



MAR HA BA

Uchodźczy nie i uchodźcy
Przewodnik dla personelu medycznego



MAR

HA

BA

Uchodźczynie i uchodźcy

Przewodnik dla personelu medycznego

Uchodźczy nie i uchodźcy. Przewodnik dla personelu medycznego

Autorzy/autorki tekstów: Shewan Ajmal, Aleksandra Filipowicz, Anna Hania Hakiel, Polska Misja Medyczna, Agnieszka Szczepaniak, Olimpia Świst

Redakcja tekstów: Agnieszka Szczepaniak, Olimpia Świst

Konsultacja medyczna: Anna Kulik

Korekta: Łukasz Plata

Infografiki: Ewa Głowacka

Projekt typograficzny i skład: Joanna Synowiec

Projekt okładki: Joanna Synowiec

Projekt identyfikacji graficznej: Grupa PROJEKTOR /

Joanna Jopkiewicz & Paweł Ł. Borkowski

ISBN 978-83-933000-6-8

Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Polska



BY-NC-ND

Wydawca: NOMADA Stowarzyszenie na Rzecz Integracji

Społeczeństwa Wielokulturowego

ul. Paulińska 4/8, Wrocław 50-247

www.nomada.info.pl



Druk: GreenPress

Współpraca: Polska Misja Medyczna



Przewodnik powstał w ramach projektu:

Marhaba – bo warto przekroczyć różne granice

Publikacja wydana dzięki wsparciu finansowemu Funduszy EOG w ramach programu „Obywatele dla demokracji”



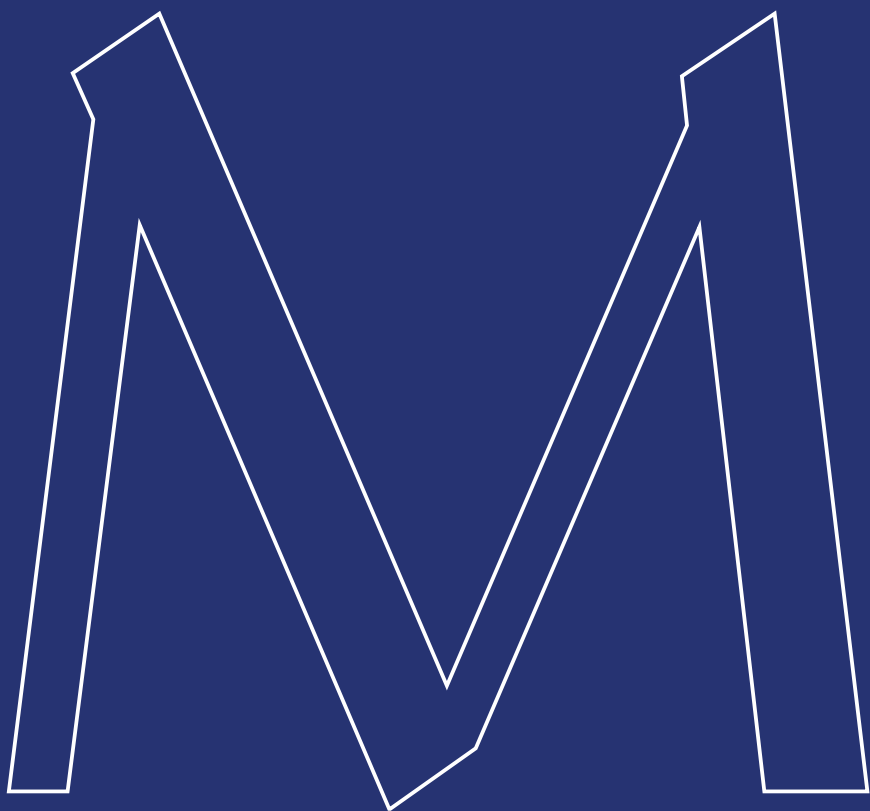
Autorki i autorzy są odpowiedzialni za treść podręcznika.

MAR

HA

BA

Spis treści



Wstęp 7

I Psychologiczna specyfika uchodźców z Syrii 9

II Gościnność – spotkanie kultur 21

- Historia islamu w skrócie* 22
- Co łączy muzułmanina z chrześcijaninem i żydem?* 26
- Kultura w krajach arabskich* 26
- Stereotypy* 27
- Podstawowe słowa w języku arabskim* 29

III Transkulturowość w opiece medycznej 30

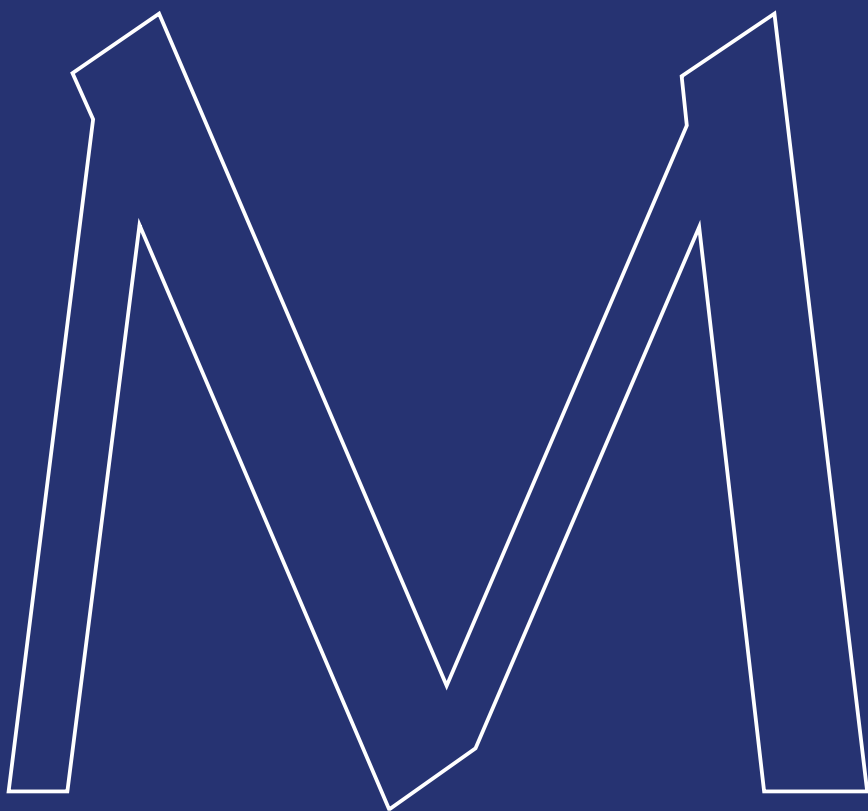
- Definicje i historia* 31
- Kompetencja międzykulturowa* 32
- Zdrowie i choroba z perspektywy osób wyznających islam* 33
- Opieka zdrowotna nad muzułmankami/muzułmanami* 34
- Wywiad medyczny* 35

IV Aspekty religijne w komunikacji z muzułmańskim pacjentem/pacjentką 38

- Kluczowe znaczenie komunikacji w kontakcie z pacjentką/pacjentem odmiennym kulturowo* 39
- Indywidualne zaangażowanie w kwestię religii* 41

Jedzenie	41
Post	42
Modlitwa, czystość i święta	43
Badania lekarskie (komunikacja niewerbalna, dotyk, strój)	44
Opieka podczas porodu, opieka nad noworodkiem	45
Transfuzja krwi i transplantacja organów	43
Autopsja	45
Opieka nad umierającym i zmarłym pacjentem	46
V. Specyficzne jednostki chorobowe	48
Wzw A	49
Cholera	50
Dur brzuszny	50
Czerwonka bakteryjna	51
Czerwonka pierwotniakowa	51
Odra	52
Poliomyelitis	52
Leiszmanioza skórna	53
Krztuściec	53
Gruźlica	54
Błonica	54
Dur powrotny epidemiczny	55
Malaria	56
Schistosomatoza	56
Brucelloza	57
Gorączki krwotoczne	57
Gorączki zachodniego Nilu	58
Denga	58
Zamiast zakończenia	60

Wstęp



Publikacja skierowana jest do pracowników i pracowniczek służby zdrowia oraz do studentek/studentów medycyny i pielęgniarstwa. Zawarte w niej informacje stanowią kompendium wiedzy z zakresu opieki zdrowotnej nad pacjentkami/pacjentami muzułmańskimi. Publikacja jest odpowiedzią na obecną sytuację migracyjną w Europie. Nie możemy zatrzymać migracji. To, co możemy zrobić my, ludzie zaangażowani społecznie i Państwo jako personel medyczny, to rzetelnie przygotować się do współpracy z migrantkami/migrantami po to, by udzielać im profesjonalnego wsparcia i profesjonalnej opieki medycznej.

Choć w publikacji skoncentrowaliśmy się na pacjentkach/pacjentach pochodzących z krajów muzułmańskich, to warto pamiętać, że każda religia i kultura stanowi nieodłączną część ludzkiego doświadczenia, a także źródło wskazówek oraz zasad postępowania. Również u osób, które są niewierzące, podłoże kulturowe i religia, w której się wychowali wpływają na postrzeganie kwestii zdrowia i choroby. Kultura i religia modelują wyobrażenia o zdrowiu i chorobie, sposób postrzegania, odczuwania, opisywania i interpretacji objawów chorobowych, a także postawy i zachowania wobec zabiegów leczniczych i przedstawicieli/-ek instytucji medycznych¹.

Zachęcamy do lektury, żeby lepiej siebie zrozumieć

¹ Por. *Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. nauk. E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska, Warszawa 2010, s. 10.

I

Psychologiczna specyfika uchodźców z Syrii

Co warto rozumieć, by móc zbudować dobry kontakt?

Analiza ilustrowana historiami syryjskich uchodźców w Berlinie



Nasza wiedza o Syrii i o konflikcie, który toczy ten kraj od 2011 roku, jest wiedzą zapośredniczoną w przekazie medialnym. Niewiele/niewielu z nas miało okazję bezpośrednio porozmawiać z osobą, która doświadczyła wojny, ucieczki, lęku o życie swoich najbliższych i swoje. Nie wiemy, kim byli ci ludzie, zanim stali się uchodźcami i jak fakt, że teraz nimi są, zmienił ich życie. W tym rozdziale przeczytacie Państwo o doświadczeniach w pracy psychologicznej z ludźmi przebywającymi w obozach dla uchodźców.

Aby zrozumieć Syryjskich uchodźców, proponuję na chwilę zapomnieć o słowie uchodźca. To słowo obrosło w znaczenia i stereotypy tak mocno, że trudno pod nim dostrzec człowieka. Dla jednych to synonim zagrożenia dla europejskiego porządku; to obcy, niemal dzikus, przybysz z kraju ogarniętego szaleństwem wojny, więc i nosiciel niszczycielskiej agresji. Takie skojarzenia karzą się bronić, barykadować, nie ufać, na wszelki wypadek nie dać szansy, stają się usprawiedliwieniem dla aktów agresji i wykluczania.

Są i inni, w których uchodźca uruchamia współczucie, chęć otoczenia opieką i wejścia w rolę wybawcy. Rzadko mówi się o tym, że także postawa humanitarna wrzuca w niebezpieczną siatkę stereotypów; uchodźca widziany jest w monokolorze, jako bezbronny, sparaliżowany traumatycznymi wydarzeniami, zagubiony. Takiej osobie chce się wszystko ofiarować, wszystko za nią załatwić, uchronić przed nowym stresem. Takiej osoby nie pyta się o zdanie, nie powierza się jej obowiązków. Bardzo łatwo wtedy wyuczyc człowieka bezradności, przekazać informację nie wierzy mi w ciebie, sam nie dasz rady...

Z wielką troską obserwowałam, jak w berlińskich ośrodkach w tak zwanej dobrej wierze odbierano uchodźcom poczucie godności i zdolność samostanowienia, przejmując odpowiedzialność za

najdrobniejsze szczegóły. W wielu domach czy schroniskach tylko pracownicy czy wolontariusze mają prawo zamiatać korytarz, wbić gwoździe, segregować ubrania z darów, serwować jedzenie czy zmywać naczyń. W rozmowie z Syryjką, która w Aleppo była szefem kliniki dentystycznej, usłyszałam:

To, że nie mogę sobie sama ugotować, że muszę jeść na plastikowych talerzach, których nie mam prawa wziąć do swojego pokoju, to... to jest takie upokarzające i tak mnie to wkurza. Nie wiem, kim jestem. Gościem czy osobą niepełnosprawną, której się nie ufa. Nawet o własnych dzieciach nie mogę decydować. Organizują im różne zajęcia, ale ja nie rozumiem, co oni mówią do moich dzieci, czego ich uczą... W przyszłym tygodniu jacyś wolontariusze zrobią dzieciom Halloween. To nie jest nasza tradycja. To nie jest nasze święto. Czy przybywając do Europy, straciłam prawo do kierowania rozwojem moich dzieci? Czy muszę wyprzeć się mojej kultury? Nikt mnie o nic nie pyta.

To rozgoryczenie, tak oczywiste dla każdego, kto ceni sobie własną niezależność, nie znajduje intuicyjnego zrozumienia u pracowników socjalnych, którzy spodziewają się nieustannych dowodów wdzięczności, a spotykają się z chłodem.

Jakie konsekwencje niesie z sobą praktyka, którą nazywam pomaganiem na oślep? Odpowiedź można znaleźć w historii Ahmada, 31-letniego syryjskiego uchodźcy, od roku mieszkającego w obozie w Neuhardenberg, małej niemieckiej wiosce tuż przy granicy z Polską. Ahmad przed wojną był krawcem, pracował 12 godzin dziennie z przerwą na powrót do domu, by podać jedzenie choremu ojcu. Mieszkał z rodzicami, ale był już zaręczony, planował ślub. W wolnym czasie zajmował się ogrodem rodziców. Niestety pewnego dnia jedynym wyborem, jaki mu pozostał, był wybór między przymusowym wcieleniem do armii Asada, wcieleniem do armii tak zwanego Państwa Islamskiego lub... ucieczka z kraju. W Neuhardenberg Ahmad śpi około 14 godzin na dobę. Dnie spędza na jedzeniu i czatowaniu z rodziną rozrzuconą po Europie, Jordanii i Egipcie. Ahmad bezczynnie czeka. W intymnej rozmowie przyznał się, że wbrew religii zaczął sięgać po alkohol. Szybko wyłapałam wiele symptomów depresyjnych – bardzo niskie poczucie sprawstwa i własnej wartości.

Ja nie wiem, co ze sobą zrobić. Nie ma dla mnie pracy w wiosce, złożyłem podanie o przeniesienie gdzieś do miasta i czekam. Nie ma tu dla nas kursów językowych, jak w mieście. Dlatego czekam. Nic nie mogę zrobić, tylko czekać. Nie ode mnie zależy moja przyszłość.

Ahmad wyuczył się bezradności, czuje, że siły zewnętrzne decydują o jego losie i codzienność jest poza sferą osobistego wpływu. Dodatkowo Ahmad nie akceptuje nowego siebie. Objadanie się, sięganie po alkohol, udział w przypadkowych bójkach to formy radzenia sobie z napięciem, ale też samokarania za przegrane życie i niespełnienie oczekiwań. Można je rozumieć jako formy autoagresji; złości na niesprawiedliwość świata zewnętrznego, przekierowanej do wewnątrz, na JA, które jawi się jako niezaradne i mizerne. Ludzie mają ogromną, głęboką, wrodzoną potrzebę poczucia sprawiedliwości świata i losu. Taka głęboka wiara może przynieść paradoksalne, destrukcyjne, nie zawsze świadome przekonania, w rodzaju skoro moje życie jest żalosne, to znaczy, że na to zasłużyłem. Rozwijając relację socjoterapeutyczną z Ahmadem dostrzegałam coraz więcej skutków wyuczonej bezradności: brak zainteresowania światem, brak rozumienia własnej sytuacji, wycofanie z kontaktów społecznych, wrogość wobec osób, którym się lepiej powodzi, niemożność podjęcia najprostszych decyzji. To bardzo częste zmiany, jakie zachodzą w osobowości uchodźców, od których oczekuje się biernej postawy. Widać to nawet u niektórych dzieci, które w czasie zajęć plastycznych czekają, by podać im kredkę we właściwym kolorze, nie wykazują się kreatywnością, przykładownie wykonują zadania, jeśli się je obserwuje, ale bez nadzoru popadają w bezczynność. Pracując z nastolatkami, uchodźcami z Syrii i Afganistanu, często obserwuję zaburzenie faz rozwojowych. Większość piętnasto-, szesnastolatków nie okazuje buntu, sprzeciwu, nie demonstruje swojego pomysłu na życie, ale posłusznie wykonuje polecenia, ma problemy z odpowiedzią na pytania otwarte, pytania o opinię. Wykazuje się lękiem i nerwowością w sytuacji decyzyjnej. Jednak największym zaskoczeniem było dla mnie zachowanie kobiet, o których wiedziałam, że świetnie gotują, a które wolały pytać mnie o zdanie w kwestii dodawanych przypraw czy nawet rozmiaru garnka.

Naturalną interwencją terapeutyczną wydawałoby się zachęcanie do samodzielności, podkreślanie obszarów wolności. Jednak jeśli wychodzenie ze stanu zależności następuje bez wrażliwości i szacunku dla specyfiki danej osoby i momentu czasowego, przyspieszanie tego procesu może być nieskuteczne, przy okazji budząc lęk i poczucie opresji. W pierwszej fazie budowania kontaktu, która jest fazą przyłączenia, warto otworzyć się na świat danej osoby bez oceny. Bez próby zmian czy ingerencji wejść w świat, by go poznać i zrozumieć.

W obozie na berlińskim lotnisku Tempelhof wyszywałyśmy z kobietami ważne dla nas słowa, takie jak **miłość** czy **pokój**. Jedna z ko-

biet na każdym kroku prosiła mnie o pomoc: o nawleczenie igły, wycięcie kształtu, a nawet o naszkicowanie ołówkiem na materiale słowa *rodzina* po arabsku. Mój brak znajomości tego języka nie przeszkodził w postrzeganiu mnie jako autorytetu. Odczuwałam wewnętrzny konflikt. Z jednej strony współodczuwałam z nią ulgę zrzczenia odpowiedzialności i przyjemność bycia „zaopiekowaną”, z drugiej strony bałam się umacniania postawy zależności. Zaryzykowałam i przez ponad godzinę spełniałam każdą, nawet najmniejszą prośbę o pomoc. W czasie zajęć tydzień później kobieta o nic już nie prosiła, co więcej: to ona nawlekała kobietom igły i doradzała im w doborze koloru nici. To wydarzenie stało się dla mnie metaforą. Siła do wzięcia odpowiedzialności za siebie i innych, wiara we własną mądrość i sprawczość rodzą się, gdy człowiek poczuje, że sam ma się na kim oprzeć, że jest warty uwagi i cierpliwego, opiekuńczego traktowania.

Dlatego zamiast narzekać na bierność wielu uchodźców, w początkowej fazie budowania więzi warto dostrzec w tym postu-szeństwie potencjał i siłę. Uchodźcy szybko i chętnie uczą się ję-zyka, biorą udział we wszelakich kursach i szkoleniach, uczą się lokalnych norm.

Istota owej w pełni akceptującej i pozytywnej postawy staje się jasna w momencie zrozumienia wielowarstwowości i indywidualnego zróżnicowania przyczyn bezradności oraz dostrzeżenia, że jest to wypadkowa silnego utożsamienia z rolą ofiary, niepewności i zagubienia w nowej rzeczywistości, osobistych przeszłych doświadczeń oraz przekazów rodzinnych i kulturowych, mocno osadzonych w warunkach politycznych. Syryjczycy, którzy dzisiaj szukają ostoju w Europie, to osoby, które wychowały się w systemie autorytarnym, w którym był przekaz *Aby zapewnić bezpieczeństwo i względny dobrobyt swojej rodzinie, musisz ułożyć się z władzą, nie wychylać, nie wyrażać głośno własnej opinii, właściwie najlepiej, jakbyś stał się niewidoczny*. Wielu znajomych Syryjczyków reaguje ogromną złością na fakt pomijania w mediach zbrodni reżimu Baszara al-Asada, z powodu których, wierząc w wolność i sprawiedliwość, wyszli na ulice wiosną 2011 roku, domagając się demokratycznych reform. Jak mówi Salar, 28-letni student socjologii z Damaszku, pracujący ze mną w roli tłumacza: *Życie w Syrii to było życie stada owiec należących do jednego pasterza, albo wręcz Boga. Nikt nie szedł własną drogą. Wystarczyło, żebyś płacąc za wizytę u dentysty zamruczał, że jako zwykły obywatel musisz płacić fortunę, podczas gdy sprzymierzeńcy Asada mają darmowy dostęp do wszelkich luksusów – i na drugi dzień zni-*

kateś. W Syrii ściany mają uszy. Nie wiesz, gdzie jest podstuch, kto jest tajnym donosicielem. To może być twój wuj lub nawet najlepszy przyjaciel. W ten sposób straciłem kuzyna. W czasie imprezy weselnej stroił sobie żarty z Asada i jego wielkiego nosa, narzekał też na ogromną korupcję w kraju. Następnego dnia rodzina nie znalazła go już w pokoju. Przez rok nie wiedzieliśmy, co się z nim stało. Pewnego dnia skontaktował się z nami anonimowo pewien człowiek, mówiąc, że spotkał mojego kuzyna w jednym z więzień, że przeszedł on przez najgorsze tortury, jego ciało jest owrzodzone, wygłodzone, prosił Boga o śmierć, a rodzinę, by o nim zapomniała. Do więzienia, które przypomina salę średniowiecznych tortur, zabierano z ulicy bez procesu i bez uprzedzenia nawet dwunastoletnie dzieci...

Ja też trafiłem do więzienia. Na 8 metrach kwadratowych było nas 15 osób. Jedni stali, inni leżeli, inni siedzieli. Zmienialiśmy się. W tym samym pomieszczeniu musieliśmy załatwiać potrzeby fizjologiczne. Trafiłem tam po pokojowej demonstracji. Nie robiliśmy nic, śpiewaliśmy piosenki o wolności i równości, maszerując przez miasto. Asad kazał do nas strzelać. Byli zabici i ranni. Ja dostałem się do więzienia prosto z ulicy. Mój ojciec sprzedał kawał ziemi, by mnie wykupić. A kiedy odzyskałem wolność, nie bałem się już niczego, zaangażowałem się jeszcze mocniej. I wtedy... wtedy za karę aresztowali moją siostrę. Ona nie miała nic wspólnego z demonstracjami i opozycją demokratyczną, ale była moją siostrą... Reżim wiedział, jak uderzyć, by zabić ducha w człowieku. Nie chcę mówić, co zrobili mojej siostrze w więzieniu, zanim udało nam się ją wykupić... Może tylko tyle, że była w celi z martwymi ludźmi. Po tym zdarzeniu moja siostra nie jest sobą... Nie ma szans na małżeństwo, życie... Zmarnowałem jej życie. Rodzina odwróciła się ode mnie. Jestem sam, a i tak wierzę, że nie ma innej drogi niż walka o godność za wszelką cenę. Podobnie mówi 22-letni artysta Giwan, któremu tajna policja zagroziła obcięciem rąk za narysowanie karykatury Asada w czasie nudnych zajęć na uniwersytecie. Giwan nie przestał rysować. Nie obcięto mu rąk, ale wycięto drzewa w sadzie jego ojca. Drzewa, które dawały rodzinie pożywienie i środki niezbędne do życia.

Nadanie sensu cierpieniu i głęboka wiara w słuszność podjętych decyzji to cechy, które wyróżniają uchodźców stosunkowo dobrze odnajdujących się w Europie.

Saleh, lekarz, który w rok po dotarciu do Berlina mówi już świetnym niemieckim i pracuje w szpitalu jako wolontariusz, wierzy, że ta wojna to podatek za milczenie, który musi zapłacić, by odzyskać godność i zbudować Syrię od zera.

Przez lata żyliśmy jak ofiary, nie sprzeciwiając się niesprawiedliwości. Wykorzystam czas w Niemczech na rozwój jako lekarz. Wrócę, by otworzyć w Aleppo klinikę wysokiej klasy, do której będą mieli dostęp nawet najbiedniejsi. Natomiast Hasan, który od sześciu miesięcy stara się o azyl, by móc sprowadzić rodzinę, mówi: Nie potrafiłem zrozumieć, dlaczego Bóg zesłał nam tę wojnę aż do dnia, w którym byłem już gotowy do drogi i zalewając się łzami jak niemowlę żegnałem się z żoną i czwórką ukochanych dzieci. Obiecywałem, że ich uratuję, że zrobię wszystko, by ich sprowadzić jak najszybciej, bez narażania na śmierć na morzu. I wtedy mój 16-letni syn Hamzah, który ma bardzo głęboką postać autyzmu, powiedział pierwsze słowo w życiu: „Tata”. Nigdy nie zapomnę tej chwili. Nigdy. Jeśli to wszystko po to, by usłyszeć „Tata”, to warto cierpieć.

Poczucie sensu cierpienia oraz jasność nowych celów to skuteczne lekarstwa na dusze uchodźców. Dla wielu rodziców nowym celem staje się dobra edukacja dzieci, dla wielu osób starszych walka o zachowanie tradycji, dla wielu młodych ludzi nauka demokracji i życia w wolności, by te wartości skonsolidować z syryjską kulturą i zbudować w przyszłości nowe państwo. Wielu Syryjczyków myśli przecież o powrocie, gdy tylko będzie to możliwe. Emigrację czy podróże nie są marzeniem typowym dla ich kultury. Nie raz słyszałam: *Przed wojną nie myślało się nawet o wakacjach w ościennej Jordanii. Wolny czas był zbyt cenny. Każdy chciał spędzić go z najbliższymi. Jeśli podróżować, to na wieś, do babci, nacieszyć się zapachem sadu oliwnego...*

Kultury kolektywistyczne – a kultura syryjska jest bez wątpienia jedną z nich – wysoko cenią sobie rodzinność i to rodzina jest w nich głównym źródłem wsparcia i siły. Zachodni koncept zwracania się w sytuacji jakichkolwiek problemów o pomoc do specjalistów jest wręcz niezrozumiały. W sytuacji finansowego kryzysu szuka się pożyczki w rodzinie, a nie w banku. W przypadku kryzysu emocjonalnego to rodzina ma obowiązek podnieść cię na duchu. Do psychiatry wysyła się tylko osoby w stanie ostrej psychozy i tylko wtedy, gdy nie widzi się innego wyjścia. Problemy psychiczne są na ogół silnie stygmatyzowane, zagrażając reputacji całej rodziny jako jednostki niezdolnej do zdrowego funkcjonowania. Dodatkowo w Syrii w czasach reżimu Asada wielu psychologów czy psychiatrów pełniło rolę szpiegów, mających obowiązek raportowania wszelkich intymnych szczegółów, które w najmniejszy choćby sposób stały w sprzeczności z jedynym akceptowalnym sposobem myślenia. W sytuacji, w której świat zewnętrzny jest tak nieprzewidywal-

ny i groźny, rodzina – a dla Syryjczyków najbliższa rodzina to grupa przynajmniej dwustu osób – staje się małym, samodzielnym światem, pierwszym źródłem norm, praw, zasad, wartości, ale i sprzeżeń zwrotnych przysług i wsparcia. Przetrawianie zależy tutaj od jedności grupy. Omawiane wcześniej posłuszeństwo to środek niezbędny do utrzymania stabilności systemu, a wstyd staje się emocją regulującą jego funkcjonowanie. Wstyd odstawania od normy odczuwany jest jako silnie zagrażający, wręcz destrukcyjny. Stąd też w Europie uchodźcy, próbując zbudować nową grupę na rodzinnych zasadach, robią wiele, by uniknąć odczuwania wstydu. Nie rozumiejąc jeszcze, co zapewnia, a co wyklucza przynależność, zachowują niezwykłą ostrożność opinii i zachowań. Bez zrozumienia ich osobistej historii ta ostrożność oparta na lęku bywa mylna z wycofaniem, wrogością czy nieszczerością. Warto zrozumieć, że ostrożność wynika z ogromnej potrzeby budowania nowych rodzinnych więzi. Uchodźcy, którzy powierzają mi swoje emocje i historie, nazywają mnie siostrą, nigdy psychologiem. By zdobyć ich zaufanie i zrozumieć ich świat, muszę czasem porzucić zasady zdefiniowanego po europejsku profesjonalizmu, przyjąć zaproszenie na herbatę w obozowym namiocie czy pokoju pełniącym rolę domu. Dopiero wtedy stają się swoja.

Kolektywizm syryjskiej kultury oznacza także, że tożsamość grupy determinuje poczucie własnej tożsamości i wartości. Stąd bierze się duma, gdy grupa odnosi sukces. Stąd poczucie zagrożenia, lęk, obniżenie samooceny, wstyd w sytuacji, gdy grupa osobistego odniesienia staje się obiektem szyderstwa, ostrej krytyki. Ten rodzaj cierpienia i lęku jest udziałem większości syryjskich uchodźców, świadomych szerzącej się niechęci wobec ich grupy, grupy uchodźców, grupy muzułmanów czy Arabów... Stają się niepewni swojej indywidualnej wartości, często występują wśród nich symptomy *deprejudice*. *Deprejudice* to nowe pojęcie w psychologii, które można przetłumaczyć jako depresję wywołaną zinternalizowanym stereotypem lub poczuciem, że jest się postrzeganym przez pryzmat stereotypu. Stereotypy stymulujące objawy depresyjne u uchodźców to wspomniane wcześniej przekonanie o ich bezradności, ale także wszechobecna w medialnym i potocznym dyskursie diagnoza islamu, kultury arabskiej, Bliskiego Wschodu jako barbarzyńskiej, ociemniałej cywilizacji opartej na kulcie nienawiści, śmierci i tyranii. W tym miejscu apatyczne podporządkowanie losowi i przedstawicielom europejskich instytucji wiąże się z głębokim wstydem przynależności do deprecjonowanej grupy. Stąd u niektórych uchodźców odcięcie od korzeni. Skrajnym przypadkiem jest postawa Laili, dwudziestolatki, która odmawia mówienia w języku

arabskim, a na swoim facebookowym profilu ostentacyjnie publikuje erotyczne zdjęcia, sceny spożywania alkoholu w berlińskich klubach. W ciągu dwóch miesięcy przeszła zewnętrzne przeobrażenie, które nie musi odzwierciedlać wewnętrznej przemiany, a raczej silny wewnętrzny krzyk, wstyd, złość, lęk przed odrzuceniem przez nowe środowisko. Posuszeństwo Laili jest posuszeństwem wobec nowego świata. Na głębokim poziomie to poczucie niższości i winy występuje nawet u osób, które dumnie deklarują i praktykują wiarę w Allaha. Twórcy pojęcia, Cox i Hollon, twierdzą, że bezradność wyuczona w sytuacji niemożności ucieczki przed stereotypem jest tak silna, jak bezradność wyuczona w czasie niekontrolowanego traumatycznego doświadczenia.

Codzienne zderzanie się z zachowaniami wynikającymi z uprzedzeń to także przykład bardzo silnie odczuwalnej mikrotraumy.

Pojęcie mikrotraumy wprowadził do psychologii Nossrat Peshkian, twórca transkulturowej psychoterapii pozytywnej. Mikrotrauma to wydarzenie z pozoru błahe, którego znaczenie się pomija, a które ma moc kropli przelewającej czarę. Często łatwiej zagubić się, gdy najsilniejszym źródłem stresu nie jest tak realne zagrożenie jak bomba czy głód, ale powtarzające się z pozoru małe frustracje: zgubienie w nowym mieście, brak regularnego dostępu do prysznicza, niesmaczne jedzenie, chrapiący sąsiad w pokoju... Jak wytłumaczyć innym i samemu sobie silne zmiany, jakie nagle zachodzą w wewnętrznej rzeczywistości i zachowaniu bez podawania dramatycznej przyczyny? Wielu uchodźców mówi: *Nie jestem sobą odkąd tu przyjechałam. To nie ja.* Takie słowa usłyszałam od Noor, Syryjki, która płacze całe noce, bo nie może znieść zapachu stęchlizny w namiocie. Obrzydliwy zapach wywołuje emocje, które zostały wyparte w czasie walki o przetrwanie. To jakby smród nowego, niechcianego życia. To tęsknota za zapachem własnego domu i własnej pościeli. Często to mikro-, a nie makrotraumy są czynnikami spustowymi choroby czy wybuchu silnych emocji dotąd trzymany w ukryciu. Noor, odkąd zamieszkała z mężem i trójką dzieci w ośrodku dla uchodźców, jest nieustannie rozdrażniona, nieustannie krzyczy na męża i dzieci. Zapach stęchlizny to metafora kryjąca wiele małych czynników, które są poza kontrolą Noor.

Brak kontroli, brak planu, nieprzewidywalność to najsilniejsze stresory. Jest wielka różnica w funkcjonowaniu uchodźców, którzy mają dostęp do informacji, mają grupę wsparcia, która objaśnia im nową rzeczywistość, mogą żyć we własnym, choćby skromnym mieszkaniu. Ludzie potrafią przetrwać najgorsze cierpienie, jeśli pomoże się im

wzbudzić nadzieję na lepsze potem i nada tej nadziei ramy czasowe. Często najskuteczniejszą psychoterapią dla uchodźców jest rzetelna informacja, przywracająca poczucie kontroli lub wygospodarowanie choćby małej przestrzeni, o której mogą decydować.

W okolicach Sylwestra Berlin ogarnia nieporównywalny z niczym obłęd fajerwerków. Wybuchy trwają dosłownie nieprzerwanie przez tydzień, a w noworoczną noc miasto trzęsie się od huku, w którym trudno nawet wyróżnić indywidualne eksplozje. Wielu Berlińczyków opuszcza miasto, wysyła dzieci i zwierzęta na wieś. Dlatego tak bardzo martwiłam się o uchodźców: jakie reakcje, emocje, wspomnienia wywoła ta kanonada? Alex, syryjski lekarz, przyszedł z poradą: *Daj uchodźcom petardy, szczególnie dzieciom. Pokaż, jak ich używać. Niech się przekonają, że te wybuchy im nie zagrażają, niech mają kontrolę nad hałasem, niech nie czują się jak ofiary, ale jak sprawcy.*

Jak ważne jest owo poczucie kontroli, dobitnie ilustruje historia Mohammada. 31-letni Mohammad wziął na siebie odpowiedzialność opieki nad trójką nastoletnich kuzynów w drodze do Niemiec. Opowiadał mi, że w czasie podróży pontonem przez wzburzone morze śpiewał i modlił się razem z chłopcami, nawet żartował, dodawał im otuchy. Takim też człowiekiem był wcześniej, pełnym ciepła i humoru. W dniu, w którym się poznaliśmy, Mohammad wdał się w krwawą bójkę z sąsiadem, bo ten chrapał i kolejną noc nie dawał mu spać. To była pierwsza bójka w życiu Mohammada. Z opisu świadków wyglądało to jak napad niekontrolowanej agresji. Długo rozmawiałam po tym zajściu z Mohammedem: *Gdy walki zaczęły się w moim mieście, spałem nie więcej niż dwie godziny dziennie, przewoziłem rannych do szpitala, pomagałem ludziom dostać się w bezpieczne rejony, dostarczałem żywność. I tak przez dwa tygodnie. Nawet nie czułem zmęczenia. Tutaj każda bezsenna noc doprowadza mnie do szału. Trudno mi usnąć, bo mam w głowie matkę, która została w Syrii, więc jak już zmruję oczy i zbudzi mnie to chrapanie, to czuję, że mógłbym tego człowieka rozszarpać zębami.*

DLaczego łatwiej przetrwać wojnę niż chrapanie sąsiada z łóżka obok?

W mieście ogarniętym wojną, w czasie niebezpiecznej podróży do Europy, człowiek działa w trybie walki-ucieczki, mobilizując wszystkie *superpowers*. By umożliwić przetrwanie, następuje silne, czasem dramatyczne odcięcie od przeżywanego lęku, złości na niesprawiedliwość losu, bólu. To niesuttanne napięcie i wysiłek skrywania emocji i słabości nadwyrażają cały system. Gdy opada napięcie, a człowiek czuje,

że nie musi już walczyć czy uciekać, okazuje się, jak wiele zasobów zostało wyczerpanych. Silne emocje szukają wentyla, przez który mogłyby się przedostać na zewnątrz i przestać ugniatać od środka. Wiele osób mówi: *Cały dzień jest dobrze, ale gdy kładę się do łóżka, nie mogę spać, wracają wspomnienia... Gdy usnę na chwilę, budzą mnie koszmary. Wszystko znika o świcie i znowu, jakby nigdy nic, zaczynam dzień.* Skutki bezsenności: rozdrażnienie i zaburzenia poznawcze, są udziałem większości osób w pierwszych tygodniach, w okresie biurokratycznego zamieszania. Emocje sączą się powoli, nie zawsze docierając do świadomości. Wielu uchodźców opowiada bez najmniejszego drżenia w głosie o najbardziej dramatycznych wydarzeniach, o stracie najbliższych osób, szukaniu martwych ciał w gruzach, obserwowaniu śmierci, huku wybuchów i walących się budynków.

Osobiste historie brzmią, jakby były opisami filmu, który widzieli, ale nie przeżyli. Jeden z Syryjczyków wyznał z lękiem o swoje zdrowie:

To dziwne, ale nie słyszę odgłosów karettek, nawet kiedy widzę, że nadjeżdżają. Otepienie emocjonalne i sensoryczne chroni człowieka przed głębokim doświadczeniem traumy, jawiącym się jako zagrażające dla całościowego funkcjonowania.

Wielu uchodźców uskarża się na bóle, które po medycznej diagnostyce, a nawet hospitalizacji, nie zyskują uzasadnienia. W mojej praktyce spotkałam mężczyznę, który reagował wymiotami na każdą potrawę. Spotkałam kobietę, którą hospitalizowano na skutek skrajnego wyczerpania organizmu – odkąd przybyła do Europy, nie była w stanie przełknąć nawet wody. Warto szukać metaforycznych znaczeń somatycznych zaburzeń, ich psychicznych przyczyn. Wspomniane reakcje można widzieć jako wiadomości wysyłane przez organizm z informacją o lęku, braku zaufania do nowej rzeczywistości i braku wewnętrznej zgody na życie tak daleko od domu i rodziny. Często tylko psychosomatyczne, a nie medyczne podejście pozwala na aplikację skutecznego lekarstwa. Zamiast tabletki można człowiekowi zaaplikować nadzieję, pokazać dobre strony nowego życia, zapoznać ze wspierającymi, życzliwymi ludźmi, pokazać, że metaforyczny pokarm nie jest trujący, że jest w tym nowym menu wiele odżywczych składników, które znają z domu, takich jak miłość, społeczne więzi, przyjaźń, wiara. To wszystko może odbywać się poza werbalnie, poprzez metaforyczne interwencje, bycie razem, budowanie nowych więzi z szacunkiem dla głębokiej traumy skrywanej w ciele. Wchodząc w osobisty kontakt musimy wykazać się ogromnym szacunkiem dla mechanizmów przetrwania, jakie uruchomiła dana osoba. Wprowadzenie człowieka w kontakt z głębokim bólem

musi odbywać się w odpowiednim, bezpiecznym miejscu i czasie. Istnieje wiele technik, pozwalających leczyć traumatyczne zranienia bez konieczności przywoływania ich bezpośrednio do świadomości; można niejako wytrząść traumę z ciała poprzez taniec, sport, muzykę, malowanie, zdrową aktywność seksualną. Ważne, by pomóc w przekierowaniu traumatycznej energii utrzymującej organizm w napięciu. Rozmowa jest jednym z najsilniejszych sposobów kanalizowania traumy, podczas gdy śpiew, sztuka, muzyka, taniec działają bez ryzyka zalewania świadomości bolesnymi treściami. Bardzo sprawdza się technika znana jako TRE, Tension and Trauma Releasing Exercises, autorstwa Davida Bercelego. Podjęcie interwencji jest niezwykle ważne, jako że trauma nieuświadomiana i nieadresowana empatycznie nie znika magicznie, ale znajduje ujście w niezrozumiałych, a często groźnych dla człowieka i otoczenia reakcjach czy też w chorobie.

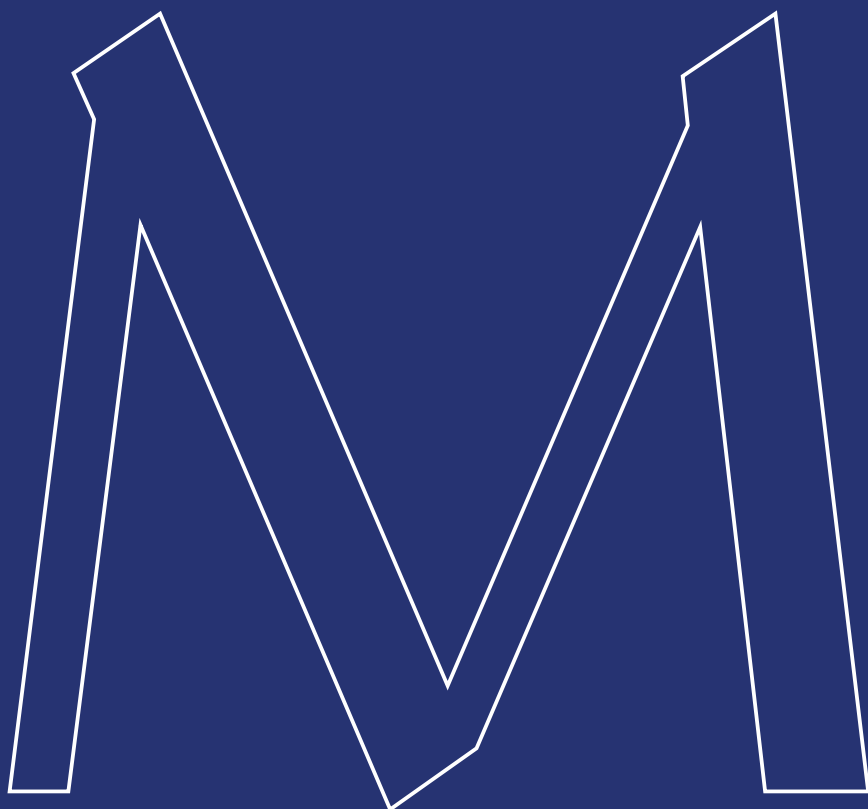
To, jak człowiek sobie radzi, jest wypadkową całej życiowej historii, podczas gdy jednym z najczęstszych automatycznych wykrzywień poznawczych jest postrzeganie uchodźcy jako osoby, która narodziła się wraz ze zbrojnym konfliktem lub nawet później, w chwili opuszczenia kraju. Często zakłada się, że trauma wojny to jedyna trauma, jaka tę osobę spotkała, jedyny ból, jaki w sobie nosi. Dlatego już w pierwszym kontakcie warto zapytać o życie przed wojną. To uruchamia w człowieku wspomnienia, które są kluczowe dla tego, kim jest i jak funkcjonuje dzisiaj. To mogą być piękne wspomnienia rodzinnej siły, pięknych tradycji, ale i wspomnienia bólu i straty. Pytając o historię całego życia, o rodzinę, wiarę, kulturę, dostrzeżemy człowieka, a nie uchodźcę, dostrzeżemy, co nas łączy na głęboko humanistycznym poziomie.

Nie sposób na kilku stronach scharakteryzować psychicznego funkcjonowania uchodźców, ale jeśli w miejsce brakującej wiedzy wstawimy empatię, zdolność poszukiwania podobieństw, zdolność widzenia indywidualnego człowieka, a nie członka grupy obrosłej stereotypem, zbudujemy kontakt, który sam w sobie ma uzdrawiającą moc.

Anna Hania Hakiel

II

Gościnność – spotkanie kultur



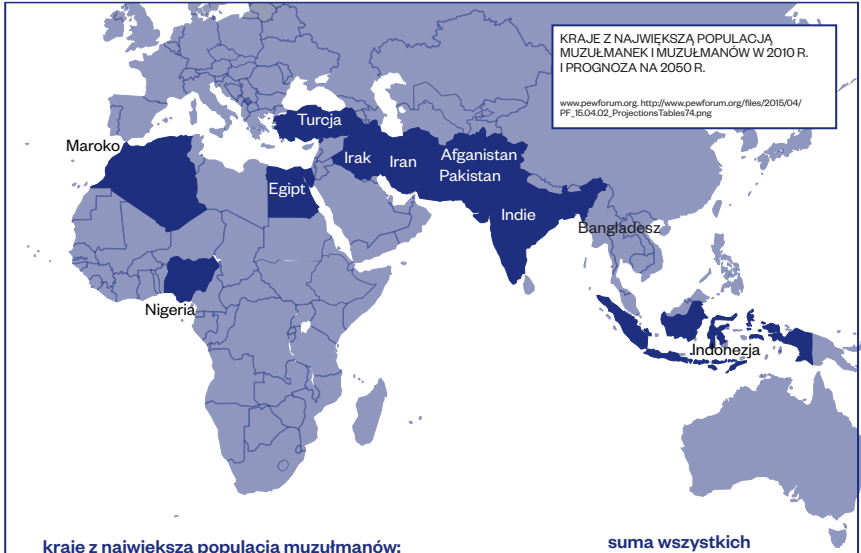
HISTORIA ISLAMU W SKRÓCIE

Islam jest obok judaizmu i chrześcijaństwa trzecią największą religią monoteistyczną. Bardzo często utożsamiany jest ze światem arabskim, mimo że Arabowie stanowią tylko 1/5 wszystkich muzułmanów, a statystycznie najmniej wyznawców islamu żyje właśnie w krajach arabskich.

Pod względem liczebności wyznawców tej religii w ostatnich latach przoduje Indonezja. Według Wikipedii islam wyznaje w Indonezji 87,2% populacji tego kraju, czyli ok. 209 mln ludzi. Populacja muzułmanów w Polsce to około 1% całego społeczeństwa. W tej liczbie znajdują się również Tatarzy, czyli polscy muzułmanie. Arabskie słowo **Allah** znaczy po prostu **Bóg**. Według islamu jest to ten sam Bóg, którego czczą wyznawcy judaizmu i chrześcijaństwa. Muzułmanki i muzułmanie wierzą, że człowiek jest winien Bogu całkowite postuszeństwo, jest jego sługą – a nie, jak w chrześcijaństwie, „dzieckiem Bożym”. To Bóg wyznaczył zasady rządzące światem i należy je respektować, a nie szukać własnych rozwiązań. Bóg istnieje poza światem, nie ma żadnych określonych cech fizycznych. Dlatego człowiek (inaczej niż mówi się o tym w Biblii) nie mógł zostać stworzony „na obraz i podobieństwo Boże”.

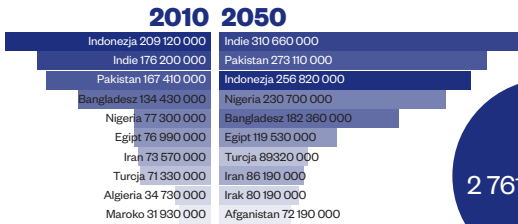
KRAJE Z NAJWIĘKSZĄ POPULACJĄ MUŻULMANEK I MUŻULMANÓW W 2010 R. I PROGNOZA NA 2050 R.

[www.pewforum.org. http://www.pewforum.org/files/2016/04/PF_E04.02_ProjectionsTables%4.png](http://www.pewforum.org/files/2016/04/PF_E04.02_ProjectionsTables%4.png)



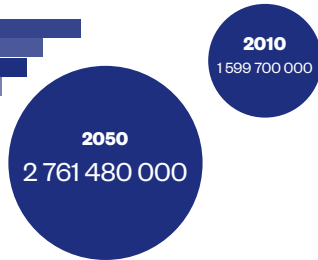
kraje z największą populacją mużulmanów:

suma wszystkich mużulmanów:



pozostałe kraje: 546 700 000

pozostałe kraje: 1 060 410 000



Od początku stworzenia ludzkości Bóg przysyłał ludziom swoich posłańców. Przekazywali oni zasady wiary i ostrzegali przed popełnianiem grzechów. Pierwszym wysłannikiem był Adam, pierwszy człowiek na ziemi. Inni ważni wysłannicy Boga to Noe (Nuh), Lot (Lut), Abraham (Ibrahim), Mojżesz (Musa), Jezus (Isa) i oczywiście Mahomet, najważniejszy z proroków islamu, któremu objawiony został Koran, czyli święta księga.

Mahomet urodził się prawdopodobnie w 570 roku, zwanym „rokiem słońca”, w Mekce. Należał do ubogiego rodu Haszymidów wywodzącego się z plemienia Kurajszytów, słynącego m.in. z handlu. Ojciec osierocił go tuż przed narodzinami. Matka, Amina, zmarła, gdy prorok miał 6 lat. Opiekę nad nim przejął dziadek, a po jego śmierci Muhammad trafił pod opiekę stryja Abu Taliba. W wieku 25 lat posłużył 40-letnią Chadidżę, która później została pierwszą muzułmanką. Dzięki zdobyciu stabilizacji rodzinnej oraz materialnej prorok mógł poświęcać czas na rozmyślanie i modlitwę. W 610 roku, gdy znajdował się w grocie góry Hira w pobliżu Mekki, ukazał mu się Anioł Gabriel. Był to początek objawień islamu, które trwały aż do śmierci proroka w 632 roku. Objawienia zostały spisane w Koranie.

Koran nie jest jedynym źródłem wiedzy czy też zasad moralnych muzułmanek i muzułmanów. Równie istotne są hadisy, czyli zbiory opowieści przytaczających słowa proroka. Muzułmanin traktuje Koran jako kompas swojego życia. Jeżeli nie znajdzie w nim odpowiedzi na nurtujące go pytania, wówczas sięga po hadisy, które są swoistą „mapą życia”, ponieważ odnoszą się praktycznie do wszystkich jego aspektów.

Dogmaty islamu:

- wiara w jednego Boga;
- wiara w anioły;
- wiara w księgi święte – Torę, Ewangelie, Koran;
- wiara w wysłanników i proroków – od Adama po Mahometa;
- wiara w dzień Sądu Ostatecznego – a po nim raj lub piekło.

Filary islamu:

Wiara w jedność Boga

Oświadczam, że nie ma boga poza Bogiem jedynym oraz oświadczam, że Muhammad jest jego ostatnim wysłannikiem – w islamie nie ma ceremonii chrztu, nie podpisuje się również żadnego oświad-

czenia o przynależności wyznaniowej. Aktem włączenia do wspólnoty muzułmańskiej jest świadome i szczere wypowiedzenie powyższych słów w języku arabskim.

Modlitwa

Modlitwa została nakazana przez Boga. Osoby wyznające islam wierzą, że regularne jej odmawianie pięć razy w ciągu dnia umożliwia nawiązanie prawdziwego kontaktu z Bogiem oraz osobisty rozwój duchowy. Pory modlitw uzależnione są od położenia słońca, więc ich czas jest ruchomy. Modlitwa powinna być odmawiana w języku arabskim oraz w stanie rytualnej czystości, który osiąga się w wyniku ablucji. Jeśli nie zrobiło się nic, co naruszyłoby ten stan, ablucja nie jest konieczna. Stan czystości naruszają: sen, utrata przytomności, dotknięcie osoby odmiennej płci (z wyjątkiem własnej żony czy męża), załatwianie potrzeb fizjologicznych lub dotykanie intymnych części ciała. Miejsce modlitwy powinno być uprzątnięte, muzułmanki/muzułmanie modlą się bez butów. Do modlitwy używają maty lub modlitewnego dywanika. Nie wolno odmawiać modlitwy w miejscach nieczystych, takich jak cmentarz, rzeźnia, śmietnik czy łaźnia.

Jałmużna

Jałmużna, czyli *zakaat*, w dosłownym tłumaczeniu oznacza zarówno oczyszczenie, jak i rozwój. Obowiązkiem muzułmanina/muzułmanki jest oddawanie części ze swojego majątku osobom potrzebującym. Zakat dawany jest przynajmniej raz w roku w trakcie ramadanu. Mogą to być zarówno pieniądze, jak i jedzenie, ubrania, a nawet dobre słowo czy uśmiech. Wysokość zakatu uzależniona jest od majątności danej osoby. Drugim rodzajem jałmużny jest *sadaka*, czyli dobrowolna ofiara składana na biednych w dowolnym czasie.

Post

Post, czyli ramadan trwa od 30 do 31 dni. Jest to post ruchomy, jego rozpoczęcie i zakończenie uzależnione jest od kalendarza księżycowego. Podczas ramadanu osoby wyznające islam postczą od wschodu do zachodu słońca. Post oznacza całkowite powstrzymanie się od jedzenia, picia, stosunków seksualnych i palenia tytoniu – od świtu do zachodu słońca. Z postu zwolnione są dzieci, kobiety w ciąży, karmiące piersią, w czasie menstruacji, osoby będące w podróży oraz starsze i chore.

Pielgrzymka

Pielgrzymka do Mekki jest obowiązkiem tych osób, którym pozwala na to sytuacja materialna oraz zdrowie. Podczas pielgrzymki wszyscy wierni ubrani są na biało, co symbolizuje równość wobec Boga. Pielgrzymkę rozpoczyna się w 12-tym miesiącu kalendarza muzułmańskiego.

CO ŁĄCZY MUZUŁMANINA Z CHRZEŚCIJANINEM I ŻYDEM?

- Wiara w Boga jako stwórcę człowieka i całego świata, wspólne odwoływanie się do niektórych postaci istotnych ze względu na historię religijną ludzkości, niekiedy również rozpoznanie misji tych postaci (np. prorocy Abraham/Ibrahim, Noe/Nuh, Lot/Lut etc.);
- odwoływanie się do koncepcji objawienia bożego;
- wiara w Księgi (Tora, Ewangelia, Koran) pochodzące od Boga, zawierające pouczenia i ukazujące człowiekowi słuszną drogę postępowania;
- wiara w świat niewidzialny, np. w istnienie aniołów;
- wiara w życie ostateczne;
- podobne spojrzenie na niektóre kwestie społeczne, takie jak np. funkcjonowanie rodziny czy relacje między rodzicami i dziećmi.

KULTURA W KRAJACH ARABSKICH

Co można, a czego nie wolno? Jak dyskretnie pożegnać gości? Z czego można żartować, o co pytać? Poniżej znajdują Państwo krótką „ścią-gę” na temat najpopularniejszych tradycji i zwyczajów panujących w domach arabskich (nie tylko muzułmańskich).

- Nigdy nie przychodź z wizytą niezapowiedzianą – gospodarze potrzebują czasu, aby się przygotować, np. ubrać odpowiedni strój, schować rzeczy prywatne czy wyprosić poprzednich gości. Jak to zrobić? Najlepiej powiedzieć bawiącym się dzieciom, aby zapukały do drzwi odwiedzanego domu z informacją, kto i za ile minut się pojawi. Nie ma dzieci? Możesz skorzystać z telefonu.

- Do drzwi pukaj trzykrotnie, jeżeli za trzecim razem nikt nie otworzy, oznacza to, że albo nikogo nie ma, albo gospodarze nie mają czasu lub ochoty na gości. Nie obrażaj się! Spróbuj następnym razem.
- Na zakończenie wizyty gospodarze podają gościom kawę. Jest to dyskretny znak, że nadszedł koniec spotkania.
- Zawsze miej ze sobą mały podarunek. Może to być woda, chleb, słodycze czy mąka. Jest to wyraz szacunku dla gospodarzy, a także obowiązek religijny, gdy odwiedzamy osobę mniej zamożną niż my.
- Pamiętaj, że pochwały są wiążące. Jeśli kobieta będzie chwyciła się bluzką drugiej kobiety, właścicielka będzie czuła się w obowiązku przekazania bluzki w formie prezentu. Dotyczy to również mężczyzn.
- Mężczyzna nie pyta o imiona kobiet z rodziny innego mężczyzny. Jest to uznawane za brak szacunku. Dotyczy to osób z dalszego otoczenia.
- Przyjęcie przez kobietę nazwiska męża po ślubie jest bardzo rzadką praktyką.
- W krajach arabskich małą wagę przywiązuje się do nazw ulic czy numerów domów. Dlatego zamawiając taksówkę podaje się imię i nazwisko odwiedzanej osoby.

STEREOTYPY

→ **Muzułmanie wierzą w Allaha.**

Allah jest arabskim słowem, które oznacza „bóg”. W arabskim przekładzie Biblii słowo Allah występuje w tych samych miejscach, co słowo „Bóg”.

→ **Muzułmanin ma cztery żony.**

Islam dopuszcza możliwość posiadania więcej niż jednej żony, lecz jest to uwarunkowane wieloma czynnikami, takimi jak np. stan majątkowy. Każda żona musi być traktowana na równi, czyli w praktyce, jeżeli jedna mieszka w mieszkaniu 3-pokojowym, kolejnej mężczyzna musi zagwarantować taki sam standard. Każda żona musi wyrazić zgodę na kolejne małżeństwo męża. Dla muzułmanek, które nie wyobrażają sobie życia „w trójkącie” istnieje idealne rozwiązanie w postaci kontrak-

tu ślubnego, który spisywany jest przed ślubem. Kobieta może w nim zastrzec, że nie wyraża zgody na kolejne małżeństwa – wtedy mąż nie może nawet zapytać o ewentualny kolejny ożenek; jedynym wyjściem z perspektywy mężczyzny będzie rozwód z pierwszą żoną.

Wieloleżństwo najczęściej praktykowane jest w przypadku, gdy np. kobieta ma małe dzieci, a jej mąż umiera. Wówczas brat męża może poślubić bratową, aby zapewnić jej i dzieciom godne życie. Należy jednak pamiętać, że żona przyszyłego pana młodego musi wyrazić zgodę. Gdy rodzina jest niepełna, kobieta nie może mieć dzieci lub je ma, a jest np. śmiertelnie chora, może wyrazić zgodę na kolejne małżeństwo męża. Islam zabrania zbliżeń pozamałżeńskich, pozwala natomiast na poślubienie czterech kobiet, gwarantując jednocześnie każdej z nich określone prawa.

→ **Kobiety wydawane są za mąż wbrew własnej woli.**

Islam wyraźnie mówi o tym, że małżeństwo jest ważne tylko i wyłącznie wtedy, gdy oboje partnerzy tego chcą. Kobieta przed ślubem stawia przyszłemu mężowi „warunki”, które zostają spisane w formie kontraktu. Dokument spisuje kobieta.

→ **Muzułmanka musi zakrywać ciało i włosy.**

Islam nie nakazuje zasłaniania włosów, ciała czy twarzy. Niezasłanianie włosów nie czyni kobiety niewierzącą, a zasłanianie nie sprawi, że stanie się ona muzulmanką. Warto zauważyć, że hidżab, czyli cały strój kobiecy, włącznie z chustką na głowie, jest porównywalny do stroju Marii, matki Jezusa, współczesnych zakonnicy czy ortodoksyjnych żydówek. Oczywiście są kraje, w których istnieje wymóg zasłaniania włosów (Iran), a nawet twarzy (Arabia Saudyjska). Zwyczaj ten wynika jednak z kultury tych krajów, a nie z nakazu islamu.

→ **Muzułmanie nienawidzą świń.**

Koran zabrania spożywania mięsa wieprzowego, które jest w islamie uważane za „nieczyste”. Znajduje to naukowe uzasadnienie – badania pokazują, że świnia wydała tylko 2% kwasu moczowego z organizmu. Nadmiar kwasu moczowego w organizmie świni, a więc także w spożywanym mięsie, może być przyczyną wielu chorób. Mięso wieprzowe bywa też siedliskiem wielu chorób pasożytniczych.

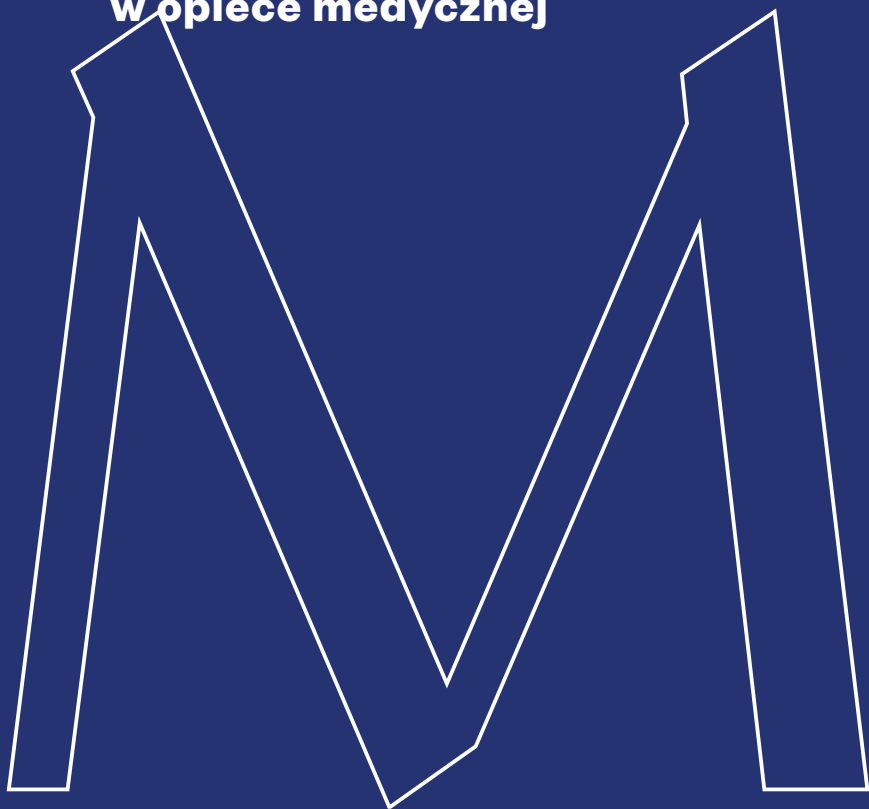
Aleksandra Filipowicz

PODSTAWOWE SŁOWA W JĘZYKU ARABSKIM

Cześć	marhaba
Dzień dobry	sabahal khair
Pokój z Tobą	salam alejkum
Jak się masz?	kif halak?
Dziękuję, bardzo dobrze	szukran, mnicha
Mam na imię...	is me...
Jak masz na imię?	szu ismak?
Skąd jesteś?	min ejna ent?
Miło Cię poznać	said bil kaik
Gdzie jest twoja rodzina?	ajna a iletuk?
Czy jesteś głodny?	hal anta żaa'a
Czy chcesz pić?	hal tu ridu an taszrab?
Nie bój się	latahaf
Chodź do mnie	taal hun
Proszę	afgan
Tak	naam
Nie	laa

III

**Transkulturowość
w opiece medycznej**



DEFINICJE I HISTORIA

Wobec powszechnej w obecnych czasach migracji ludności wiedza o określonych zachowaniach danej społeczności wobec zdrowia i choroby oraz umiejętność funkcjonowania w środowisku zróżnicowanym kulturowo ma kluczowe znaczenie w świadczeniu opieki zdrowotnej. Fakt, że pacjentka lub pacjent pochodzą z innego kręgu kulturowego, a więc reprezentują różne od naszego rozumienie kwestii zdrowia, choroby i sposobów leczenia, stawia szczególne wyzwania przed pracownikami/pracownikami medycznymi. Jednym z tych wyzwań jest zdolność rozpoznania problemów podopiecznych wynikających z różnic kulturowych oraz umiejętność reagowania na nie zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Transkulturowość² w opiece medycznej wpisuje się w nurt medycyny holistycznej (od gr. *holos* – cały). Jej podstawy sformułował we wczesnych latach XX Jan Smuts, południowoafrykański polityk i filozof. Medycyna holistyczna opiera się na założeniu, że ciało, umysł, emocje i sfera duchowa człowieka stanowią jedność. W krajach takich, jak Stany Zjednoczone, Kanada, Wielka Brytania czy Szwecja, a więc tam, gdzie społeczeństwa od dawna są zróżnicowane etnicznie i religijnie, transkulturowe podejście w opiece medycznej zaczęło rozwijać się w latach 50. i 60. XX wieku. Wtedy to zauważono, że fakt pochodzenia i wyznawanej religii ma znaczenie w procesie diagnozowania, leczenia i opieki nad osobami chorymi. Znaczenie różnic kulturowych w opiece medycznej badała m.in. Madeleine Leininger, amerykańska pielęgniarka i antropolożka. Stworzona przez nią teo-

² Transkulturowość – koncepcja stworzona przez filozofa Wolfganga Welscha, która mówi, że dzisiejsze kultury w dużej mierze charakteryzuje mieszanie, przenikanie i hybrydyzacja, a kultury nie mają już sugerowanej wcześniej formy jednorodności i odrębności.

ria opieki kulturowej podkreśla duży wpływ środowiska socjokulturowego i religii na ludzkie zdrowie. Leininger na plan pierwszy wysuwa pacjenta jako istotę uwarunkowaną kulturowo i kładzie duży nacisk na różnorodność oraz uniwersalizm w świadczonej opiece³. Również bardziej współcześni badacze i badaczki tematu podkreślają, że biomedycyna musi używać metod, które rozpoznają i odpowiadają na poglądy i wartości jednostek i kultur, nie tylko w określaniu rodzaju problemów pacjentki/pacjenta, ale także w zakresie poszukiwania rozwiązań. Wyjście poza biomedyczny model zdrowia powinno uwzględniać światopogląd, wartości kulturowe, kontekst środowiskowy, a także tradycyjne (wywodzące się z medycyny ludowej) i zawodowe systemy opieki, z jakich pochodzą osoby chore. W przypadku pacjentki/pacjenta pochodzącego z innego kręgu kulturowego umiejętność rozpoznawania i radzenia sobie z perspektywą choroby, która odbiega od biomedycznej definicji zdrowia i choroby, jest warunkiem właściwej identyfikacji problemów oraz opracowania skutecznych planów dotyczących ich rozwiązywania⁴.

KOMPETENCJA MIĘDZYKULTUROWA

Problemy tworzą uprzedzenia i założenia osoby udzielającej pomocy, a nie różnice kulturowe.

Alexander Thomas, niemiecki psycholog społeczny, proponuje, by kompetencję międzykulturową rozumieć jako zdolność do zauważania i szanowania u samego siebie, jak i u innych osób, uwarunkowań kulturowych i czynników wpływających na postrzeganie, ocenianie, odczuwanie, zachowanie⁵. Posiadanie kompetencji międzykulturowych pozwala na efektywne funkcjonowanie w środowisku wielokulturowym. Pomaga w komunikacji, budowaniu relacji i rozwiązywaniu problemów. Kompetencja kulturowa nie wymaga dokładnej znajomości czy rozumienia danej kultury. Wiedza oczywiście pomaga, ale ważniejsza jest świadomość tego, że nie wie się wszystkiego i otwartość, oparta na szacunku, pozbawiona uprzedzeń postawa wobec pa-

3 Por. *Problemy wielokulturowości w medycynie*, dz. cyt., s. 9, a także: A. Majda, J. Zalewska-Puchała, *Teoria transkulturowej opieki pielęgniarstwa [w:] Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. nauk. A. Majda et al., Warszawa 2010.

4 R.W. Putsch III, M. Joyce, *Dealing with Patients from Other Cultures*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK340/>.

5 Por. M. Godyń, *Kompetencja międzykulturowa*, <http://www.neraida.pl/index.php/baza-wiedzy/item/65-kompetencja-mi%C4%99dzykulturowa>.

cientki/pacjenta⁶. Liczenie się z wartościami i normami pacjentek/-ów nie oznacza również tego, że bezwarunkowe pierwszeństwo jest przyznawane ich wartościom i przekonaniom. Chodzi raczej o to, by znaleźć przestrzeń, w której spotkają się możliwości i realia opieki zdrowotnej w Polsce i potrzeby pacjentek/pacjentów pochodzących z innych kultur.

Ze względu na coraz większą różnorodność etniczną wśród populacji pacjentów i pacjentek, kompetencja kulturowa staje się kluczową umiejętnością pracowniczek/-ków medycznych. W sytuacji, gdy osoba chora pochodzi z innego kręgu kulturowego, pozwala ona na pokonanie barier kulturowych, które jest niezbędnym warunkiem udzielenia profesjonalnej pomocy.

ZDROWIE I CHOROBA Z PERSPEKTYWY OSÓB WYZNAJĄCYCH ISLAM

Chociaż jako gatunek biologiczny ludzie muszą zaspokajać swoje biologiczne i psychiczne potrzeby, aby przeżyć, to jednak sposoby, w jakie te potrzeby są zaspokajane, bardzo różnią się od siebie⁷.

Islam definiuje zdrowie jako stan fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej równowagi i uważa je za jedno z największych błogosławieństw, jakimi Bóg obdarzył ludzkość. Dla wyznawców islamu dbanie o własne zdrowie jest obowiązkiem religijnym i stanowi ważny element życia wierzącego i praktykującego muzułmanina/muzułmanki. Zdrowie jest w islamie pojmowane znacznie szerzej niż w kulturze zachodniej. Zdrowym człowiekiem nie jest wyłącznie ktoś, kogo ciało funkcjonuje prawidłowo. Zdrowie to również dobry stan ducha oraz serca – pojmowanego jako ośrodek emocji i wiary. Człowiek to dusza i ciało, intelekt i emocje, wiara i działanie – połączone w jedno. Zadbanie równocześnie o wszystkie te sfery życia gwarantuje równowagę, która jest niezbędnym czynnikiem prawidłowego rozwoju człowieka⁸.

6 Por. K. Van Damme-Ostapowicz, *Dialog kulturowy, kompetencja kulturowa [w:] Problemy wielokulturowości w medycynie*, red. nauk. E. Krajewska et al., Warszawa 2010, s. 104.

7 A. Majda, J. Zalewska-Puchała, *Teoria transkulturowej opieki pielęgniarzkiej*, dz. cyt., s. 19.

8 T. Stefaniuk, *Czy istnieje islamska filozofia zdrowia?*, <http://bacon.umcs.lublin.pl/~tstefaniuk/papers/Stefaniuk%20T.,%20Czy%20istnieje...pdf>, s. 113.

Muzułmanie i muzułmanki wierzą, że choroba, cierpienie i umiowanie jest częścią życia. Samą chorobę postrzegają jako czas próby zesłanej przez Boga. Islam zaleca cierpliwe znoszenie trudności życiowych, w tym także chorób. Cierpliwość jest jedną z najważniejszych cnót muzułmanki/muzułmanina, którzy wierzą, że nieszczęścia spotykające ludzi w życiu doczesnym oczyszczają z grzechów lub podnoszą status osoby cierpiącej w raju. W żadnej sytuacji muzułmance/muzułmaninowi nie wolno samowolnie rezygnować z leczenia. Byłoby to przeciwstawieniem się zasadzie świętości życia.

OPIEKA ZDROWOTNA NAD MUZUŁMANKAMI/MUZUŁMANAMI

Ludzie różnią się nie tylko rodzajem schorzenia, ale także przynależnością kulturową⁹.

Praktyki religijne dominują każdy aspekt rzeczywistości, a także codzienne zachowania wielu muzułmank i muzułmanów. Islam jest bowiem dla jego wyznawców nie tylko religią, ale także sposobem życia. Koran i Sunna zawierają zalecenia dotyczące metod leczenia, sposobu odżywiania się, korzystnego miejsca zamieszkania, zachowania czystości i etykiety lekarskiej. Zalecenia te są traktowane jako konstytutywne elementy muzułmańskiego wychowania zdrowotnego. Zasady islamu określają nie tylko sposoby leczenia objawów choroby, lecz przede wszystkim zapobiegania samym chorobom. Do działań profilaktycznych islam zalicza post, modlitwę, rytualne obmycie ciała, jałmużnę i małżeństwo oraz zakazy picia alkoholu, palenia papierosów, używania narkotyków, cudzołóstwa, hazardu i jedzenia wieprzowiny. Jednym z podstawowych nakazów Allaha skierowanych do człowieka jest zdobywanie wszechstronnej wiedzy (w tym także medycznej) w celu maksymalnej ochrony ludzkiego zdrowia.

Islamski zakaz spożywania wieprzowiny i alkoholu, czy też nakaz obmywania się przed modlitwą w oczywisty sposób kojarzą się ze zdrowiem. Warto jednak wspomnieć, że również modlitwa (którą odprawia się pięć razy w ciągu dnia) zawiera w sobie zdrowotny aspekt – oddawanie pokłonów angażuje liczne stawy i mięśnie oraz kręgosłup modlącej się osoby, nie wymagając od niej przy tym wielkiego wysiłku. Modlitwę można zatem uznać za obowiązkowe „ćwiczenia fizyczne”. W publikacji *Czy istnieje islamska filozofia zdrowia?* czyta-

⁹ *Problemy wielokulturowości w medycynie*, dz. cyt., s. 11.

my: *Większość form wyznawania wiary islamu, takich jak modlitwy, post, pielgrzymka, wykazuje pewien sportowy charakter – chociaż służą one przede wszystkim duchowym celom*¹⁰.

Oczywiście zdarzają się muzułmanki i muzułmanie, którzy nie przestrzegają ściśle praktyk islamu, jednak nawet wśród nich istnieje pewna homogeniczność w odniesieniu do przekonań zdrowotnych, praktyk medycznych i korzystania z opieki zdrowotnej. Niektóre z tych przekonań wpływają na postawy pacjentek i pacjentów muzułmańskich w sytuacji choroby, a także na zachowanie w środowisku szpitalnym. Dlatego opieka nad pacjentką/pacjentem muzułmańskim wymaga zaspokajania potrzeb zdrowotnych osoby chorej w kontekście kultury muzułmańskiej i islamu, a tym samym wymaga od służb medycznych wiedzy o konsekwencjach, jakie wartości istotne dla islamu niosą dla praktyki klinicznej. Personel medyczny szpitali i innych placówek służby zdrowia powinien także mieć świadomość, że religia na tyle mocno spleciona jest z poglądami muzułmanek i muzułmanów na temat zdrowia i choroby, że dla niektórych z nich wartości duchowe mogą mieć pierwszeństwo nad biologicznymi, psychicznymi i społecznymi potrzebami.

WYWIAD MEDYCZNY

Okazją do poznania pacjentki/pacjenta i zorientowania się w jego sytuacji zdrowotnej, rodzinnej i społecznej jest wywiad medyczny. Wrażliwość i kompetencje kulturowe stwarzają możliwość zebrania szerokiego zakresu informacji nie tylko o fizycznych objawach choroby, lecz także o tym, jakie według pacjentki/pacjenta są przyczyny choroby czy jakiemu leczeniu poddawał/-a się do tej pory. Podczas wywiadu warto zapytać o to, co choroba oznacza dla danej osoby, co według niej tą chorobę spowodowało. Takie pytania pozwalają zebrać wiedzę przydatną w procesie diagnozowania i wyboru sposobu leczenia. Stwarzają też pracownikom/pracownikom medycznym przestrzeń na wyjaśnienie, jakie metody leczenia są dostępne i możliwe do zastosowania w tej konkretnej sytuacji, a w rezultacie prowadzą do uzgodnienia planu leczenia akceptowalnego dla obu stron. Ważne jest, aby pacjentka/pacjent rozumieli pytania i instrukcje personelu medycznego. Dlatego dobrze jest korzystać z tłumaczy/tłumaczek. Dla ochrony poufności pacjenta najlepiej jest unikać rodziny i znajomych pacjenta jako tłumaczy. Zalecenia warto formułować

¹⁰ T. Stefaniuk, dz. cyt., s. 112.

jasnym i prostym językiem. Zamiast pytać, czy osoba chora rozumie zalecenia, można poprosić, by powtórzyła je swoimi słowami.

W rozmowie z osobą odmienną kulturowo warto wykorzystać niewerbalne metody komunikacji i używać „języka ciała”. Należy mówić powoli i zwracać się bezpośrednio do pacjentki/pacjenta (nie do tłumacza/tłumaczki), formułować krótkie zdania i używać zwyczajnego tonu głosu. Należy unikać idiomów, podniesionego tonu głosu czy trudnego słownictwa. Niektórzy pacjenci/pacjentki mogą przytakiwać (kiwać głową), nawet jeśli nie rozumieją treści rozmowy. Zażenowanie lub nakaz szacunku może spowodować, że nie zapytają o informacje, które są dla nich ważne. Dlatego zawsze należy upewnić się, czy pacjent/pacjentka rozumieją zalecenia personelu medycznego i akceptują zaproponowany plan leczenia. Potencjalne konflikty kulturowe między pracownikami/pracowniczkami medycznymi a pacjentem/pacjentką mogą pojawić się na tle odmiennej postawy wobec czasu, przestrzeni osobistej, mowy ciała, systemu wartości. Niektórzy pacjenci/pacjentki będą unikać kontaktu wzrokowego w kontakcie z personelem medycznym, szczególnie odmiennej płci. Wynika to zarówno z zasady skromności, która obowiązuje wyznawców islamu, jak i z nakazu okazywania szacunku osobom o wyższym statusie społecznym. Ortodoksyjni Żydzi i niektóre odłamy islamu nie pozwalają na dotyk osobom przeciwnej płci, dotyczy to także podawania ręki. W opiece medycznej nad osobami z tych grup najlepszym rozwiązaniem jest personel medyczny tej samej płci.

Transkulturowy wywiad medyczny wymaga czasu i cierpliwości. Warto jednak wykorzystać to narzędzie, ponieważ oprócz wiedzy medycznej daje on także możliwość zbudowania relacji zaufania między pacjentką/pacjentem a pracowniczką/pracownikiem medycznym, pozwala na lepsze zrozumienie potrzeb chorych oraz na uniknięcie sytuacji, w których może dochodzić do obrazy uczuć religijnych lub dyskryminacji.

Podsumowanie, czyli najważniejsze aspekty opieki zdrowotnej nad pacjentką/pacjentem muzułmańskim

- Podstawowa wiedza z zakresu islamu i kultury muzułmańskiej jest istotna w świadczeniu opieki zdrowotnej wrażliwej kulturowo.
- Muzułmanie i muzułmanki wierzą, że do choroby podchodzić należy z cierpliwością oraz w to, że jednym ze sposobów jej zwalczania jest modlitwa.
- Podczas opieki nad pacjentami/pacjentkami muzułmańskimi ich potrzeby duchowe, potrzeba prywatności i konieczność zachowania zasady skromności muszą być respektowane.

- Ważne jest, aby omówić wymagania żywieniowe pacjentów/ pacjentek, w tym konieczność unikania wieprzowiny lub leków zawierających alkohol.
- W przypadkach nagłych i zagrażających życiu nie ma żadnych ograniczeń w zakresie leczenia muzułmańskiego pacjenta/pacjentki.

Agnieszka Szczepaniak

Bibliografia:

Problemy Wielokulturowości w Medycynie, red. nauk. E. Krajewska, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska, Warszawa 2010.

A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, [w:] „Problemy Higieny i Epidemiologii” nr 93/2012, ss. 682-686.

J. Pruszyński, J. Putz, D. Cianciara, *Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeby muzułmanów podczas zdrowia i choroby*, [w:] „Hygeia Public Health” nr 48/2013, ss. 108-114.

Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych, red. nauk. A. Majda, J. Zalewska-Puchała, B. Ogórek-Tęcza, Warszawa 2010.

M. Nowacka, *Kompetencja międzykulturowa – czym jest, dla czego powinno rozwijać się ją u pracowników i komu jest potrzebna?*, <http://www.hrnews.pl/news1.aspx?id=2680>.

T. Stefaniuk, *Czy istnieje islamska filozofia zdrowia?*, <http://baccon.umcs.lublin.pl/~tstefaniuk/papers/Stefaniuk%20T.,%20Czy%20istnieje...pdf>.

Cultural & Spiritual Sensitivity. A Learning Module for Health Care Professionals, http://www.healthcarechaplains.org/userimages/Cultural_Spiritual_Sensitivity_Learning_%20Module%207-10-09.pdf.

R.W. Putsch III, M. Joyce, *Dealing with Patients from Other Cultures*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK340/>.

G. Juckett, *Cross-Cultural Medicine*, <http://www.aafp.org/afp/2005/1201/p2267.html>.

Meeting the Healthcare Needs of American Muslims: Challenges and Strategies for Healthcare Settings, http://www.ispu.org/pdfs/620_ispu_report_aasim%20padela_final.pdf.

Cultural competence in nursing Muslim patients, <http://www.nursingtimes.net/roles/nurse-educators/cultural-competence-in-nursing-muslim-patients/5083725.fullarticle>.

IV

Aspekty religijne w komunikacji z muzułmańskim pacjentem/pacjentką



KLUCZOWE ZNACZENIE KOMUNIKACJI W KONTAKCIE Z PACJENTKĄ/PACJENTEM ODMIENNYM KULTUROWO

Podstawowe zasady opieki zdrowotnej znajdują zastosowanie wobec wszystkich ludzi, niezależnie od ich pochodzenia kulturowego czy języka, jakim się posługują. Jednakże każdy system opieki zdrowotnej opiera się na dominującej kulturze i systemie medycznym, a każdy z nas, w tym pracownicy/pracownicy służby zdrowia, przyjmuje założenia oparte na swojej własnej kulturze. Założenia te wpływają zarówno na praktykę, jak i na interakcje z pacjentami/pacjentkami.

Ważne jest, aby zdawać sobie sprawę z własnych wartości, przekonań, oczekiwań i praktyk kulturowych oraz zastanowić się, jak wpływają one na nasze reakcje i na świadczenie usług osobom z innych kultur.

Warto również pamiętać, że czynniki takie, jak status społeczno-ekonomiczny, ustrój polityczny w kraju pacjenta/-tki, pochodzenie, poziom wykształcenia, znajomość języków, wiek, płeć czy osobowość mogą wpływać na interakcję między pacjentem/pacjentką a pracownikiem/pracowniczką medyczną.

Procedury w służbie zdrowia oraz presja czasu mogą się przekładać na używane słowa i język, a tym samym na jakość komunikacji. W celu wymiany jak najszerszego zakresu informacji medycznej oraz pozamedycznej między pacjentem/-tką a personelem medycznym konieczna jest obecność tłumacza. W przypadku, gdy pacjentka/pacjent i personel medyczny posługują się wspólnym językiem, pomocne mogą okazać się poniższe wskazówki:

Bycie świadomym własnego sposobu komunikacji, w tym:

- tempa mówienia;
- zawłości językowych, np. specyfiki terminologii medycznej;
- konieczności dostosowania poziomu komunikacji do kontekstu sytuacji i indywidualnych cech pacjenta/-tki.

Szacunek dla przekonań pacjenta:

- ludzie mogą reagować różnie wobec choroby, życia i śmierci, dlatego pomocne może okazać się poznanie osobistych przekonań, pomysłów, postrzegania, rozumienia i oczekiwań pacjentów i ich najbliższych;
- pominięcie możliwości wyrażenia przez pacjenta/-tkę jego/jej przekonań odnośnie zdrowia i choroby może stworzyć barierę w procesie komunikacji.

Bycie uważnym:

- bycie wrażliwym na mowę ciała, odczytywanie sygnałów, ponieważ zachowanie danej osoby może stanowić wskazówkę do lepszego zrozumienia jej problemów zdrowotnych;
- bycie świadomym, że ta sama mowa ciała może wyrażać inne komunikaty w różnych kulturach, np. nieutrzymywanie kontaktu wzrokowego może być oznaką szacunku, a uśmiech oznaką lęku lub niezrozumienia (więcej na temat komunikacji niewerbalnej i dotyku w części dotyczącej badań lekarskich).

Kluczowe elementy w leczeniu muzułmanina/muzułmanki, czy szerzej, pacjenta odmiennego kulturowo, to sprawna komunikacja oraz akceptacja i zrozumienie religijnych przekonań i preferencji osoby chorej. Te dwa elementy pozwalają personelowi medycznemu na udzielenie najefektywniejszej pomocy oraz zapewniają współpracę i zaangażowanie ze strony pacjenta.

W opiece zdrowotnej nad muzułmańskim pacjentem/pacjentką istotnymi aspektami są: włączanie członków rodziny w proces podejmowania decyzji odnośnie leczenia, zrozumienie obaw zarówno osoby chorej, jak i jej najbliższych i – w miarę możliwości – zadbanie o ich komfort, a także informowanie o stanie zdrowia pacjentki/pacjenta najpierw najbliższej rodziny, a potem osoby chorej.

Odwiedzanie chorych jest ważnym obowiązkiem muzułmanów/muzułmank i jest wymagane przez islam. Muzułmańscy pacjenci/pacjentki mogą mieć dużą liczbę gości, również spoza najbliższej rodziny. Pracownicy/pracowniczkisłużby zdrowia powinni omówić

z pacjentem i jego rodziną liczbę odwiedzających i wpływ, jaki może to mieć na odpoczynek lub potrzeby dotyczące opieki innych pacjentów/pacjentek.

Kodeks Etyki Lekarskiej w treści „Przyrzeczenia Lekarskiego” odnosi się do ochrony wiary pacjenta, mówiąc o świętości życia, łagodzeniu cierpienia, szacunku dla autonomii pacjenta/pacjentki, świadczeniu pomocy medycznej bez szkody, przekazywaniu informacji w sposób szczerzy i rzetelny.

INDYWIDUALNE ZAANGAŻOWANIE W KWESTIĘ RELIGII

Islam jest religią uniwersalną, praktykowaną niemalże na całym świecie, która nakłada na wiernych odpowiedzialność indywidualnego praktykowania wiary. Istnieje jednak wiele różnych czynników indywidualnych i kulturowych, które sprawiają, że trudno jest dostarczyć zbioru uniwersalnych zasad czy przepisów, które mogłyby znaleźć zastosowanie w leczeniu wszystkich muzułmańskich pacjentów. Z powodu tych różnic ważne jest, aby pracownicy/pracowniczki służby zdrowia skonsultowali się z pacjentem/pacjentką jego/jej potrzeby religijne. Nie powoduje to konieczności traktowania muzułmańskich pacjentów/pacjentek jako grupy „specjalnej”, wymagającej szczególnej uwagi ze strony służby zdrowia. Zgodnie z naukami islamu, wszystkie aspekty życia, w tym również zdrowie, są wolą Boga, dzięki czemu muzułmańscy pacjenci/pacjentki mogą być bardziej skłonni do akceptowania trudnych sytuacji i postępowania zgodnie z instrukcjami medycznymi.

Chociaż istnieje różnorodność w praktykowaniu islamu, to zasadą wspólną dla wszystkich muzułmanów i muzułmank jest nakaz ochrony życia, który zastępuje wszystkie wytyczne, zasady i ograniczenia. Pracownicy/pracowniczki służby zdrowia powinni więc świadczyć opiekę zgodną z zasadami islamu mając świadomość, że w sytuacji ratowania życia islam dopuszcza wyjątki od swoich zasad.

JEDZENIE

Islam różnicuje żywność na tą, która jest dopuszczalna (*halal*), i tą, która jest zakazana (*haram*). Słowo *halal* oznacza „zgodne z pra-

wem”, a pokarmy dozwolone to wołowina, kurczak i inne rodzaje mięsa pochodzące z uboju rytualnego, ryby, jaja oraz produkty i dania wegetariańskie. Żywność zakazana to wieprzowina i produkty zawierające jej pochodne (np. boczek, szynka, żelatyna), alkohol, tłuszcze zwierzęce oraz mięso, które nie zostało poddane ubojowi rytualnemu, zgodnie z regułami islamu.

Podczas gdy większość zakazanych pokarmów łatwo rozpoznać, istnieją pewne pokarmy, które zwykle są *halał*, mogące zawierać składniki i dodatki, które czynią je *haram*.

Na przykład żywność zawierająca esencję waniliową jest zakazana, gdyż esencja wanilii zawiera alkohol. Inne środki spożywcze, takie jak lody czy galaretka, mogą zawierać pochodne wieprzowiny (żelatyna). Jeśli zapewnienie odpowiednich produktów w szpitalnej diecie jest niemożliwe, należy porozmawiać o tym z pacjentem/pacjentką oraz rodziną i zezwolić na dostarczanie osobie chorej jedzenia przygotowanego w domu zgodnie z dietą ustanowioną w procesie leczenia.

POST

Post jest integralną częścią islamu i jest postrzegany jako środek służący oczyszczeniu ciała i ducha. Podczas ramadanu Muzułmanie nie mogą jeść ani pić od wschodu do zachodu słońca. Muzułmańska praktyka nakazuje zjedzenie posiłku przed świtem.

Każda jednostka podejmuje indywidualne decyzje dotyczące postu. Osoby chore, ciężarne czy karmiące piersią są zwolnione z obowiązku postu, niemniej jednak powinny odbyć go w późniejszym czasie.

Osoba poszcząca może przyjmować następujące leki/leczenie bez przerywania postu:

- iniekcje i badania krwi;
- leki wchłaniane przez skórę;
- płukania (np. maści, kremy, plastry);

Poniższe zabiegi medyczne mogą przerywać post:

- zakrapianie uszu i nosa;
- zażycie czopków i globulek;
- zażycie leku wziewnego.

Jeśli powodzenie leczenia wymaga przerywania postu, należy pacjenta i rodzinę o tym poinformować i zalecić dobrowolną zmianę

nę terminu postu, na czas po okresie choroby i rekonwalescencji. Wszystkie kwestie dotyczące postu i żywienia warto przedyskutować z pacjentami indywidualnie.

MODLITWA, CZYSTOŚĆ I ŚWIĘTA

Muzułmanie/muzułmanki mają obowiązek modlić się pięć razy dziennie. Osoby poznawczo ubezwłasnowolnione są zwolnione z obowiązku modlitw. Kobiety w okresie połogu oraz menstruacji również podlegają zwolnieniu z modlitw.

Modlitwę odbywa się twarzą w stronę Mekki, na macie/dywaniku modlitewnym, a jej wykonaniu towarzyszą różne ruchy ciała; skłony, pokłony i siady. Nie jest konieczne, aby chory pacjent przestrzegał wykonania wszystkich ruchów modlitewnych, dlatego modlić można się również na siedząco lub w łóżku. Osoby, którym choroba uniemożliwia samodzielne poruszanie się, będą potrzebować naczynia (miseczki lub butelki), żeby móc dokonać rytualnego obmycia ciała lub jego części przed modlitwą.

Islam kładzie duży nacisk na higienę, zarówno pod względem fizycznym, jak i duchowym. Muzułmanin/muzułmanka są zobowiązani do wykonania ablucji (obmycia) wodą przed modlitwą. Ablucja wymagana jest np. po oddaniu moczu lub wypróżnieniu. Pełne obmycie ciała (kąpiel) jest wymagana po ejakulacji, stosunku, menstruacji i porodzie.

Pacjenci, którym stan fizyczny lub medyczny nie ogranicza możliwości samodzielnego poruszania, mogą dokonywać modłów w dowolnym czystym i zacisznym miejscu. Najprościej zatem, jeśli stworzymy pacjentom/pacjentkom możliwość modlitwy w sali szpitalnej, w której przebywają lub w kaplicy, jeśli znajduje się taka w szpitalu/przychodni. Modlitwa jest bardzo ważna dla pacjentów/pacjentek muzułmańskich. Wiara w przeznaczenie i oparcie w Bogu pozwala im lepiej znosić leczenie i hospitalizację i może korzystnie wpływać na powrót do zdrowia.

ŚWIĘTA

W muzułmańskim kalendarzu najważniejsze święta to Eid alFitr (święto na koniec Ramadanu), Eid al-Adha (Święto Ofiarowania po zakończeniu pielgrzymki). Inne ważne święta to: piątek, Ramadan

(miesiąc postu), Nowy Rok muzułmański. Tak jak w przypadku innych religii, czas świąt jest czasem spotkań rodzinnych i specjalnych nabożeństw. Muzułmańscy pacjenci/pacjentki będą najprawdopodobniej chcieli spędzić go w domu z najbliższymi. Ważnym w islamie dniem tygodnia jest piątek. Tego dnia w południe muzułmanie/muzułmanki odprawiają modlitwę zwaną modlitwą piątkową.

BADANIA LEKARSKIE (KOMUNIKACJA NIEWERBALNA, DOTYK, STRÓJ)

Nakaz zachowania skromności jest w islamie bardzo istotny. Muzułmańskie kobiety i mężczyźni mogą wykazywać dużą nieśmiałość i niechęć do odstawiania całego ciała przed osobą nieznaną, nawet jeśli jest ona pracownikiem medycznym. Niektórzy z nich mogą nie życzyć sobie kontaktu fizycznego (badania) czy ekspozycji ciała przed osobą odmiennej płci. Korzystne dla obu stron będzie zapewnienie personelu medycznego tej samej płci. Nie zawsze jednak taka możliwość występuje, w takich przypadkach szczerą i delikatną rozmową z pacjentem/pacjentką, wskazującą na zrozumienie i poszanowanie kwestii cielesności muzułmańskich pacjentów może się okazać bardzo pomocna.

Różne kultury w różny sposób kształtują granice dotyczące kontaktu fizycznego i dotyku. Muzułmanie/muzułmanki stosują w tej kwestii konkretne zasady. Dotyk oraz ograniczenia nałożone na kwestię dotyku mają na celu podkreślenie szacunku do drugiej osoby. Personel medyczny powinien unikać kontaktu fizycznego lub ograniczyć go do niezbędnego minimum, a kiedy zachodzi potrzeba takiego kontaktu – wytłumaczyć jego cel. Jest to szczególnie ważne w przypadku personelu medycznego płci odmiennej niż płeć osoby chorej i odnosi się również do kontaktu takiego, jak uścisk dłoni. Szczególnej uwagi wymaga badanie okolic intymnych. Poprzez odkrywanie wyłącznie niezbędnych do badania części ciała należy okazać szacunek i zagwarantować pacjentom poczucie bezpieczeństwa. Zasada skromności wskazuje, że mężczyźni nie wolno odstawiać obszaru od pępka do kolan. Kobieta powinna być okryta w całości poza dłońmi i twarzą, chociaż niektóre kobiety mogą zasłaniać również twarz. Reguły te dotyczą zawsze przedstawicieli odmiennej płci. W przypadku osób tej samej płci istnieje pewien stopień elastyczności w stosowaniu zasady skromności.

OPIEKA PODCZAS PORODU, OPIEKA NAD NOWORODKIEM

Opieka podczas porodu

Pacjentka muzułmanka, jeśli jest to możliwe, powinna znajdować się pod opieką żeńskiego personelu. Jest to szczególnie ważne podczas porodu, gdzie ścisłe poczucie prywatności i intymności jest niezbędne. Ekspozycja ciała powinna być ograniczona do minimum. Pozycja podczas porodu powinna być uzgodniona z rodzącą i być jej wyborem. Obecność męża przy porodzie jest kwestią indywidualną, wiążącą się z ewentualnością poczucia wstydu lub zakłopotania.

Noworodek

Przed podaniem matce noworodka po raz pierwszy, można uprzednio owinąć jego ciało materiałem lub wykąpać.

Po narodzinach dziecka, rodzina może chcieć wyszeptać specjalną modlitwę do ucha noworodka. Może to być osoba z rodziny lub Imam. Jeśli noworodek nie wymaga natychmiastowej porady lekarskiej, należy pozwolić na ten rytuał, nie zajmie to dłużej niż kilka minut.

Obrzezanie dotyczy wyłącznie noworodków płci męskiej i powinno być dokonane w 7 dniu po narodzeniu, jednak zabieg może zostać przeprowadzony później. Ważne aby dokonała go osoba wykwalifikowana.

TRANSFUZJA KRWI I TRANSPLANTACJA ORGANÓW

Muzułmanie akceptują transfuzję krwi oraz przeszczepy różnych organów ludzkich. W islamie oddanie krwi lub organu jest odbierane jako ratowanie życia, a tym samym jest uważane za akt wielkiej wagi. Decyzja o przeszczepie narządów jest podejmowana indywidualnie po spełnieniu konkretnych warunków medycznych.

AUTOPSJA

Islam nie dopuszcza autopsji. Jest ona traktowana jako brak szacunku dla zmarłej osoby (naruszenie ciała), dodatkowo może się przyczynić do opóźnienia w pochówku, którego muzułmanie dokonują jak najszybciej po śmierci, często nawet tego samego dnia. Jednakże istnieją sytuacje, w których istnieje możliwość odstępstwa od zakazu:

- kiedy autopsja jest niezbędna do ustalenia przyczyny zgonu;
- gdy może mieć istotne znaczenie dla zdrowia publicznego;
- gdy jest wymagana przez prawo.

Jeśli stan zdrowia na to pozwala, personel medyczny powinien uzyskać zgodę pacjenta/pacjentki na autopsję. Jeśli nie ma takiej możliwości, przed przystąpieniem do autopsji należy skonsultować się z rodziną zmarłego.

OPIEKA NAD UMIERAJĄCYM I ZMARŁYM PACJENTEM

Ochrona życia jest główną wartością islamu. Jednakże islam uznaje, że śmierć jest nieodłączną częścią ludzkiej egzystencji, dlatego członkowie rodziny mogą sprawić wrażenie niezwykle spokojnych w porównaniu do europejskich standardów. Islam nakłada obowiązek leczenia dopóki istnieje nadzieja wyleczenia. Personel medyczny powinien z wyprzedzeniem odbyć rozmowy z pacjentami/pacjentkami cierpiącymi na nieuleczalne choroby oraz z ich rodzinami. W sytuacjach stosowania sprzętu medycznego podtrzymującego życie lub funkcjonowanie organów, ich użycie powinno być szczegółowo przedyskutowane z rodziną w celu upewnienia się, że niereanimowanie nie jest mylone z eutanazją. Eutanazja, podobnie jak samobójstwo są zakazane przez islam.

W sytuacji zbliżającej się śmierci rodzina może chcieć dokonać specjalnych rytuałów religijnych. Nie są to obrzędy skomplikowane, najczęściej polegają na czytaniu wersetów z Koranu oraz modlitwy mającej zagwarantować spokój duszy.

W przypadku pacjenta w stanie agonalnym lub tuż po śmierci, rodzina może chcieć, żeby jego głowa i – jeśli to możliwe – całe ciało było zwrócone w stronę Mekki. Ciało i twarz zmarłej osoby powinny być przykryte tkaniną. Jeśli to możliwe, pracownicy służby zdrowia powinni w jak najmniejszym stopniu ingerować w ciało pacjenta oraz traktować je z szacunkiem. Muzułmanie wierzą, że ciało odczuwa najmniejsze napięcie i dotyk po śmierci. Wierzą również, że dusza pozostaje w bliskim kontakcie z ciałem aż do momentu pogrzebu. Wszelkie zabiegi, wkłucia i ingerencje należy ograniczyć do minimum.

Jeśli to możliwe, kontakt z ciałem powinna mieć osoba tej samej płci. Ciało nie powinno być myte, ponieważ stanowi to ważny element obrzędu pogrzebowego. W miarę możliwości należy umożliwić rodzinie obmycie ciała zmarłej osoby – jest to rytuał bardzo istotny w islamie.

Formalne aspekty dostępu uchodźców do służby zdrowia

Osoby ubiegające się o status uchodźcy, i te, którym status został nadany, mają taki sam dostęp do nieodpłatnej opieki medycznej, jak obywatele/-ki Polski. Dokumentem potwierdzającym prawo do nieodpłatnej opieki medycznej osoby ubiegającej się o status uchodźcy jest tymczasowe zaświadczenie tożsamości cudzoziemca, które wydaje się niezwłocznie po przyjęciu wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej, nie później jednak niż w terminie 3 dni¹¹. W przypadku osób, które otrzymały status uchodźcy, dokumentem tym jest potwierdzenie ubezpieczenia zdrowotnego.

Olimpia Świst

Bibliografia:

Problemy wielokulturowości w medycynie, red. nauk. E. Krajewska, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska, Warszawa 2010.

Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce, red. A. Chrzanowska i W. Klaus, Warszawa 2011.

Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych, red. nauk. A. Majda, J. Zalewska-Puchała, B. Ogórek-Tęcza, Warszawa 2010.

https://www.health.qld.gov.au/multicultural/support_tools/5M-CSR_communication.pdf

<http://www.islammonitor.org/uploads/docs/islamgde.pdf>

<https://nursesaida.wordpress.com/about/>

https://www.health.qld.gov.au/multicultural/support_tools/islamgde2ed.pdf

<http://www.icv.org.au/index.php/publications/caring-for-muslim-patients>

<http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2013/04/Caring-for-A-Muslim-Patient.pdf>

http://www.defence.gov.au/health/infocentre/journals/adfhj_sep03/adfhealth_4_2_81-83.pdf

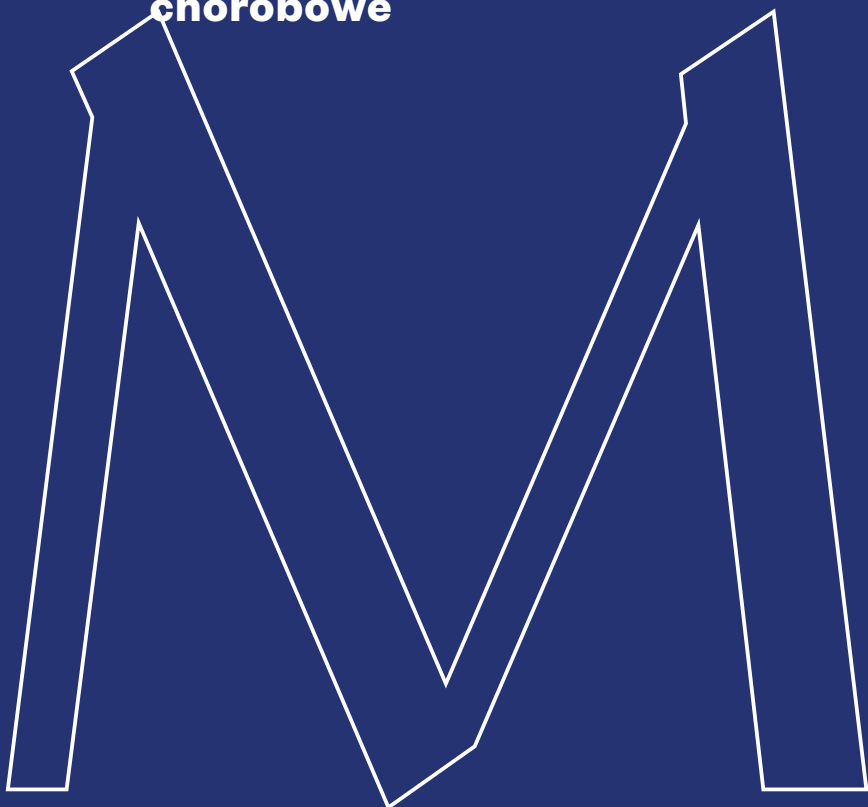
<http://www.maternityaction.org.uk/wp-content/uploads/2013/09/muslimwomensperiencesofmaternityservices.pdf>

<http://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1132&context=ojhe>

11 Art. 55 ustawy o ochronie cudzoziemców

V

**Specyficzne jednostki
chorobowe**



Niniejsze opracowanie nie jest wyczerpującym opisem etiologii, patogenez, objawów klinicznych, diagnostyki i leczenia. Ma na celu jedynie zwrócenie uwagi lekarza pierwszego kontaktu na możliwość wystąpienia chorób, dotychczas rzadko spotykanych lub wcale nie występujących w gabinecie lekarza rodzinnego. Opracowanie może pomóc w sytuacjach niepewnych diagnostycznie, skierować tok myślenia i diagnozowania w stronę chorób pozostających do tej pory domeną specjalistów chorób zakaźnych. Zalecamy pogłębianie wiedzy w tym zakresie.

WZWA

Etiologia: HAV – picornavirus.

Droga zakażenia: Pokarmowa (głównie – wirus wydala się z kałem), seksualna, skażone igły u narkomanów.

Czynniki ryzyka: Zanieczyszczone żywienie, kontakt bezpośredni, homoseksualizm, narkomania.

Obraz kliniczny: Często bezobjawowo. Ewentualnie: objawy rzekomogrypowe, męczliwość, bóle brzucha, nudności, wymioty, czasem świąd skóry, żółtaczka. Nieznaczne powiększenie wątroby (nie zawsze), ściemnienie moczu i rozjaśnienie stolczkovejca (w postaci żółtaczkowej).

Okres zakaźności: Osoba zakażona jest zakaźna dla otoczenia na 14-21 dni przed, do około siedmiu dni po wystąpieniu objawów klinicznych.

Badania pomocnicze: Wzrost aktywności ALT (głównie) i AST, czasem: hiperbilirubinemia mieszana, wzrost aktywności ALP i GGTP. W ostrej fazie – wzrost przeciwciał anty-HAV w klasie IgM (utrzymują

się 4-6 mies.), stopniowo zastępowane są przez przeciwciała anty-HAV klasy IgG (utrzymują się do końca życia).

Leczenie: Objawowe.

CHOLERA

Etiologia: Przecinkowiec cholery – *Vibrio cholerae*.

Druga zakażenia: Pokarmowa (głównie – bakteria wydalana się z kałem), bezpośredni kontakt.

Czynniki ryzyka: Zanieczyszczone żywienie, brudne ręce.

Obraz kliniczny: Okres wylęgania średnio 2-3 dni. Intensywna biegunka (ponad 20 litrów/dobę), bez bólów brzucha, bez uczucia parcia na stolec. Mogą wystąpić wymioty, bez towarzyszących nudności. Pozostałe objawy (skurcze mięśni, wstrząs hipowolemiczny, niewydolność nerek, splątanie, hipoglikemia) związane są z ciężkim odwodnieniem i utratą elektrolitów.

Okres zakaźności: Podczas biegunki. Zakaźni są także bezobjawowi nosiciele.

Badania pomocnicze: Badanie bakteriologiczne kału.

Leczenie: Nawadnianie doustne. WHO oraz UNICEF zalecały wprowadzenie nowej formuły doustnych płynów nawadniających ORS (Oral Rehydration Solution: NaCl – 3,5 g, cytrynian sodu – 2,9 g, chlorek potasu – 1,5 g i glukoza – 20 g; całość rozpuszczona w 1 litrze wody). W ciężkich przypadkach – nawadnianie dożylne.

DUR BRZUSZNY

Etiologia: Gram-ujemne pałeczki – *Salmonella typhi*.

Druga zakażenia: Woda, żywność – skażone wydalninami chorych i nosicieli.

Czynniki ryzyka: Niski poziom higieny.

Obraz kliniczny: 4 fazy, każda trwa około tygodnia. I faza: gorączka, osłabienie, bóle brzucha, zaparcie (niemal zawsze), krwotoki z nosa. II faza (bakteriemia): gorączka 40°C, bradykardia z tętnem dwubitnym, hipotonia, splątanie (zatrucie endotoksyną), wysypka plamisto-grudkowa tułowia (różyczka durowa), kaszel, powiększenie wątroby, śledziony, biegunka – pod koniec fazy lub na początku następnej. III

faza powikłania: krwawienia z przewodu pokarmowego, perforacja jelita cienkiego, zapalenie dróg żółciowych, zapalenie otrzewnej, posocznica, objawy neuropsychiatryczne, odwodnienie, rozsiane ropnie. IV faza (o ile nie dojdzie do zgonu): zdrowienie.

Okres zakaźności: Podczas biegunki. Zakaźni są także bezobjawowi nosiciele.

Badania pomocnicze: Posiew krwi (I faza), posiew kału, moczu (II i III faza); w morfologii – małopłytkowość, leukopenia, niedokrwistość.

Leczenie: Fluorochinolony (ciprofloxacyna 2x500 mg, norfloxacyna 2x400 mg) przez 10-14 dni. Lekami drugiego wyboru są cefalosporyny III generacji (ceftriaxon, cefoperazon) lub azytromycyna.

CZERWONKA BAKTERYJNA

Etiologia: Pałeczki Gram-ujemne z rodzaju Shigella.

Droga zakażenia: Pokarmowa, fekalno-oralna.

Czynniki ryzyka: Złe warunki sanitarne.

Obraz kliniczny: Biegunka, bóle brzucha, nudności, wymioty. Czasem śluz, krew, ropa w kale. Może przejść w stan przewlekły, z nawrotami objawów, utrzymujący się przez kilka miesięcy. Chory zakażony może stać się nosicielem choroby.

Okres zakaźności: Podczas biegunki. Zakaźni są także bezobjawowi nosiciele.

Badania pomocnicze: Posiew kału.

Leczenie: Nifuroksazyd 4x200mg lub wg antybiogramu.

CZERWONKA PIERWOTNIAKOWA

Etiologia: Pełzak czerwonej Entamoeba histolytica.

Droga zakażenia: Pokarmowa.

Czynniki ryzyka: Złe warunki sanitarne.

Obraz kliniczny: Różnorodny. Najczęściej biegunka śluzowo-krwista, ale może być bezobjawowa lub (w postaci pozajelitowej) z tworzeniem się ropni, najczęściej ropni wątroby.

Okres zakaźności: Podczas biegunki. Zakaźni są także bezobjawowi nosiciele.

Badania pomocnicze: 3x badanie kału w poszukiwaniu cyst i trofozoitów, ewentualnie usg jamy brzusznej w podejrzeniu postaci pozajelitowej.

Leczenie: Metronidazol 3x500-750 mg przez 10 dni, potem paromomycyna 25-30 mg/kg m.c. w 3 dawkach podzielonych przez 7 dni.

ODRA

Etiologia: Morbillivirus (Paramyxoviridae).

Droga zakażenia: Kropelkowa.

Czynniki ryzyka: Kontakt bezpośredni.

Obraz kliniczny: Okres wylęgania ok. 10 dni. Gruboplamista wysypka (w pierwszej dobie na twarzy i szyi, w drugiej na tułowiu, w trzeciej - kończyny), plamki Koplika na śluzówce policzków (znikają po pojawieniu się wysypki), zapalenie błon śluzowych dróg oddechowych i spojówek, gorączka.

Okres zakaźności: Chory na odrę jest zakaźny 3-5 dni przed wysypką i przez pierwsze 3 dni wysypki.

Badania pomocnicze: Serologiczne, wirusologiczne.

Leczenie: Objawowe.

POLIOMYELITIS

Etiologia: Enterowirus Polio.

Droga zakażenia: Pokarmowa (głównie), kropelkowa.

Czynniki ryzyka: Osoby nieszczone.

Obraz kliniczny: Różnorodny: od postaci bezobjawowej (ale osoba zakażona jest nosicielem i może zakażać inne osoby), poprzez niecharakterystyczne objawy: gorączka, zmęczenie, ból głowy, wymioty, sztywność karku, bóle kończyn, aż do ciężkiego przebiegu - z porażeniem wiotkim, które obejmuje poszczególne grupy mięśni kończyn lub tułowia. Porażenia są zwykle niesymetryczne, mogą dotyczyć obu kończyn dolnych lub górnych, albo wszystkich kończyn jednocześnie.

Okres zakaźności: Chorzy wydalają wirusy z kałem do 6 tygodni. Okres największej zakaźności występuje od kilku dni przed pojawieniem się pierwszych objawów choroby do 3-4 tygodni po ich wystąpieniu.

Badania pomocnicze: Serologiczne.

Leczenie: Brak leczenia przyczynowego.

LEISZMANIOZA SKÓRNA

Etiologia: Świdrowiec *Leishmania*.

Droga zakażenia: Ukąszenie owada (moskity) lub rozgniecenie owada i wtarcie w ranę.

Czynniki ryzyka: Przebywanie na terenach występowania wektorów zarażenia.

Obraz kliniczny: Grudka, guzek, owrzodzenie, blizna zanikowa.

Okres zakaźności: Nie dotyczy. Choroba przenoszona wyłącznie przez owady.

Badania pomocnicze: Tylko obraz kliniczny + wywiad.

Leczenie: Wyłącznie szpitalne. Pentostam 20 mg/kg mc pozajelitowo przez 20 dni.

KRZTUSIEC

Etiologia: Gram-ujemna pałeczka *Bordetella pertussis*.

Droga zakażenia: Kropelkowa.

Czynniki ryzyka: Osoby nieszczepione. Uwaga: Nabyta odporność zmniejsza się po upływie 5-10 lat od podania ostatniej dawki szczepionki.

Obraz kliniczny: W okresie prodromalnym katar, stan podgorączkowy, zapalenie spojówek, kaszel suchy. W drugim okresie choroby – wielokrotnie w ciągu doby napady silnego, suchego kaszlu z odgłosem „piania” i wymiotami. Napady kaszlu mogą się utrzymywać do kilku miesięcy po ustąpieniu innych objawów.

Okres zakaźności: Ok. 6 tygodni – największa jest w okresie nieżywym i do 3 tygodni napadowego kaszlu. Po włączeniu antybiotykoterapii okres zakaźności skraca się do ok. 7 dni od rozpoczęcia leczenia.

Badania pomocnicze: W morfologii – leukocytoza z rozmazem limfocytarnym, dodatni wynik posiewu krwi, badania serologiczne.

Leczenie: Makrolidy (np. azytromycyna 2x500 mg, klarytromycyna 2x500 mg).

GRUŻLICA

Etiologia: Prątek gruźlicy *Mycobacterium tuberculosis*.

Droga zakażenia: Kropelkowa (głównie), pokarmowa, bezpośrednia.

Czynniki ryzyka: Kontakt z osobą prątkującą.

Obraz kliniczny: Stany podgorączkowe, poty nocne, złe samopoczucie, wyniszczenie.

Okres zakaźności: Można zarazić się głównie przez długotrwałe przebywanie z chorym prątkującym.

Badania pomocnicze: Rentgen klatki piersiowej, materiał biologiczny pobrany od chorego (w zależności od zaatakowanego narządu), wykrywanie w próbce materiału genetycznego prątków.

Leczenie: Wielolekowe, prowadzone przez specjalistę.

BŁONICA

Etiologia: Maczugowiec błonicy – *Corynebacterium diptheriae*.

Droga zakażenia: Kropelkowa (głównie), bezpośrednia.

Czynniki ryzyka: Kontakt z osobą chorą.

Obraz kliniczny: Gorączka, osłabienie, bóle mięśniowe. Porażenie opuszkowe, neuropatia obwodowa. Różne postacie choroby, najczęstsza - błonica gardła: nieprzyjemny zapach z ust, ból gardła, ślinotok związany z trudnościami w połykaniu, bolesne powiększenie węzłów chłonnych, obrzęk tkanek miękkich szyi (szyja bawola). Błony rzekome pojawiają się w ciągu 2–3 dni, pokrywają migdałki, gardło, podniebienie miękkie. Gardło jest nieznacznie zaczerwienione.

Okres zakaźności: Ostatnie 2 dni okresu wylęgania, cały okres objawowy oraz 4 dni po ustąpieniu choroby u chorych leczonych (do 2–3 tyg. u nieleczonych); w błonicy skóry (wydzielina z owrzodzenia) jest znacznie dłuższy.

Badania pomocnicze: Preparat bezpośredni z błon rzekomych, hodowla.

Leczenie: Specjalistyczne, prowadzone wyłącznie w szpitalu.

DUR POWROTNY EPIDEMICZNY

Etiologia: Krętek – *Borrelia recurrentis*.

Droga zakażenia: Rezerwuar – człowiek. Wektor – wesz ludzka odzieżowa. Wszy głowowe nie przenoszą duru powrotnego. Do zakażenia dochodzi przez bezpośredni kontakt z hemolimfą wszy (NIE przez ugryzienie). Krętki są w stanie wnikać przez nieuszkodzoną skórę i nieuszkodzone błony śluzowe. Zakażenie nie przenosi się bezpośrednio między ludźmi, z wyjątkiem transmisji przezłożyskowej.

Czynniki ryzyka: Niski poziom higieny, bezdomność.

Obraz kliniczny: Gorączka powyżej 39°C, objawy rzekomogrypowe. Czasem żółtaczką, hepatosplenomegalia. Pierwszy epizod gorączki trwa średnio 5 dni. Następnie ok. 10 dni okres bezobjawowy, do pierwszego nawrotu. Między nawrotami chorzy zwykle czują się dobrze, a pozagorączkowe objawy choroby są łagodniejsze.

Okres zakaźności: Nie dotyczy.

Badania pomocnicze: Mikrobiologiczne. Poza tym w badaniach laboratoryjnych niewielka leukocytoza, niedokrwistość, małopłytkowość, wzrost aktywności enzymów wątrobowych, przedłużony czas protrombinowy.

Leczenie: Stosuje się pojedynczą dawkę p.o. tetracykliny 500 mg lub doksycykliny 200 mg. W razie przeciwwskazań do stosowania tetracyklin stosuje się pojedynczą dawkę erytromycyny 500 mg p.o. U dzieci <8. rż. oraz u kobiet w ciąży i u karmiących piersią zaleca się podanie erytromycyny. Uwaga! Nawet u 75% chorych po zastosowaniu antybiotykoterapii (zwłaszcza penicyliny) występuje przejściowe pogorszenie stanu klinicznego przypominające epizod nawrotu gorączki powrotnej (reakcja Herx) – śmiertelność sięga 5%.

MALARIA

Etiologia: Zarodźce Plasmodium z różnych gatunków.

Droga zakażenia: W wyniku ukłucia przez zarażone komary widliszki (występują w Polsce), przez przetoczenie zakażonej krwi lub drogą wertykalną z matki na płód.

Czynniki ryzyka: Przebywanie na terenach endemicznych lub w okolicy lotnisk i portów (możliwość zawleczenia zakażonego komara).

Obraz kliniczny: Charakterystyczne 3 fazy: faza zimna (uczucie zimna, dreszcze), faza gorąca (napad gorączki powyżej 40°C, suchość skóry i błon śluzowych, zaburzenia świadomości, śpiączka, bóle brzucha), faza ustępowania objawów (gwałtowny spadek temperatury ciała ze zlewnymi potami). Napady – w zależności od gatunku zarodźca – mogą występować cyklicznie co 2 lub co 3 doby albo nieregularnie.

Okres zakaźności: Nie dotyczy, przeniesienie wyłącznie przez owady.

Badania pomocnicze: Mikrobiologiczne, immunologiczne, PCR.

Leczenie: Specjalistyczne, prowadzone w szpitalu.

SCHISTOSOMATOZA

Etiologia: Przywry z rodzaju Schistosoma.

Droga zakażenia: Czynne wniknięcie cerkarii przez skórę podczas kąpieli w zanieczyszczonym zbiorniku słodkowodnym.

Czynniki ryzyka: Kąpiel w zanieczyszczonych wodach, zwiększona ilość populacji zarażonych ślimaków – żywicieli pośrednich.

Obraz kliniczny: 4 okresy choroby: 1. okres inwazji – przenikanie przez skórę cerkarii chorobotwórczych dla człowieka: świąd, wysypka grudkowa utrzymująca się kilka dni; 2. okres ostrej toksemii – po kilkudziesięciu dniach od wniknięcia cerkarii pojawiają się objawy ogólne: gorączka, kaszel, bóle brzucha, pokrzywka, przemijające obrzęki twarzy; 3. okres składania jaj – stany zapalne dróg moczowych lub przewodu pokarmowego; 4. okres przewlekłych objawów narządowych – hepatosplenomegalia, marskość wątroby, żylaki przełyku.

Okres zakaźności: Nie dotyczy.

Badania pomocnicze: Serologiczne, badanie kału, moczu w kierunku pasożytów, w morfologii – eozynofilia.

Leczenie: Wyłącznie szpitalne – przykwantel.

BRUCELOZA

Etiologia: Gram-ujemne pałeczki z rodzaju **Brucella**.

Droga zakażenia: Kontaktowa, pokarmowa.

Czynniki ryzyka: Kontakt z wydzielinami i wydaliniami zwierząt chorych na brucelozę, spożycie niepasteryzowanych produktów mlecznych.

Obraz kliniczny: Okres wylęgania – średnio 2 tygodnie. Przebieg choroby zależy od gatunku bakterii i wrót zakażenia. Ostre, ciężkie zachorowanie ma nagły początek, z gorączką, objawami rzekomo-grypowymi, hepatosplenomegalią. Rozwijają się zapalenie jąder i najałdrzy, zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych i stawów kręgosłupa. Postać przewlekła brucelozy może utrzymywać się przez wiele lat i prowadzić do niepełnosprawności.

Okres zakaźności: Nie dotyczy.

Badania pomocnicze: Izolacja bakterii z krwi i szpiku, testy serologiczne.

Leczenie: Szpitalne – antybiotykoterapia skojarzona. W postaci przewlekłej – objawowe.

GORĄCZKI KRWOTOCZNE

Ciężkie, ogólnoustrojowe choroby zakaźne, przebiegające z gorączką i uszkodzeniem układu naczyniowego, zazwyczaj z towarzyszącymi objawami skazy krwotocznej. Wywoływane przez różne rodziny wirusów RNA. Należą do chorób przenoszonych przez wektory zakażenia (ukąszenia komarów, kleszczy), drogą kropelkową lub przez bezpośredni kontakt z biologicznym materiałem zakaźnym. Jest ich wiele, w sytuacji kontaktu z uchodźcami z Syrii i Iraku możemy spotkać się z dwiema: z dengą i z gorączką Zachodniego Nilu.

GORĄCZKA ZACHODNIEGO NILU

Etiologia: Flavivirus.

Droga zakażenia: w wyniku ukłucia przez zakażone komary z rodzaju Aedes (rodzaj nie występuje w Polsce) i Culex (w Polsce powszechny).

Czynniki ryzyka: Obecnie – przebywanie na terenach endemicznych. Jeśli nastąpi import zakażeń do Polski - czynnikiem ryzyka będzie ukłucie przez zakażonego komara, a choroba może się rozprzestrzenić (tak stało się niedawno w Ameryce Północnej).

Obraz kliniczny: Okres wylegania średnio 4 dni. Około 80% przypadków przebiega skąpo- lub bezobjawowo. W 20% zakażenie charakteryzuje się trwającą kilka dni gorączką, z objawami rzekomogrypowymi i wysypką bez świądu. Około 1% zakażonych przechodzi chorobę bardzo ciężko, z towarzyszącym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i/lub zapaleniem mózgu, które może skończyć się zgonem. Może wystąpić, najczęściej u młodych osób, porażenie wiotkie dotyczące tylko jednej kończyny, najczęściej już od początku choroby.

Badania pomocnicze: Immunologiczne.

Leczenie: Objawowe.

DENGA

Etiologia: Flavivirus.

Droga zakażenia: W wyniku ukłucia przez zakażonego komara z rodzaju Aedes (w Polsce nie występuje). Nie ma możliwości przeniesienia zakażenia bezpośrednio z człowieka na człowieka. Niezbędny jest udział wektora.

Czynniki ryzyka: Przebywanie na terenach endemicznych.

Obraz kliniczny: Okres wylegania – ok. tygodnia. Przebiega bezobjawowo (80%) lub łagodnie (10-15%). Dorośli przechodzą chorobę nieco ciężiej od dzieci. Trzy główne postaci kliniczne choroby:

1. ostry stan gorączkowy – przebiega zazwyczaj z plamisto-grudkową wysypką, często z towarzyszącym nieżytem górnych dróg oddechowych,
2. gorączka denga – charakteryzuje się ostrym początkiem z wysoką temperaturą, bólami kostno-stawowymi (charakterystyczne zajęcie stawów kolanowych, powodujące chód na usztywnio-

nych nogach), powiększeniem węzłów chłonnych. Gorączka spada po ok. 3 dobach, następuje remisja objawów na okres kilkudziesięciu godzin. Drugi okres gorączkowy, trwający 1-2 dni, przebiega z towarzyszącą wysypką plamisto-grudkową, zajmującą początkowo grzbiety rąk i nóg, później rozszerzającą się na kończyny i tułów. Wysypka ustępuje pozostawiając przebarwienia lub łuszczenie się naskórka.

3. gorączka krwotoczna denga – zaczyna się od wzrostu temperatury i wymiotów. Dołączają się bóle brzucha, powiększenie wątroby i objawy skazy krwotocznej, z wybroczynami na kończynach, okolicy łędźwiowo-krzyżowej i twarzy. W 4-5 dniu choroby występują krwawienia do jam ciała, często z objawami wstrząsu i utraty przytomności. Jeśli nie podjęto wcześniej leczenia, zwykle dochodzi do zgonu.

Okres zakaźności: Nie dotyczy.

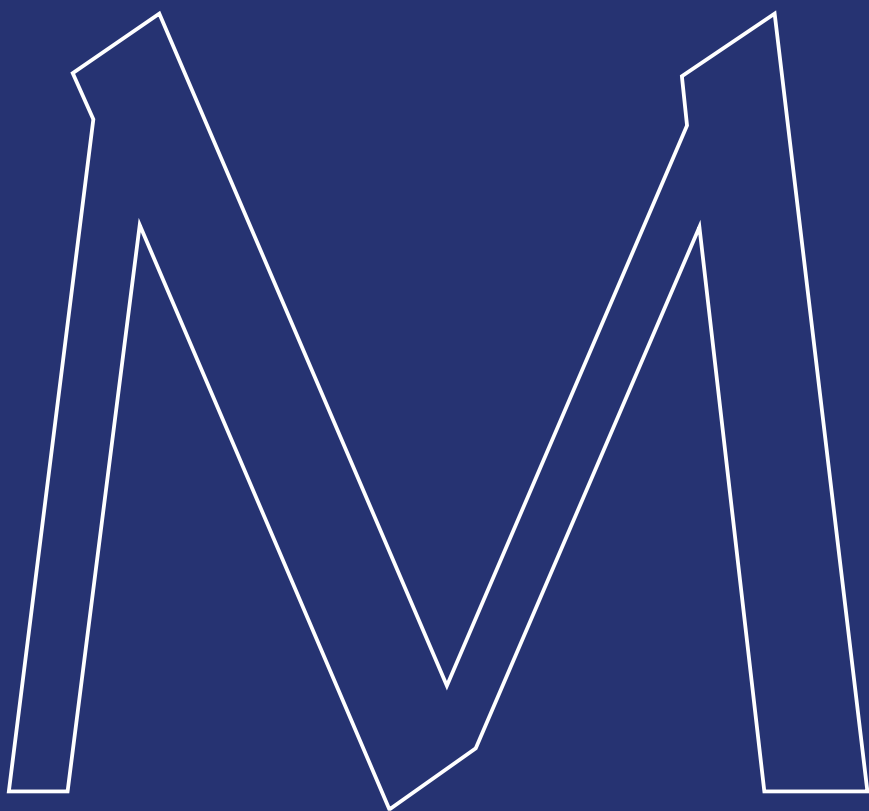
Badania pomocnicze: Serologiczne, w badaniach laboratoryjnych – leukopenia z limfocytozą, małopłytkowość (w gorączce krwotocznej), hipoalbuminemia, wzrost poziomu transaminaz i mocznika we krwi, wydłużenie czasu protrombinowego.

Leczenie: Objawowe, w przypadku gorączki krwotocznej – szpitalne.

Polska Misja Medyczna

Opracowano na podstawie publikacji Medycyny Praktycznej i Zakładu Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej WIM.

Zamiast zakończenia



Zadaniem służby zdrowia jest niesienie pomocy ludziom, którzy jej potrzebują, bez względu na ich narodowość czy wyznanie. Każda chora osoba chce i powinna być objęta taką samą profesjonalną opieką i traktowana z należnym szacunkiem.

Pracując jako tłumacz uchodźców z Bliskiego Wschodu dla organizacji Lekarze Bez Granic w Istanbulu zrozumiałem jednak, że oprócz profesjonalizmu bardzo istotna jest zwykła ludzka empatia.

Pewnego razu do biura Lekarzy Bez Granic przyszła rodzina z dzieckiem, które z trudem oddychało. Okazało się, że od dłuższego czasu ludzie ci są bezdomni i mieszkają w parku. Natychmiast zabraliśmy ich do prywatnego szpitala, gdzie otrzymali pomoc, a personel bezinteresownie zorganizował zbiórkę odzieży. Inna historia wiąże się z sytuacją ciężarnej kobiety, z którą odbywałem wizytę kontrolną w szpitalu. Dla zapewnienia jej komfortu i poczucia bezpieczeństwa tłumaczką powinna być inna kobieta, jednakże nie było takiej możliwości. Kobieta zrozumiała to i wyraziła zgodę na to, bym jej towarzyszył. W rezultacie oczekiwałem na zewnątrz, kiedy dziecko przychodziło na świat, na wypadek gdyby tłumaczenie było potrzebne. Gdy dziecko się urodziło, towarzyszyłem obojgu przez kolejne dwa dni. Elastycz-

ność i wyrozumiałość zarówno pacjentki, jak i personelu, były w tej sytuacji naprawdę ważne i pomocne.

Uchodźcy z Bliskiego Wschodu często niosą na swych barkach traumę wojny i głodu. Ludzie ci zostali zmuszeni do opuszczenia swych domów, aby ratować siebie i swoje dzieci. Niestety, często zamiast zrozumienia i życzliwości na drodze swojej ucieczki spotykają się z niechęcią i ostracyzmem. Dlatego ośrodki służby zdrowia powinny być miejscem, w którym otrzymają nie tylko profesjonalną pomoc, ale również poczucie bezpieczeństwa.

Czasem ludzki odruch i odrobina życzliwości wystarczają, aby ludzie, którzy są w beznadziejnej sytuacji poczuli się lepiej. Stworzenie atmosfery zaufania i zrozumienia pomaga w przezwyciężeniu różnic kulturowych. Wystarczy jedna zasada, którą wszyscy dobrze znamy: traktuj innych tak, jak ty chciałbyś/chciałabyś być traktowany/-a.

Shewan Ajmal



