przez siostrę Iwonę Korniluk FMM i księdza Henryka Kaszubę MS. Oprócz siostry Iwony, moją przewodniczką i tłumaczką była Patrycja Malik, Prezes Fundacji *Ankizy Gasy*.

Podstawowym wyzwaniem było zorganizowanie od podstaw gabinetu ginekologicznego w miejscowej przychodni. Wszystko przywieźliśmy z sobą. Łącznie z aparatem USG, wentylatorem, który chłodził aparat i zapasem bezpieczników. Gdy zabrakło nam żelu do USG, używałyśmy żelu do włosów. Funkcję fotela ginekologicznego pełnił stół, zbudowany wcześniej dla fizjoterapeuty. Rozłożyliśmy na nim koc, na którym pacjentka kładła własną *lambę* (chustę). Zbadałam ginekologicznie ponad 300 kobiet z plemienia *Sakalawa*. Prawie każda z nich zgłaszała dolegliwości bólowe podbrzusza. Ich przyczyną nie były jednak patologie ginekologiczne, tylko dolegliwości ze strony układu pokarmowego, moczowego i kostno-stawowego: zarobaczenie, odwodnienie i przemęczenie. Zadziwił mnie fakt, że mimo licznych porodów, prawie nie występują u nich zaburzenia statyki narządów płciowych oraz fakt, że stosują antykoncepcję, która jest bezpłatna (*Depo-Provera* w iniekcjach domięśniowych, 1x na 3 miesiące). Widziałam oczywiście poważne choroby (zaawansowane nowotwory, kiłę trzeciorzędową, trąd, gruźlicę kości). Dramatem był dla mnie fakt, że po postawieniu rozpoznania, nie miałam możliwości dalszej pomocy pacjentkom, gdyż medycyna na Madagaskarze jest odpłatna i musiałabym im dać pieniądze na leczenie. Z czasem, coraz bardziej irytował mnie fakt bezradności i bierności tych ludzi. I ich żądania, że mam im dawać, dawać i dawać. Nie ukrywam, że w tym upale bardzo przeszkadzał mi ich zapach. Każda z pacjentek przynosiła z sobą swoją osobistą dokumentację medyczną, w postaci dzienniczka (karnetu), do którego wpisywane były wszystkie konsultacje. Miałam możliwość zapoznania się z systemem pracy miejscowej położnej, obojrzemienia szpitala i przychodni. Ciężę w *buszu* prowadzi się używając centymetra krawieckiego i mierząc odległość dna macicy od spojenia łonowego. Położna w trakcie porodu zdana jest wyłącznie na siebie. Jeśli w trakcie ciąży nie wykryje groźnej patologii (np. łożyska przodu), lub poród przebiega patologicznie, to pacjentka umiera. Na Madagaskarze nie jest to niczym niezwykłym, gdyż umieralność matek przy porodzie jest 100 razy wyższa niż w Polsce. Po porodzie, położnica przez około miesiąc głównie leży, bardzo ciepło ubrana, przewiązana w pasie (na wysokości dna macicy) zwiniętą w sznurek *lambą* (profilaktyka atonii). Z leków, dostępny jest *Arthrotec* (tańszy niż w Polsce) i *Oxytocyna* (przechowywana w lodówkach na baterie solarne). Diagnostyka w Berevo bazuje na szybkich testach (na HIV, kiłę, malarię).

W drodze do Berevo, w szpitalu w mieście Antsirabe (gdzie dyrektorką jest misjonarka, siostra Małgorzata Langner FMM, miałam możliwość operowania pacjentki po urazowym porodzie w buszu. Operacja z dostępu pochwowego odbyła się bez znieczulenia, w asyście pielęgniarzy malgaskich, z którymi nie mogłam się porozumieć (ich język urzędowy to malgaski i francuski). Pacjentka została przywieziona z buszu wożem zaprzężonym w zebu, po dwóch dniach całkowitego rozwarcia. W szpitalu wykonano cięcie cesarskie, wydobyto martwe dziecko, jednak operującym chirurgom nie udało się zaopatrzyć obrażeń w pochwie (w szpitalu nie ma żadnego lekarza ginekologa). Poza tym, przez cewnik, założony do pęcherza moczowego, wypływał krwisty mocz. Nikt nie umiał mi powiedzieć, czy ten mocz był krwisty przed cięciem cesarskim, czy wynikał z powikłań w trakcie cięcia cesarskiego. Zaopatrzyłam obrażenia w pochwie, używając plastikowego wziernika Cusco. Betadina sprawdziłam, czy nie ma przetoki pęcherzowo-pochwowej (nie było innego kolorowego płynu, który można byłoby podać do pęcherza moczowego). Jakimś cudem stwierdziłam, że pacjentka urodziła przez przednie sklepienie pochwy i to zszylałam. Przez cały zabieg patrzyła na mnie, uśmiechała się i na pytanie, czy czuje się ok, odpowiadała ok. Z opowiadań siostry Małgorzaty wiem, że krótko przed tym zdarzeniem miejscowi chirurdzy wykonywali cięcie cesarskie u dziewczyny z łożyskiem przodu, która krwawiąc, 4 godziny wędrowała pieszo przez las do szpitala. Dziecka nie udało się uratować. Ją tak.

W trakcie takiej wyprawy człowiek jest zdany wyłącznie na siebie, swoje umiejętności, doświadczenie i intuicję. Musi sobie zaufać, myśleć i podjąć ryzyko. Brakowało mi znajomości chorób tropikalnych. Brakowało mi wsparcia ze strony miejscowych medyków. W trakcie wyprawy byłam proszona o konsultacje dzieci i mężczyzn. Brakowało mi szerokiej wiedzy medycznej, bo od dawna jestem mocno sprofilowana tylko na ginekologię. Niejednokrot-



fot. archiwum prywatne Anny Paczkowskiej

Badanie ciężarnej podczas pracy w Berevo.
S. Iwona objaśnia pacjentce obraz widoczny na monitorze.

nie zadawałam sobie pytanie, co ja tutaj robię, skoro nic nie umiem.

W październiku 2018 roku, do wyprawy dołączyła grupa dietetyków i żywieniowców z Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu, którzy badali dzieci, oceniali ich rozwój i wydolność oraz pobierali od nich próbki włosów (około 300 próbek). W pobranych próbkach oznaczano poziom minerałów. Oprócz wyników przewidywalnych (niedobory), zaskakującym znaleziskiem było przekroczenie norm metali ciężkich we wszystkich próbkach włosów dzieci, nawet tych z buszu.

Po mojej „przygodzie z Madagaskarem” uważam, że najbardziej sensownym sposobem pomagania w krajach trzeciego świata jest edukacja, wykształcenie kadry medycznej, która będzie pracować na miejscu. Ja już mam swoją następczynię, Oliwię, 22-letnią dziewczynę, która studiuje Położnictwo na Uniwersytecie w Antananarywie (II rok) i już mnie poinformowała, że chce się uczyć dalej.

SUDAN – 10 TYSIĘCY LAT ROZWOJU CYWILIZACJI. PRZYKŁAD HISTORYCZNEGO I KULTUROWEGO BOGACTWA AFRYKI

DR MAREK CHŁODNICKI

Muzeum Archeologiczne w Poznaniu

Położenie geograficzne Sudanu sprawiło, że od najdawniejszych czasów odgrywał on rolę korytarza, w którym krzyżowały się szlaki wymiany handlowej i kulturowej pomiędzy światem śródziemnomorskim i wnętrzem Afryki oraz Półwyspem Arabskim i Saharą. Przez tysiąclecia było to miejsce, gdzie dochodziło do spotkań różnych kultur, gdzie docierali przybysze z różnych stron świata.

Już w epoce kamienia zamieszkiwały tu ludy o rozwiniętej strukturze społecznej i wysokiej kulturze materialnej. W połowie III tysiąclecia p.n.e., na południe od 3. Katarakty Nilu uformowała się konfederacja związków plemiennych, którą Egipcjanie nazywali Kusz. W okresie swojego rozkwitu, w pierwszej połowie II tys. p.n.e., królowie Kusz władali terytorium o długości 1200 km, rozciągającym się pomiędzy 1. a 5. Kataraktą Nilu. Stolica kraju – Kerma, była miastem w pełnym tego słowa znaczeniu. Zasobne w złoto pustynie stanowiły przedmiot pożądania sąsiadów. Ok. 1500 r. p.n.e. Kerma została zdobyta i doszczętnie zniszczona przez wojska egipskie. Posuwając się dalej na południe, Egipcjanie założyli w okolicach 4. Katarakty, u stóp świętej góry Džebel Barkal, miasto Napata. Było to najbardziej na południe wysunięte miasto zamieszkałe przez Egipcjan. Gdy Egipt utracił kontrolę nad Nubią, zaczęły formować się w X wieku p.n.e. załączki większych organizacji plemiennych z lokalnymi dynastiami. Czasy panowania Egiptu pozostawiły jednak ślady w miejscowej kulturze.

Dynastia kuszycka panująca w okolicach Džebel Barkal rozpoczęła w IX wieku p.n.e. ekspansję, która doprowadziła małe królestwo do potężnej monarchii, która podporządkowała sobie Egipt panując nad tym krajem jako XXV Dynastia (716-656 p.n.e.). Nowi władcy przejawiali fascynację kulturą Egiptu, zachowując szereg nubijskich obyczajów. Królowie kuszyccy zostali wyparci z Egiptu przez Asyryjczyków, ale ich królestwo trwać będzie nadal, odcięte od świata śródziemnomorskiego przez blisko 1000 lat, nadal pielęgnując egipskie tradycje. Ciągłe nie jest do końca jasna przyczyna upadku państwa kuszyckiego ok. 350 roku n.e. Jako główny powód upatruje się najazd królestwa Axum z Etiopii.

Upadek królestwa kuszyckiego oddziela od początków chrześcijaństwa dwa wieki, o których historii wiemy stosunkowo mało. Zanika wtedy monumentalna architektura i znajomość pisma. Jedynie potężne, bogato wyposażone kurhany znajdowane wzdłuż doliny Nilu świadczą o istnieniu szeregu lokalnych ośrodków władzy. W 543 roku rozpoczął się proces chrystianizacji Sudanu, gdy władca królestwa Nobadii przyjął chrzest. Pod koniec VI wieku na terenie dzisiejszego Sudanu uformowały się trzy odrębne państwa chrześcijańskie: w Dolnej Nubii królestwo Nobadii ze stolicą w Faras graniczące od południa z królestwem Makurii ze stolicą w Starej Dongoli. Nad Błękitnym Nilem, w Soba, w pobliżu Chartumu znajdowała się stolica królestwa Alwa.

Arabowie, którzy w VII wieku zajęli Egipt, próbowali również inwazji na Nubię, podchodząc w 651 r. pod Dongolę. Zawarty traktat pokojowy o charakterze paktu o nieagresji i zarazem umowy handlowej gwarantował Nubijczykom niezależność. Przez następne wieki Makuria utrzymuje kontakty dyplomatyczne i handlowe ze światem arabskim. Ostatni władca chrześcijański opuszcza tron Makurii w 1323 roku, a władzę przejmuje po nim nubijska dynastia, która wcześniej przyjęła islam. Prawie 200 lat dłużej przetrwało na południu królestwo Alwa, zdobyte ostatecznie przez muzułmańskiego władcę królestwa Fundż w 1504 r.

Świadectwem bogactwa historii Sudanu dają liczne zabytki. Najstarsze to liczące setki tysięcy lat narzędzia kamienne. W młodszej epoce kamienia pojawiają się pierwsze insygnia władzy, bogata biżuteria i obiekty sztuki. Wraz z powstaniem królestwa Kermy powstaje pierwsza monumentalna architektura. Spotkać możemy świątynie egipskie oraz najliczniejsze na świecie piramidy kryjące groby władców kuszyckich. W kościołach i klasztorach chrześcijańskich zachowało się wspaniałe malarstwo ścienne. Krajobraz kulturowy Sudanu dopełniają meczety i gubby – groby szejchów. Bogactwem Sudanu są również ryty naskalne tworzone przez tysiące lat przez wędrujących przez pustynie nomadów. ○

Kenia oczami wolontariuszki

Wywiad z Marią Kubalą-Rybicką

ANNA MICHAŁKIEWICZ

Studenckie Koło Naukowe Położnictwa,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

A.M. Jakie jest Twoje doświadczenie z wolontariatem?

M.K. W 2018 roku razem z dwiema wolontariuszkami Fundacji Redemptoris Missio miałam możliwość wyjazdu na wolontariat. Dokładnie od 12 września do 20 grudnia. Łącznie 100 dni pełnych wrażeń. Byłyśmy w Kenii około 200 km od Nairobi w małej wsi, która nazywa się Kithatu. Znajduje się tam ośrodek zdrowia prowadzony przez polską siostrę zakonną ze Zgromadzenia Sióstr Świętej Rodziny. Ośrodek był podzielony na przychodnię ogólną, 3 oddziały szpitalne, przychodnię dla kobiet i dzieci oraz oddział porodowy, gdzie pacjentki - często na motorach - przyjeżdżały do porodu. Dodatkowo na terenie ośrodka działa ufundowany przez Fundację Redemptoris Missio „Dom z Marzeń”, czyli dom dziecka dla dzieci porzuconych i z biednych rodzin, w którym otrzymują dużo rodzinnego ciepła, możliwość nauki oraz pełne wyżywienie.

A.M. Skąd pomysł na wolontariat?

M.K. Ogólnie o wolontariacie myślałam już od bardzo dawna. Jeszcze na studiach zaciekał mnie temat wyjazdów. Ale niestety nie było okazji. Studia, nauka, dodatkowo na drugim roku położnictwa zaczęłam zarządzać. Doszła do tego jeszcze praca i tak zleciało. Na porodówce pracowała koleżanka, która wyjeżdżała na wolontariat z Redemptoris Missio i podczas rozmowy zapytałam ją, czy też mogłabym spróbować... Odpowiedziała: „No jasne. Wystarczy chcieć...”. Zaczęłam więc działać w Fundacji, pomagać i w końcu wyjechałam. To tak w skrócie, bo praca w Fundacji trwała kilka dobrych lat.

A.M. Jak wyglądają przygotowania do wyjazdu? O czym trzeba pamiętać, żeby wolontariat przebiegał bezpiecznie?

M.K. Przygotowań jest dużo. Rok 2018 zleciał mi naprawdę bardzo szybko, głównie na przygotowaniach. Po pierwsze - szkolenia z wykonywania USG pacjentkom ciężarnym. To było jedno z moich zadań podczas wolontariatu. Dodatkowo szkolenia z Jednostką Wojskową GROM dotyczące sytuacji kryzysowych - jak się zachować i co robić. Poza tym szkolenie z zakresu specyfiki pracy w krajach tropikalnych. W tym czasie pracowałam też na sali porodowej, żeby odświeżyć sobie opiekę nad kobietą rodzącą, ponieważ na co dzień pracuję na oddziale położniczym. Dodatkowo oczywiście szczepienia. Żeby wyjazd był bezpieczny, trzeba pamiętać o wcześniejszej profilaktyce. Ja zaszczepiłam się przeciwko WZW A, durowi brzusznemu, żółtej gorączce, cholerze i tężcowi. Trwało to kilka miesięcy z racji tego, że niektóre szczepienia wymagały kilku dawek.

Marika Kubala

jest położną. Od prawie 10 lat pracuje w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. O swoim wolontariacie opowiedziała z wielkim entuzjazmem i zaangażowaniem. W niniejszym wywiadzie podzieliła się swoimi wrażeniami i przeżyciami związanymi z wyjazdem. Jej działalność polegała nie tylko na pomocy medycznej, ale również na edukacji lokalnej ludności. Choć czasem bywało ciężko, sprostowała wszystkim wyzwaniom. Marika przekonuje, że pomagać można zawsze i wszędzie - wystarczy się rozejrzeć, otworzyć oczy i serce dla ludzi.

A.M. Opowiedz o Twoich zadaniach podczas pobytu w Kenii. Czy zdarzały się sytuacje, w których dochodziłaś do granic swoich kompetencji?

M.K. Do Kithatu pojechałam zajmować się kobietami w ciąży, rodzącymi i noworodkami. Miałyśmy również nauczać pacjentki - prowadzić szkołę rodzenia. Edukować personel z obsługi USG i KTG. Byłam jednak gotowa do niesienia pomocy w różnych aspektach. Nie ograniczałam się tylko do położnictwa i ginekologii. W ośrodku współpracowaliśmy głównie z siostrą zakonną, która jest pielęgniarką. Udało nam się zorganizować medical camp dla ciężarnych.



fot. archiwum Fundacji Redemptoris Missio

Zorganizowana akcja szczepienia dzieci.



fot. archiwum Fundacji Redemptoris Missio

Przyjmowanie porodów jest źródłem szczerej radości.

Dwa dni holistycznej opieki nad pacjentką, gdzie każda miała wykonane USG, KTG, pomiar ciśnienia, wagi, badania krwi i moczu oraz dokładnie przeprowadzony wywiad. Zjawiało się około 30 kobiet. Dzięki temu przeprowadziliśmy edukację dotyczącą przebiegu ciąży i żywienia. Dla wielu z nich był to pierwszy raz, kiedy mogły skorzystać z opieki perinatalnej. Każdy dzień był nowym doświadczeniem. Pacjenci zjawiali się z różnymi dolegliwościami, chorobami, problemami, np. cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, padaczką, ospą, ranami ciętymi, ugryzieniami skorpionów i pcheł piaskowych, odwodnieniem, niedożywieniem i malarią. Często też zdarzały się przeziębienia, bóle brzucha. Problemy gastryczne były spowodowane głównie *Helicobacter pylori*, co było skutkiem braku dostępu do czystej wody. Wodę w Kithatu pozyskuje się przeróżnych miejsc, z wielkich beczek, z węży, które są podłączane do nieznanymi źródeł. Ludzie częstowali nas tą wodą podczas odwiedzania okolicznych wiossek. Natomiast pchły piaskowe często wyciągałyśmy u dzieci, które biegały boso i siadały na ziemi. Niestety zabiegi te były dla nich dość bolesne.

A.M. Czyli bardzo często trzeba po prostu dostosować się do sytuacji?

M.K. Oczywiście, zdecydowanie trzeba się dostosować do danych problemów. Zdarzyło nam się zżyć nos. Pan pokłócił się z jakimś znajomym, maczeta poszła w ruch i prawie cały nos został odcięty. Trzeba było jakoś sobie poradzić i pomóc panu.

A.M. Jak wygląda opieka medyczna w Kenii? Co sprawia największe trudności podczas pracy z pacjentami?

M.K. Opieka medyczna zdecydowanie się różni od tej, którą znamy w Europie. Po pierwsze, jeżeli chodzi o dostępność urządzeń takich jak USG, KTG czy sprzęt medyczny, np. rękawiczki, płyny dezynfekujące. Standardy postępowania również są inne. Należy je dostosować do lokalnej kultury i potrzeb pacjentów. Po połączeniu naszej wiedzy i wiedzy miejscowych pielęgniarek, wspólnie decydowaliśmy o sposobie leczenia. Miałam takie momenty, kiedy tęskniłam za swoim szpitalem w Polsce. Głównie za sprzętem, którego w Polsce jest pod dostatkiem. Poza tym, pracując w szpitalu jestem członkiem zespołu, nie ma problemu z możliwością konsultacji, np. z anestezjologiem czy chirurgiem, natomiast w Kithatu wszystkie te role pełnią pielęgniarki.

A.M. Co Twoim zdaniem wymaga największego zaangażowania i pracy podczas wolontariatu w krajach Globalnego Południa?

M.K. Przede wszystkim edukacja. Zarówno pracowników, jak i pacjentów. Sprzęt jest bardzo potrzebny - natomiast jeżeli nie nauczymy, jak i kiedy go używać, nie przyniesie to żadnych korzyści. Ważni też są wolontariusze, misjonarze, którzy pomagają, dają nowe możliwości działania i leczenia. Pracownicy wykazują dużo chęci do nauki, są zaangażowani w ćwiczenia praktyczne i chcą doskonalić

swoje umiejętności. Wszystkie te rzeczy, w połączeniu z uświadamianiem społeczności, powinny dobrze ze sobą współgrać, żeby przynieść jak największą realnych korzyści.

A.M. Zdarzały się sytuacje, które były szczególnie trudne i utkwiły Ci w pamięci?

M.K. Miałyśmy raz taką sytuację na sali porodowej, która wymagała wysłania pacjentki do szpitala. Poród trwał już długo, nie widać było postępu i zdecydowałyśmy o przetransportowaniu rodzącej do szpitala, gdzie będzie można wykonać jej cięcie cesarskie. Wszystko skończyło się dobrze zarówno dla mamy, jak i dla dziecka. Druga taka sytuacja, która utkwiła mi w pamięci, miała miejsce już po porodzie. Pacjentka urodziła bez problemu, to był już jej szósty poród. Wszystko poszło świetnie. Mama i dziecko bardzo dobrze się czuli. Niestety po dwóch godzinach od porodu kobieta zaczęła krwawić. Trzeba było szybko reagować i przetransportować pacjentkę do szpitala. Droga do szpitala była fatalna. W czasie pory deszczowej, jeżeli zaleje drogę, to nie ma szans żeby przejechać. Dodatkowo było ciemno, bardzo ciemno. Jechałyśmy karetką i na każdym wyboju podskakiwałyśmy. Czasem miałam wrażenie, że lewituję. Pacjentkę trzeba było asekurować. Dopiero po 10 minutach wyjechałyśmy na główną drogę, gdzie podróż była już łatwiejsza. Po przyjeździe pacjentką zajęli się pracownicy szpitala. Wykonali łyżeczkowanie macicy i wszystko skończyło się dobrze.

A.M. To niesamowite, że przetransportowanie pacjenta może być aż takim wyzwaniem!

M.K. Tak, trzeba sobie jakoś poradzić, nawet w niesprzyjających warunkach. Przypomniała mi się jeszcze jedna historia. Do przychodni przybyła kobieta ze spuchniętym, zadrapanym okiem. Nie wyglądało to dobrze. Jako położnej ciężko było mi pomóc i postawić diagnozę. Siostra-pielęgniarka zdiagnozowała węglik skórny, trochę się przeraziłyśmy, bo u nas węglik kojarzy się raczej z bronią biologiczną. Szybko zostały-



fot. archiwum Fundacji Redemptoris Missio

Najmłodsi pacjenci wymagają szczególnej troski.

śmy jednak poinformowane, że dość często zdarzają się takie zakażenia, ponieważ można zakazić się od zwierząt, pracując na farmie.

A.M. Czy lokalna ludność ma jakieś obawy w stosunku do osób przyjeżdżających na wolontariat?

M.K. Lokalna ludność jest bardzo miła, otwarta. Robiliśmy duże wrażenie, mówili na nas *muzungu*, czyli biali człowiek. Bardzo podobały im się nasze włosy, lubili je dotykać, tak samo skórę. Dzieci nas podszczypywały, sprawdzały, czy czujemy ból. Byli bardzo ciekawi gdzie jest Polska, jaki mamy ustrój polityczny i jaka jest nasza kultura. W ramach wdzięczności za udzieloną pomoc przynosili nam różne owoce i skromne podarki. Byli bardzo mili i sympatyczni. Zawsze jak kogoś spotykasz musisz się z nim przywitać. Jest to duża różnica w porównaniu do Polski, gdzie ludzie bardzo często mają klapki na oczach i wpatrzeni w telefony nie zauważają nawet swoich przyjaciół. W Kithatu wygląda to zupełnie inaczej.

A.M. Jakie są Twoje najmilejsze wspomnienia z wyjazdu? Jakie emocje budzą się w Tobie kiedy wspominasz wolontariat w Kenii?

M.K. Emocje są nadal żywe, mimo tego, że minęły już dwa lata. Mam wrażenie, że dopiero stamtąd wróciłam i nadal jestem bardzo podekscytowana tym, że mogłam tam być i pomagać. Miało to na mnie ogromny wpływ. Zdobyłam dużo doświadczenia i wiele się nauczyłam. Jestem za-

chwycona ludźmi, których mogłam poznać i którzy chętnie dzielili się ze mną swoją kulturą. Najmilsze co mnie spotkało to wdzięczność ludzi, ich przychylność i radość z otrzymanej pomocy. Dzięki temu czułam się potrzebna.

A.M. Czy w takim razie planujesz wrócić do Afryki?

M.K. Tak, chciałabym jeszcze raz wyjechać na wolontariat, może nawet uda mi się to w tym roku. Nie ukrywam, że kusi mnie powrót do Kithatu. Chciałabym zobaczyć, czy nasza praca przyniosła jakieś zmiany. Cały czas jestem w kontakcie z Siostrą. Z dobrych wieści - utwardziła drogę, więc transportowanie pacjentów do szpitala jest łatwiejsze. W planowaniu wolontariatu, najważniejsze jest, aby dowiedzieć się, gdzie najbardziej potrzebna jest pomoc.

A.M. Czy każdy może zostać wolontariuszem i wyjechać do Afryki lub Azji?

M.K. Uważam, że po pierwsze trzeba chcieć. Jeżeli faktycznie zależy Ci na niesieniu pomocy, na edukowaniu, na dawaniu czegoś od siebie, to jesteś dobrym kandydatem na wolontariusza. Po drugie trzeba być świadomym, że wolontariat w krajach globalnego Południa bywa trudny i trzeba się do niego bardzo dobrze przygotować. Wyjazdy to nie tylko możliwość zobaczenia nowego, ciekawego miejsca, ale przede wszystkim ogrom ciężkiej pracy.

A.M. Bardzo się cieszę że mogłam z Tobą porozmawiać. Mam nadzieję, że ten wywiad zainspiruje ludzi, bo niewątpliwie pokazuje wiele korzyści płynących z pracy wolontariusza! ○



fot. Danuta Witkowska

Uśmiech bywa najwspanialszą formą wdzięczności.

Magia dobrego dotyku

DR ZOFIA KONOPIELKO¹, PROF. DR HAB. JERZY T. MARCINKOWSKI²

¹Instytut Pomnik Zdrowia Dziecka w Warszawie

²Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego

W czasie trwającej pandemii COVID-19 – gdy są ograniczane kontakty, a ludzie chowają się za maskami, kombinami i rękawiczkami – omawianie znaczenia dotyku może wydawać się nie na czasie. Jednak – jak pokazuje wielka historia – wszystkie pandemie kiedyś się kończą, a ludzie z wielką siłą i radością wracają do zwykłego życia bez ograniczeń. Tak będzie niebawem – wówczas będzie można w pełni spełniać odwieczną potrzebę człowieka, która ma moc wpływania na jego zdrowie psychiczne i fizyczne. Jest to potrzeba dotyku, przytulenia i bliskości.

Najstarszy ze zmysłów

Współczesny fiński profesor architektury Juhani Pallasmaa (1936-) zauważa, że „Wszystkie zmysły, ze wzrokiem włącznie, mogą być postrzegane jako przedłużenia zmysłu dotyku, jako specjalizacje skóry. Definiują one interfejs pomiędzy skórą i środowiskiem: pomiędzy nieprzejrzystym wnętrzem ciała i światem zewnętrznym”¹.

Jakże w tym aspekcie są aktualne słowa starożytnych, jak np. Arystotelesa żyjącego w latach 384-322 p.n.e., który w dziele „Co czuje człowiek, gdy nic nie czuje?” podaje, że spośród innych narządów zmysłów dotyk odgrywa największą rolę w życiu człowieka.

Dotyk współ z narządami motorycznymi umożliwia odbieranie sygnałów ze środowiska. Dzięki znacznej powierzchni skóry (od 1,5 do 2 m²) oraz 70 mln receptorom odpowiadającym za odczucie ucisku (mechanoreceptory), ciepła, zimna (termoreceptory) i bólu (nocyceptory) można się kontaktować z przedmiotami, unikając – na przykład – urazów czy oparzeń. Możliwa jednak przede wszystkim jest komunikacja z drugą osobą czy choćby ukochanym zwierzęciem, co dostarcza wielu pozytywnych doznań i – jak udowodniono – obrazuje się w naszym mózgu².

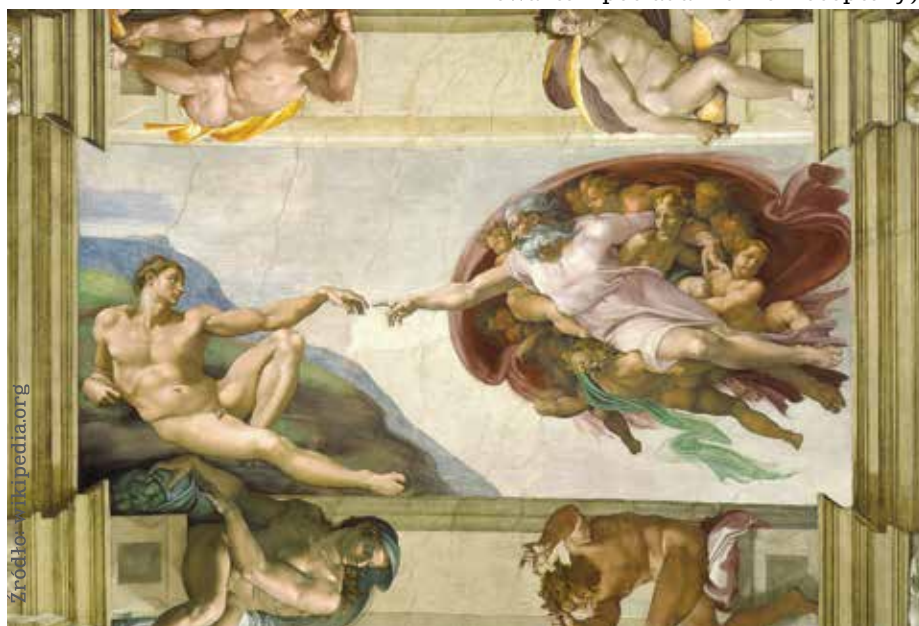
Najbardziej wrażliwymi okolicami na bodźce są usta, język (błona śluzowa też posiada liczne receptory),

twarz, stopy, dłonie i genitalia. Doznania wynikające z dotykania tych stref są nie tylko silniejsze, ale też bardziej różnorodne³.

W sensie ewolucyjnym i ontogenetycznym⁴ dotyk jest zmysłem najstarszym. Już jednokomórkowa ameba nieposiadająca narządów wzroku i słuchu reaguje na dotyk. Dotyk jest pierwszym zmysłem, który rozwija się w życiu łonowym człowieka. Płody z niewykształconymi jeszcze oczami i uszami reagują na dotyk, poczynając od 5 lub najpóźniej 8 tygodnia rozwoju. Podczas badania USG można zauważyć u dziecka żyjącego w łonie matki charakterystyczne ssanie kciuka, dotykanie pępowniny, łóżyska i głaskanie się po twarzy. Według naukowców dotykanie tych okolic świadczy, że najwrażliwsze na dotyk u tak młodego płodu są okolice warg, nosa i dłoni.

Natalie Angier – amerykańska pisarka, dziennikarka naukowa dziennika „New York Times” – w słynnej książce „Kobieta. Geografia intymna” określa zmysł dotyku jako „matkę wszystkich zmysłów”⁵. Dowodzi, że funkcje pozostałych zmysłów są uruchamiane poprzez dotyk, a jako przykłady podaje fakty, że fale dźwiękowe dotykają błony bębenkowej i następuje ciąg dalszy przekazywania bodźca słuchowego, fale świetlne – siatkówki na dnie oka i w następstwie tworzy się obraz. Czujemy smak, gdy substancje chemiczne dotkną kubków smakowych.

U ludzi głuchoniewidomych dotyk zastępuje wzrok. Nie tylko czytają książki dzięki alfabecie Braille’a oraz oglądają eksponaty w wielu muzeach świata na dostosowanych do ich potrzeb miniaturach i wypukłych grafikach obrazów (tzw. tyflografiki), ale i czują drgania jego strun głosowych i rozpoznają poszczególne słowa, dotykając krtańi mówiącego. Udowodniono, że we wszystkich tych przypadkach nie zwiększa się wrażliwość receptorów na skórze palców, ale udoskonalają się funkcje kory mózgowej. Analiza oglądanej rzeczy i synteza dokonanych obserwacji, prawidłowe rozpoznanie obiektu i utrwalenie



Symboliczne znaczenie dotyku jest częstym motywem dzieł wielkich mistrzów. Michał Anioł, „Stworzenie Adama”, 1508–1512. Fresk o wym. 480.1 × 230.1 cm w Kaplicy Sykstyńskiej w Watykanie.



Zmysł dotyku, choć niedoceniany, jest niezbędny, aby w pełni doświadczać uroków codzienności.
Jan Bruegel (starszy), „Zmysły słuchu, dotyku i smaku”.

w pamięci jego istotnych cech stają się szybsze. Prostym dowodem na to jest obserwacja kliniczna, iż pełna identyfikacja obiektu przez dotyk jest tylko wtedy możliwa, gdy mieści się on pomiędzy ramionami osoby niewidomej⁶.

Według wiedzy naukowej i praktyki medycznej dla osoby niepełnosprawnej dotyk to jeden z głównych zmysłów, który pozwala ocenić wielkość, fakturę, a niekiedy nawet kolor danej rzeczy⁷.

Wagę dotyku docenił również Władimir Nabokow, pisząc w „Lolicie”⁸: „Czy to nie dziwne, że zmysł dotyku, tak nieskończenie mniej ceniony przez ludzi od wzroku, staje się w krytycznych momentach naszym głównym, jeżeli nie jedynym, kluczem do rzeczywistości?”.

Wpływ dotyku na zdrowie psychofizyczne człowieka dorosłego

Dotyk jest niebywale istotny nawet w chwili opuszczania tego świata. Według psychologów człowiek doro-

sty potrzebuje 30 dobrych dotknięć dziennie⁹.

W filmie „451 st. Fahrenheita” stworzono fikcyjny zakaz wzajemnego dotyku, wskutek którego samotni i łaknący ludzi głaszczą swoje dłonie i przytulają twarze do futrzanych kołnierzy¹⁰.

Nieomal każdy zna z autopsji przyjemność i błogość, gdy po ciężkiej pracy może się wtulić w wygodny miękki fotel, otulić delikatnym kocem czy zanurzyć w wannie pełnej ciepłej wody. W takich warunkach odzywa się pierwotna pamięć dotykowa człowieka, która wiąże się z poczuciem bezpieczeństwa.

Dotyk jest szczególnie ważny w zaburzeniach zdrowia psychicznego (np. stanach lękowych, depresji) i różnych aktywnościach podejmowanych przez człowieka. Niezbędny jest także w obszarze seksualnym – nie tylko przed aktem, ale i po (tzw. afterplay) – gdyż podtrzymuje efekt działania hormonów uwolnionych

podczas intymnego zbliżenia oraz wpływa na dalsze dobre relacje partnerów...

Jak ważny jest dotyk w chwili umierania, opowiada terapeutka psychoonkologiczna programu Simontona Justyna Rutkowska¹¹, która często towarzyszyła ludziom podczas ostatnich momentów ich życia: „W rodzinach, gdzie dorośli nie potrafią się do siebie przytulić i funkcjonują jak sąsiedzi, ostatnia rozmowa jest bardzo trudna. Ciężko umiera się w samotności. Choć śmierć jest intymna, zależy od innych, właśnie wtedy potrzebujemy bliskości. Zawsze ktoś nas wita na świecie, więc z jakiego powodu nie ma nas też ktoś żegnać?”¹².

Zauważono, że w społeczeństwach zachodnich niedostatek dobrego dotyku zwiększa zapotrzebowanie na usługi płatne takie, jak strzyżenie włosów z masażem głowy, masaż karku w pracy, czy zabiegi w gabinetach odnowy biologicznej i SPA. Ten stan psychofizyczny zwany głodem skóry (*skin hunger*) jest wyraźny szcze-



Dotyk może stanowić część terapii i ma niebagatelne znaczenie w medycynie. Od tysięcy lat jest symbolem przywracania do zdrowia. El Greco, „Chrystus uzdrawiający ślepeca”.

gólnie u ludzi starszych w czasie lub po traumatycznych przeżyciach, w szczególności po śmierci partnera. Coraz częściej dotyka młode osoby zagubione we współczesnym świecie.

W tych sytuacjach rola zwierząt domowych jest nieoceniona. W amerykańskich domach opieki, gdzie nie można trzymać zwierząt, organizowane są zajęcia z dogoterapii czy felinoterapii. Personel jest także instruowany, jak należy pielęgnować osoby starsze, by uwzględnić ich potrzebę dotyku, ze świadomością, że dotyk ma istotne działanie lecznicze.

Interesujące okazały się wyniki zrealizowanego projektu pn. „Tiffany Field” (TRI), w ramach którego seniorzy po odpowiednim przeszkoleniu zajmowali się masowaniem niemowląt. Wkrótce zaobserwowano obopólną korzyść w postaci zmniejszenia poziomu lęku u obu badanych grup.

O tym, jak bardzo potrzebujemy dotyku, świadczyć może choćby popularność „Kampanii darmowych uścisków” (Free Hugs Campaign) Juana Manna. W propagowane przez niego działania włączyli się naśladowcy na całym świecie. Dotyczący kampanii materiał w serwisie YouTube.com obejrzano ponad 70 mln razy^{13 14}.

Historia terapii dotykiem

W 1905 r. odkryto na ścianach jaskini Gargas w Pirenejach malowidła naskalne wielu dłoni o charakterystycznym układzie. Od tej pory uważa się, że są to jedne z najstarszych, pochodzących sprzed ok. 15 tys. lat śladów obrazowania stosowania dotyku w celach terapeutycznych¹⁵.

W różnych regionach świata znano od wieków obrzędy religijne, w których używa się dotyku. Wiercono także, że przywódcy duchowi mają moc usuwania chorób za pomocą dotyku. Nie trzeba daleko szukać. Wystarczy poznanie tych fragmentów Ewangelii naszego Kościoła:

„Gdy Jezus przeprowił się z powrotem w łodzi na drugi brzeg, zebrał się wielki tłum wokół Niego, a On był jeszcze nad jeziorem. Wtedy przyszedł jeden z przełożonych synagogi, imieniem Jair. Gdy Go ujrzał, upadł Mu do nóg i prosił usilnie: «Moja córeczka dogorywa, przyjdź i połóż na nią ręce, aby ocalała i żyła». Poszedł więc z nim, a wielki tłum szedł za Nim i zewsząd na Niego napierał. A pewna kobieta od dwunastu lat cierpiała na upływ krwi. Wiele przecierpiała od różnych lekarzy i całe swe mienie wydała, a nic jej nie pomogło, lecz miała

się jeszcze gorzej. Słyszała ona o Jezusie, więc przysłała od tyłu, między tłumem i dotknęła się Jego płaszcza. Mówiła bowiem: «Żebym się choć Jego płaszcza dotknęła, a będę zdrowa». Zaraz też ustał jej krwotok i poczuła w ciele, że jest uzdrowiona z dolegliwości. A Jezus natychmiast uświadomił sobie, że moc wyszła od Niego. Obrócił się w tłumie i zapytał: «Kto się dotknął mojego płaszcza?» Odpowiedzieli Mu uczniowie: «Widzisz, że tłum zewsząd Cię ściska, a pytasz: Kto się Mnie dotknął». On jednak rozglądał się, by ujrzeć tę, która to uczyniła. Wtedy kobieta przysłała zalekniona i drżąca, gdyż wiedziała, co się z nią stało, upadła przed Nim i wyznała Mu całą prawdę. On zaś rzekł do niej: «Córko, twoja wiara cię ocaliła, idź w pokoju i bądź uzdrowiona ze swej dolegliwości!» [...]»¹⁶.

Przełomem w myśleniu było wkroczenie nauki w sferę wierzeń ludzi. Już w średniowieczu przekonanie o uzdrawiającej mocy dotyku zaczęło wygasać, m.in. dlatego iż ówczesni medycy uważali, że jest to tylko dawny przesąd. W XIX i XX wieku negatywnie oceniał tę rolę psychoanalityk Sigmund Freud (1856–1939), który choć początkowo wykorzystywał dotyk jako wzmocnienie terapii słownej, to później porzucił tę metodę, uznając „[...] iż poprawna relacja terapeutyczna wymaga nieinterwencji; terapeuta powinien pozostawać obiektywny i unikać interakcji, które mogłyby zanieczyścić proces przenoszenia treści nieświadomych pacjenta”¹⁷.

Również Karl Menninger (1893–1990) był zdania, iż psychoanalityk powinien zachowywać neutralność i nie dotykać pacjentów, a nawet się z nim nie witać przez podanie dłoni. Kontakt fizyczny psychoterapeuty z pacjentem był postrzegany nie tylko jako przeszkoda w leczeniu nerwicy, ale i forma zaspokajania infantylnych pragnień, w tym seksualnych, pacjenta.

Uczeń Freuda – Sandro Ferenczi (1873–1933) – wrócił do tematu doty-

ku, uważając, że w ten sposób można łatwiej uzyskać zaufanie pacjenta, zwłaszcza gdy ten miał w czasie swojego życia nieodpowiednie doświadczenia związane z taką formą kontaktu, np. pozbawiony był serdecznego dotyku rodziców lub doznawał przemocy fizycznej. Zrezygnował jednak z tak prowadzonej terapii po pewnym czasie, być może z powodu protestów całego środowiska psychoterapeutów dotyczących m.in. naruszania granic kobiet.

Ambasador dobrego dotyku

Może niektórych zadziwiła zachowanie doktor Wandy Błęńskiej (1911-2014), której proces beatyfikacyjny rozpoczął się w październiku 2020 r. Ta „Matka trędowatych” zwana przez lud Ugandy „Dokta” wśród trędowatych spędziła 43 lata. Poza wielką aktywnością i fantazją – np. w 1955 r. jako pierwsza kobieta weszła na szczyt Vittorio Emanuele (4890 m n.p.m.) w masywie Ruwenzori na granicy Demokratycznej Republiki Konga i Ugandy; nosiła czapkę w polskich kolorach narodowych; kupiła motocykl, a mieszkańcy Ugandy nazywali tę maszynę „piki-piki”, dziwiąc się, że biała kobieta jeździ na motorze – dr Wanda Błęńska zdobywała zaufanie i serca chorych na trąd swoją delikatnością, życzliwością, łagodnym uśmiechem i okazywanym im szacunkiem. Ciągłe powtarzała: „Misje trzeba pokochać, bez tego nie da rady. Na misje powinni wyjeżdżać ludzie szczęśliwi, bo jeśli samemu nie jest się szczęśliwym, to nie można dać szczęścia innym”¹⁸, a także: „Gdybym badała trędowatych zawsze w rękawiczkach,

to by oznaczało, że się ich boję”¹⁹. To ostatnie zdanie może zastanawiać. Pewnie – jak mawiała – głównym motywem było pokazanie trędowatym, że są ludźmi, choć byli izolowani wleprozoriach i ciałem zmienionym przez chorobę. Trąd nazywany też z gr. „leprą” lub „chorobą Hansena” od wieków wzbudzał odrazę i lęk. Nadal w niektórych krajach jest uważany za karę za grzechy. Powoduje stygmatyzację. Chorzy są zamykani w specjalnych obozach funkcjonujących zwłaszcza na terenie państw Azji i Afryki.

Jednak dr Wanda Błęńska musiała mieć cudowne dłonie, jeśli rozumiała znaczenie dotyku. Można sobie wyobrazić, że przekazywała swoją energię chorej osobie, czerpiąc też siłę z dotyku. Jak udowodniono bowiem, w czasie dobrego dotyku wydzielają się u osoby dotykającej i dotykanej hormony szczęścia, m.in. oksytocyna czy serotonina, a obniżają się hormony stresu²⁰. W tym wymiarze dotykane chorych dłoni bez ochrony rękawiczek nie było więc jakimś pustym gestem.

Jednocześnie mówiła, że:

„Jeżeli badałam jakiegoś pacjenta, to potem myłam ręce. A myłam ręce nie tylko po zbadaniu kogoś z trądem, ale po każdym chorym – po to, żeby wszyscy widzieli, że to należy do rytuału lekarza [...]. Traktowałam chorych na trąd jak zwyczajnych pacjentów. Pacjentów, którzy cierpią na chorobę zakaźną. Uczylałam zasad higieny, a jednocześnie mówiłam, by trądu się nie bać, pokazując wszystkim, że ja sama się tej choroby nie boję! Zawsze starałam się pokazać i powiedzieć prawdę na temat trądu [...]. Gdy się wszystko wytłumaczy, to człowiek przestaje się bać. Nie dotyka tego, czego nie powinien, czyli po prostu podchodzi do choroby rozsądnie. A jeśli kto zachowuje normalne reguły higieny, które zawsze trzeba zachowywać, nie ma obawy, że się zarazi. Wtedy pojawia się ulga. Uczucie ulgi, że trąd nie gryzie.”²¹

Warto opowiadać, nawet wielokrotnie, o warunkach, w jakich pracowała dr Wanda Błęńska, a także jak



fot. Agnieszka Pydzińska-Jarosz

Nieoceniona wartość dotyku wyraża się w pełni w relacji matki i dziecka

wyglądała jej praca. Dla decydujących się na wyjazd misyjny opowieść o dr Bieńskiej może dawać siłę... Małgorzata Nawrocka w książce „Jej światło. O życiu i dziele Wandy Bieńskiej” pisze o polskiej lekarce:

Niektórym musi amputować palce, dłonie, stopy. Robi operacje plastyczne oczodołów. Warunki prymitywne: zamiast stołu operacyjnego – wysokie łóżko polowe. Sala operacyjna to skromne pomieszczenie kryte dachówką. Żeby mieć dostęp do dziennego światła, każe usunąć dachówki i wstać szyby. W czasach, kiedy Bieńska leczyła trędowatych, możliwości pokonania choroby były ograniczone. Chorych na trąd dotykały różne inne choroby, jakie mogą spotkać człowieka, nie wyłączając schorzeń typowo tropikalnych. Doktor Bieńska musiała więc sprostać wyzwaniom i wcielić się w rolę chirurga, okulisty, ortopedy, ginekologa.²²

Na zakończenie tej opowieści warto dodać, że – pędząc taki intensywny tryb życia – odeszła do drugiego świata, mając 103 lata... ○



Dr Wanda Bieńska, ambasador dobrego dotyku

1. J. Pallasmaa, *Oczy skóry. Architektura i zmysły*, przeł. Michał Choptiany, Instytut Architektury, Kraków 2012, s. 51.
2. <https://www.mcgill.ca/neuro/about/history/notable-figures/wilder-graves-penfield> [dostęp 16.10.2020].
3. Christine Whitehead, Michael H. Grider, *Neuroanatomy, Touch Receptor* In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. 31.PMID: 31613511 NBK547731, Free Books & Documents <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613511/> [dostęp 03.10.2020].
4. gr. óntos – byt, będące, istniejące, génesis – pochodzenie- oznacza przemiany anatomiczne i fizjologiczne osobnika od powstania do śmierci.
5. Natalie Angier, *Kobieta: Geografia Intymna*, Pruszyński i S-ka.
6. <https://nimo.pl/files//articles/147/>

- Sztuka_prezentowania_sztuki.pdf.
7. <http://silniwchorobie.pl/237/oko-w-oko-z-niewidomym>.
 8. W. Nabokow, „Lolita”, Warszawa 1991, wyd. PIW, s. 343.
 9. Olszak T, Sowa A: Zbawienny wpływ dotyku. <https://www.polityka.pl/jamyon/1736308,1,zbawienny-wplyw-dotyku.read> [dostęp: 14.03.2020 r].
 10. „451 stopni Fahrenheita”, oryg. „Fahrenheit 451” – powieść Raya Bradbury’ego z 1953 r., dystopia. Akcja książki rozgrywa się w Świecie, gdzie czytanie książek i krytyczne myślenie są zakazane.
 11. Terapia Simontona – program dla pacjentów onkologicznych <https://www.zwrotnikraka.pl/terapia-simontona-program/> [dostęp: 18.03.2020 r].
 12. Chochowska M, Marcinkowski JT. Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich. Cz. II. Dotyk jako czynnik terapeutyczny i kod kulturowy. *Hygeia Public Health* 2013, 48(3): 269-273.
 13. Uściski w 80 dni dookoła świata <https://www.national-geographic.pl/aktualnosci/usciski-w-80-dni-dookola-swiate> [dostęp: 18.03.2020 r].
 14. Marcinkowski JT, Konopielko Z, Rosińska P, Klimberg A. Dotyk to „pieśń bez słów”- znaczenie w rozwoju, zdrowiu i seksie. Część I. Dobry dotyk, ZACHOWANIA PROZDROWOTNE JAKO ELEMENT AKTYWNOŚCI ŻYCIOWEJ CZŁOWIEKA, Praca zbiorowa pod redakcją dr n. o zdr. Grzegorz Bejda, dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko, prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kuśak, ISBN – 978-83-955921-9-5, Wydanie I, Białystok 2020, Str. 933 – 943.
 15. Foucher et al. Discovery of the man-

- dible of a young child in a Gravettian level of Gargas cave (Hautes-Pyrenees, France). „Nouvelles de la Préhistoire”. 23, s. 323-336, 2012. <https://journals.openedition.org/paleo/2472> [dostęp 04.10.2020].
16. <https://jezuici.pl/2018/06/dotyk-jezusa/>.
 17. [za:] Raniszewska-Wyrwa A., *Etyka dotyku. Aspekty etyczne wykorzystania dotyku w praktykach terapeutycznych*. *Studia Philosophiae Christianae* UKSW 50(2014)2.
 18. <https://wandablenska.pl/> [dostęp 03.10.2020].
 19. Molewska J., Pawelec M., „Wanda Bieńska. Spełnione życie”, Wydawnictwo Święty Wojciech, Poznań 2011, s. 187.
 20. Zob. Whitehead Ch, Grider M. H., „Neuroanatomy. Touch Receptor” [w:] StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. 31.PMID: 31613511 NBK547731, Free Books & Documents <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613511/> [dostęp 03.10.2020]. Zob. Scheele, D., Kendrick, K. M., Khouri, C., Kretzer, E., Schläpfer, T. E., Stoffel-Wagner, B., i in., An oxytocin-induced facilitation of neural and emotional responses to social touch correlates inversely with autism traits. *Neuropsychopharmacology*, 39(9), 2078-2085, 2014 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4104346/> [dostęp 03.10.2020].
 21. Molewska J., Pawelec M., „Wanda Bieńska. Spełnione życie”, Wydawnictwo Święty Wojciech, Poznań 2011.
 22. Nawrocka M., „Jej światło. O życiu i dziele Wandy Bieńskiej”, Wydawnictwo Kontekst, 2005.

Z dziennika dentystki

Wspomnienia z projektu pomocowego realizowanego w Zambii w okresie od 2 października do 31 grudnia 2019 r.

PAULINA SZYLIN

Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*

Godzina 11:00, 40°C w cieniu

Rzęzący wiatrak daje jedynie złudzenie orzeźwiającego chłodu. Czuję na ustach słony smak kolejnej kropli potu. Mija pięćdziesiąta minuta walki z dolną ósemką, która uparła się, żeby zakreślić swoje korzenie i uwięzić je w kości. Korona poddała się jakieś pół godziny temu, przed chwilą wydłubałam jeden z korzeni, także 2:1 dla mnie, wredny zębie! Zza ściany dochodzi do mnie płacz niemowlaka. Podnoszę głowę i widzę 10 par oczu, uważnie śledzących każdy mój ruch. Drzwi muszą być uchylone, taki panuje tutaj zwyczaj. Gdybym je zamknęła, mogłoby to sugerować, że robię coś nieuczciwego. Asystentka zagląda mi przez ramię. Czy to powątpiewanie dostrzegłam właśnie w jej oczach? Światło czołówki zaczyna migać, mój kochany Petzl znowu mnie zawodzi (albo to ja zapomniałam go naładować).

Głowa: Ciągłe jesteś zadowolona ze swojego pomysłu? Zachciało Ci się wyjechać do pracy na koniec świata, z dala od cywilizacji! To nie jest miejsce dla drobnych blondynek! Przecież Ty nie ważysz nawet 50 kg, naprawdę myślałaś, że poradzisz sobie sama z takim zębem?

Lepiej znajdź jakiegoś facecika, żeby zrobił to za Ciebie! A nie, tu nie ma kogo poprosić o pomoc, bo jesteś w samym środku afrykańskiego buszu!

Serce: Kochana, uwielbiam Cię! Dziękuję, że spełniasz jedno z naszych największych marzeń. Świetnie ci idzie, jeszcze tylko jeden korzeń! Doskonale wiesz, że nawet najlepsi chirurdzy niekiedy potrzebują czasu, żeby poradzić sobie z nie-

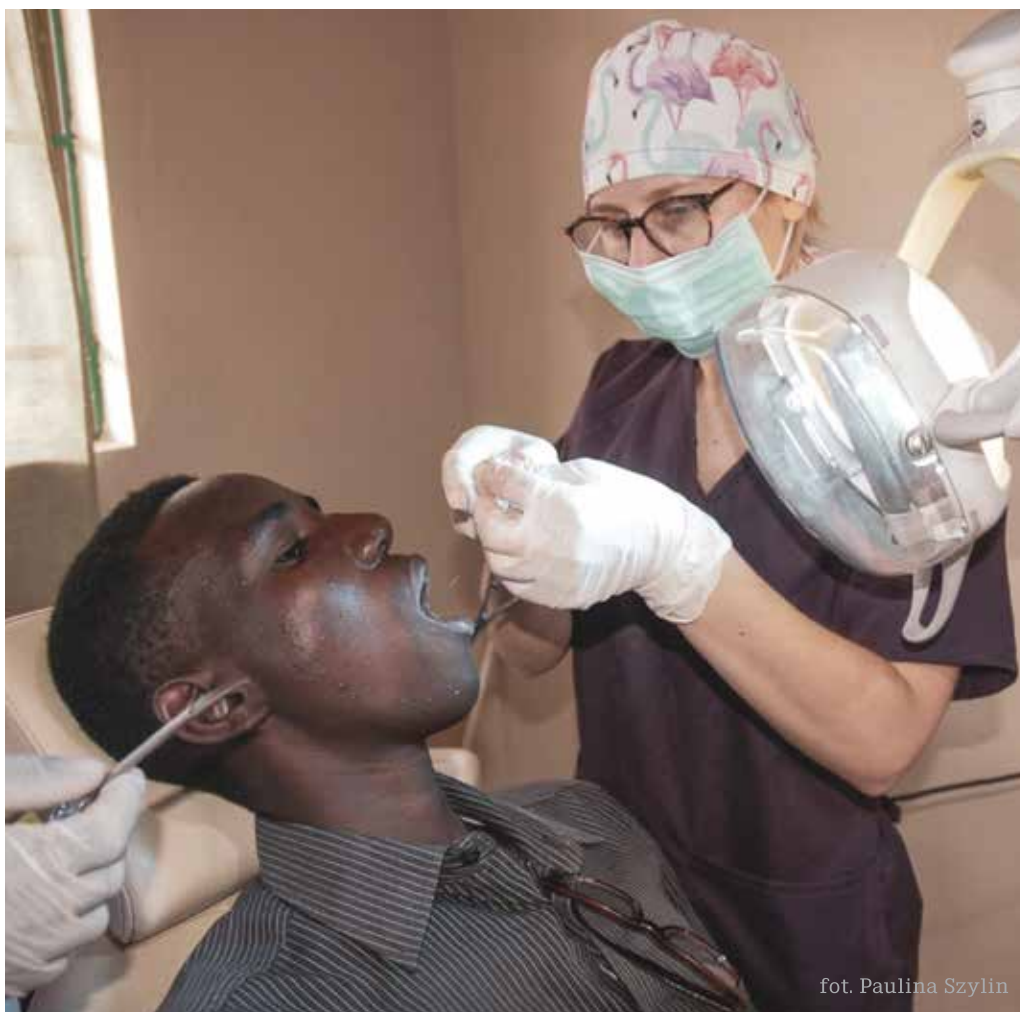
którymi zębami! Do tego chirurgia to tylko po części siła, przede wszystkim technika! Za duża siła może narobić w tym przypadku więcej szkód niż pożytku, dobrze o tym wiesz. Wierzę w Ciebie, dasz radę!

Paulina: Bądźcie cicho, potrzebuję zebrać różyczką trochę kości, inaczej będziemy tu siedzieć do wieczora.

15 minut później kończyłam zakładać ostatni szew i wymęczony pacjent mógł w końcu wytoczyć się z gabinetu.

Nie zawsze jest tak ciężko. Tak naprawdę takie sytuacje należą tutaj do rzadkości. Pomimo że jestem w samym środku afrykańskiego buszu, gabinet jest całkiem nieźle wyposażony. Do tego dwie asystentki - Flavia, wyszkolona rok temu przez Krzyśka (świetna robota, dzięki!) i Luyando (jej imię w języku Tonga oznacza „miłość”), która uczy się od zeszłego tygodnia, są dla mnie ogromnym wsparciem. Przeprowadzamy instruktaże, robimy skalinki i – jeśli tylko jest taka możliwość – zakładamy wypełnienia z glass-ionomeru. Stan higieny większości pacjentów jest na niskim poziomie. Bardzo często jedynym wyjściem jest usunięcie jednego lub kilku zębów.

Niedługo przyjdą pierwsze deszcze, ale zanim to nastąpi, temperatura będzie stale rosła. Zaczynam poważnie rozważać otwieranie gabinetu o 5 nad ranem.



fot. Paulina Szylin

W tropikalnych warunkach nawet rutynowe zabiegi bywają trudne do przeprowadzenia



fot. Paulina Szylin

Młodzi pacjenci obawiają się wizyt u dentysty niezależnie od szerokości geograficznej.

Jak przetrwać w buszu (i nie zwariować)?

Kursywą zaznaczono przypisy autorki.

1. Jaszczurki i gekony to Twoi przyjaciele. Jeśli są w domu, oznacza to, że nie ma w nim węża. Jeśli nie ma ich w domu, możesz zamknąć się w pokoju i zacząć panikować.

Mamo, jeśli to czytasz (kocham Cię), wiedz, że ugryzienia 90% węży w Zambii nie są śmiertelne!

2. Jako podziękowanie standardowo daje się tutaj kurę, nieco rzadziej kozę (większy kaliber wdzięczności). Odmowa przyjęcia takiego podarunku może zostać bardzo źle odebrana przez rdzennych mieszkańców buszu. Sprawa nieco się komplikuje, jeśli jesteś wegetarianinem/wegetarianką i masz problem moralny z zabijaniem i jedzeniem zwierząt. Wtedy najlepiej oddać zwierzę komuś, kto takiego problemu moralnego nie posiada.

W takiej sytuacji branie stworzenia i wypuszczanie go do buszu JEST dobrym pomysłem. Nawet jeśli się bardzo, bardzo chce tak zrobić.

3. Noszenie zimowej czapki przy temperaturze 27 stopni nie musi być jednoznaczne z brakiem piątej klepki.

Ja też nie mogłam w to uwierzyć, ale przyzwyczajonym do upałów Zambijczykom jest przy tej temperaturze po prostu zimno! Ponoć (ale tego poświadczyć nie mogę, bo przyjechałam na chwilę przed nadejściem fali upałów), kiedy robi się chłodniej (czyt. ok. 20 stopni), niektórzy noszą kożuski!

4. Jeśli myślisz, że dwa posiłki dziennie to mało, rozejrzyj się dookoła i porozmawiaj z kimkolwiek. A potem zrozum, jak dużo masz i zacznij być za to po prostu wdzięczny.

Ludzie jedzą tu zazwyczaj raz dziennie. Posiłek standardowo stanowi nshima (papka z mąki kukurydzianej i wody) i jakieś lokalne warzywo czy owoc. W okresie przedłużającej się suszy, bywają niekiedy momenty kilkudniowego głodowania. Ludzie przewożący produkty spożywcze na te tereny (nie ma ich zbyt wielu), nakładają na nie prowizję, co jest po części zrozumiałe do najbliższego większego miasta jest 200 kilometrów, częściowo przez busz.

5. Jeśli czasem w obecnych warunkach czujesz się niesamowicie samotny/a i jesteś przekonany/a, że mieszkańcy buszu nie są w stanie Cię zrozumieć i zaakceptować, przypatrz się im uważnie. Pod skórą innego koloru, obok tradycji nawet bardzo odmiennych i języka brzmiącego kompletnie inaczej, jest Coś, co jest dla nas wszystkich wspólne. Nieważne, jak To nazwiesz i zrozumiesz, wystarczy że Tego dotkniesz, a potem nauczysz się do Tego wracać tak często, jak tylko się da.

Te słowa kierowane są również do autorki tekstu.

Projekt współfinansowany w ramach programu „Wolontariat Polska Pomoc” Ministerstwa Spraw Zagranicznych RP. Publikacja wyraża wyłącznie poglądy autora i nie może być utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Ministerstwa Spraw Zagranicznych RP. ○

Zdjęcia zostały wykonane w miejscowościach Ching'ombe i Mpanshya w Zambii przez lek. dent. Paulinę Szylin, która realizowała projekt *Dentysta w Afryce – Zambia*.



„Poznacie ich po ich owocach”
(Mt 7,20)



www.maximumdobra.pl

Firma Globalnie Odpowiedzialna

M A X I M

porce^{ne}
BY MAXIM

www.maxim.com.pl