



Anita Magowska

**ZAANGAŻOWANIE POLAKÓW
W MISYJNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ W AFRYCE**

Zaangażowanie Polaków
w misyjną opiekę zdrowotną
w Afryce

Anita Magowska

Zaangażowanie Polaków
w misyjną opiekę zdrowotną
w Afryce

Wydawnictwo Kontekst
Poznań 2007

ZAANGAŻOWANIE POLAKÓW W MISYJNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ W AFRYCE
THE POLISH CONTRIBUTION TO THE CATHOLIC MISSION HEALTH CARE IN AFRICA

Recenzent wydawniczy
Prof. zw. dr hab. n. med. Zigniew Pawłowski

Autorka zdjęć na okładce i wewnątrz książki:
Gabriela Majkut

Ponadto wykorzystano zbiory fotografii Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” z Poznania oraz reprodukcje z czasopism: „Missye Katolickie” (1901) i „Echo z Afryki” (1893)

Redaktor techniczny
Przemysław Szlenk

© Copyright by Anita Magowska, 2007
Wydawnictwo Kontekst, 2007

ISBN 978-83-88572-28-9

Published by:

Wydawnictwo
Kontekst
Poznań 2007
kontekst2@o2.pl
www.wkn.com.pl

Printed in Poland

Spis treści

Wstęp	7
-------------	---

I. MISJE KATOLICKIE WOBEC PROBLEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Powstanie misjologii katolickiej i antropologii misyjnej	17
2. Posługa lecznicza Kościoła w świetle misjologii katolickiej i antropologii misyjnej	20
3. Misjonarze wobec tradycyjnego lecznictwa	24

II. EWOLUCJA MISYJNEJ POSŁUGI LECZNICZEJ I PREWENCYJNEJ W AFRYCE

1. Okres kolonialny	27
Początki katolickich misji	27
Warunki życia misjonarzy	29
Powstanie misyjnych szpitali i przychodni	31
2. Okres postkolonialny	33
Tło historyczne posługi leczniczej misjonarzy	33
Misyjne placówki medyczne a państwowy sektor opieki zdrowotnej	37
3. Misje medyczne w erze globalizacji	43
Restrukturyzacja systemów opieki zdrowotnej w Afryce	43
Rola kościelnych placówek opieki zdrowotnej	49
Przykłady wybranych systemów	51

III.
UDZIAŁ POLAKÓW W OPIECE ZDROWOTNEJ
NA MISJACH W AFRYCE

1. Rys historyczny	63
2. Społeczne zaplecze misji medycznych	73
Okres kolonialny	73
Okres postkolonialny	76
Era globalizacji	77
3. Warunki działalności medycznej	85
Konfrontacja z innością	85
Świadczenie wojen	90
Stan i wyposażenie placówek medycznych	92
4. Zakres działalności leczniczej i prewencyjnej	98
Pielęgniarki i położne	98
Lekarze medycyny, stomatolodzy i farmaceuci	104
Wolontariusze	109
Przykłady działalności medycznych placówek misyjnych	110
5. Pacjenci	119
Charakterystyka ogólna	119
Udział Polaków w opiece nad trędowatymi	125
Misje a zwalczanie HIV/AIDS	129
6. „Portrety” wybranych misjonarzy	134
Podsumowanie	145
Piśmiennictwo	149
Aneks I	
Wykaz afrykańskich placówek medycznych i charytatywnych, w których działalność angażowali się polscy misjonarze	167
Aneks II	
Wykaz zgromadzeń zakonnych i organizacji zaangażowanych w misyjną opiekę zdrowotną w Afryce	195
Aneks III	
Nota o Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”	199
Indeks nazw geograficznych	201
Indeks osób	207
Spis rycin	212
Summary	213

Wstęp

Tradycje uczestnictwa Polaków w misyjnej posłudze leczniczej w Afryce sięgają końca XIX w., lecz dopiero w ostatnim półwieczu jego zakres i znaczenie zwiększyły się tak bardzo, że stało się ono godnym głębszego poznania fenomenem, a przy tym jedną z najpiękniejszych kart historii polskiej medycyny. Z danych zebranych w niniejszej pracy (zob.: Aneks I) wynika, że w 2002 r. w 41 z 55 państw afrykańskich polscy misjonarze duchowni i świeccy angażowali się w zakładanie i prowadzenie: 38 spośród 977 katolickich szpitali, 5 z 339 leprozoriów, a także 105 z 4.701 przychodni, izb porodowych oraz ośrodków zdrowia (tzw. dyspansery lub dyspanseria) znajdujących się na tym kontynencie.¹

Istnienie licznych placówek opieki zdrowotnej powiązanych z Kościołem katolickim nie zmienia faktu, że jego swobodna działalność nie we wszystkich w krajach afrykańskich jest możliwa. Afryka podlega bowiem oddziaływaniu dwóch wielkich systemów religijnych: islamu i złożonego z kilku tysięcy wyznań chrześcijaństwa.² Ponadto katolicy nie stanowią większości wśród afrykańskich chrześcijan. Według danych zgromadzonych w Watykanie, Afrykę zamieszkuje 13,37% wyznawców religii tradycyjnych (animizm), 41,23% muzułmanów i 44,51% chrześcijan, wśród których – jak wspomniano – tylko 13,9% to katolicy. W Afryce najwięcej katolików żyje w Demokratycznej Republice Kongo (20,6% ogółu katolików), a następnie: w Nigerii (10,8%), Ugandzie (8,7%),

¹ Anna Dudek, *Geografia misji polskiego Kościoła. Misyjne ABC*. „Nurt SVD” 2002 nr 3 s. 43. – W przywoływanej statystyce nie podano liczby prowadzonych w Afryce przez Kościół katolicki hospicjów, aptek i placówek opiekuńczych dla niepełnosprawnych, sierot i starców. W 2002 r. Polacy zaangażowali się w prowadzenie 31 aptek, 6 hospicjów i 12 innych placówek medycznych oraz opiekuńczych. – Dyspansery jest typowym dla Afryki połączeniem ambulatorium z liczącym kilka łóżek małym szpitalikiem.

² Baffour K. Takyi, *Religion and women's health in Ghana: insights into HIV/AIDS preventive and protective behavior*. „Social Science & Medicine” 2003 s. 1221-1234. – Liczba tzw. chrześcijańskich kościołów niezależnych w Afryce sięga 6.950, a liczba ich członków wynosi około 30 milionów.

Tanzanii (6,4%), Angoli (6,3%) i Kenii (6,0%, a pozostałe 41,2% przypada na pozostałe kraje tego kontynentu).³

Osiągnięcia medycyny dotarły po raz pierwszy do Afryki jednak dzięki misjonarzom protestanckim, a nie katolickim, co było naturalną konsekwencją kolonizacji Czarnego Łądu przez kraje zdominowane przez wiernych tzw. kościołów odłączonych. W połowie XIX w. pod presją wiernych kościołów anglikańskiego i prezbiteriańskiego skupionych w London Missionary Society rząd brytyjski zakazał misjonarzom katolickim jakiegokolwiek działalności w swych afrykańskich protektoratach, co przez szereg lat zapewniło misjonarzom protestanckim wyłączność na ewangelizowanie oraz na prowadzenie szpitali i przychodni finansowanych przez rząd brytyjski i służących przede wszystkim białym osadnikom. Dopiero w 1908 r. zezwolono misjonarzom katolickim na podejmowanie działalności w niektórych afrykańskich protektoratach Anglii (nie we wszystkich, bo np. w prowincji Kazembe w dzisiejszej Zambii zakaz zakładania misji katolickich obowiązywał do 1930 r.)⁴, w tym na realizację posługi leczniczej dla najbardziej potrzebujących pomocy Afrykańczyków, co nie było jednak równoznaczne z udzielaniem wsparcia finansowego. Możliwości prowadzenia systematycznej działalności religijnej, edukacyjnej i leczniczej przez misjonarzy katolickich powstały więc znacznie później i ze względów materialnych były stosunkowo niewielkie.⁵ Na początku XX w. i nawet jeszcze w okresie międzywojennym doznawali oni jeszcze wielu innych ograniczeń, np. w Angoli w latach 1910-1926 istniała organizacja powołana specjalnie dla utrudniania działalności misjonarzy katolickich.⁶

W okresie kolonialnym na rozległych terytoriach afrykańskich dominowali zatem misjonarze protestanci, a rozmach ich działalności uwidocznił się w obszernej spuściznie archiwalnej, jaką pozostawili. Spuścizna archiwalna tylko jednej z wielu organizacji przygotowujących i koordynujących ekspedycje misjonarzy protestanckich, London Missionary Society, składa się z 2.418 pudeł archiwaliów pochodzących z lat 1794-1966 i przechowywanych w bibliotece londyńskiej School of Oriental and African Studies.⁷ Te i inne archiwalia stały się podstawą źródłową licznych artykułów historycznych o udziale misjonarzy protestanckich w organizacji opieki zdrowotnej na Czarnym Łądzie, jakie ukazały się na łamach międzynarodowych czasopism wydawanych w języku angielskim m.in.: „Journal of African Cultural Studies”, „Missiology” i „The International Journal of African Historical Studies”, a także wielu monografii i innych wydawnictw zwartych składających się

³ Ryszard Konieczny, *Zmartwychwstała nadzieja Czarnego Łądu*. „Misjonarz” 1994 nr 4 s. 6-7.

⁴ Jerzy Szurgot, *Afryka – Zambia. Wspomnienia, tradycje, czary*. Warszawa 2003 s. 16.

⁵ Julian Pettifer, Richard Bradley, *Missionaries*. Woodlands 1990 s. 48-49.

⁶ Jerzy Grzybowski, *Angola, Nadzieja na pokój*. „Misjonarz” 1991 nr 11-12 s. 27-28.

⁷ Archiwalia London Missionary Society znajdują się także m.in. w British Museum w Londynie i w Hong Kong Baptist University w Kowloon w Hongkongu.

na obszerne zbiory misjologiczne przechowywane w bibliotekach Anglii, Niemiec i USA.⁸

Znacznie skromniej przedstawia się stan archiwaliów oraz wiedzy z zakresu historii afrykańskich misji katolickich, w tym o udziale Polaków w posłudze leczniczej Kościoła katolickiego. Najobszerniejszy zbiór literatury misjologicznej znajduje się w Bibliotece Księży Werbistów w Pieniężnie, a ponadto interesująca i stosunkowo duża kolekcja opracowań z tej dziedziny jest przechowywana w Bibliotece Narodowej w Warszawie. W pracach tych akcent został jednak położony na aspekty religijne pracy misyjnej, a nie na posługę leczniczą.⁹ Podobnie rzecz ma się z monografiami działalności poszczególnych misyjnych zgromadzeń zakonnych w Afryce. Opieka medyczna nad rdzenną ludnością jest w nich zazwyczaj przedstawiana jako wątek marginalny wobec fundamentalnego znaczenia ewangelizacji.¹⁰ Wyjątkiem jest dwutomowe dzieło zambijskich misjonarzy: ks. Ludwika Grzebień i ks. kard. Adama Kozłowieckiego „Wśród ludu Zambii” (Kraków 1977), w którym zawarte są cenne informacje o kształtowaniu się i znaczeniu posługi medycznej polskich misjonarzy w tym kraju, oparte m.in. na kronice misji w Kasisi.¹¹

Spśród obcojęzycznych wydawnictw zwartych poruszających problematykę katolickich misji medycznych warto odnotować pracę zbiorową „African Christianity: Its Public Role” (1998), w której przedstawiono działalność Kościoła katolickiego w zakresie opieki zdrowotnej w Ugandzie i Ghanie,¹² a także atrakcyjnie napisaną przez Juliana Pettifera i Richarda Bradley’a monografię działalności misyjnej różnych kościołów chrześcijańskich zatytułowaną „Missionaries” (1990).¹³ Druga z wymienionych książek powstała w oparciu o materiały zgromadzone podczas realizacji sześciocodcinkowego serialu telewizyjnego zrealizowanego w końcu lat osiemdziesiątych przez BBC i emitowanego w telewizji brytyjskiej. Oba opracowania są wprawdzie zbyt ogólnikowe dla omawianego zagadnienia i nie dotyczą Polaków, jednak zawierają ciekawe interpretacje obecnego znaczenia pracy misyjnej chrześcijan w Afryce: *Era misji wyraźnie nie przeminęła i nie*

⁸ Np.: Jeannine DeLombard, *Sisters, Servants, or Saviors? National Baptist Women Missionaries in Liberia in the 1920s*. „The International Journal of African Historical Studies” 1991 s. 323–347.

⁹ Por. np.: Kazimierz Kabat, *Listy z Afryki i nie tylko*. Oborniki Śląskie 2000; Julian Gądek, *Wśród ludów Bantu*. Kraków 2003; Paweł Krok, *Gdzie słonie walczą, tam trawa cierpi*. Kraków 2004; Anna Pawlak, *W sercu Afryki: pamiątnik misjonarki*. Warszawa 1999.

¹⁰ Materiały z sympozjum z okazji 25-lecia polskich sercanów w Zairze. Red. Eugeniusz Ziemann, Józef Wróbel. Stadniki 1997; Jan Palyga, *Pallotyni w Rwandzie i Zairze*. Warszawa 1991.

¹¹ Ludwik Grzebień, Adam Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*. T. I: Ludwik Grzebień: *Pionierski trud misjonarzy słowiańskich 1881–1969*. T. II: Adam Kozłowiecki: *Listy z misyjnego frontu*. Wyboru dokonał i do druku przygotował Ludwik Grzebień. Kraków 1977.

¹² Paul Gifford, *African Christianity: Its Public Role*. Bloomington 1998.

¹³ Pettifer, Bradley, *Missionaries...*

*zakończy się, dopóki nie zadecydują o tym politycy, bo przecież niewiele państw afrykańskich chciałoby pozbyć się swych misjonarzy. Dla postkolonialnej Afryki misje stały się co najmniej ważnym źródłem dochodów. Dla zadłużonych, dotkniętych klęskami żywiołowymi i doznających nieskutecznej pomocy humanitarnej państw afrykańskich, działalność misyjna jest podstawowym źródłem wspomagania programów społecznych. Podobnie jak w przypadku jakiegokolwiek pomocy humanitarnej, łączą się z nią pewne zobowiązania, ale większość państw jest świadoma ceny obecności kilku misjonarzy i gotowa do jej pokrycia. Afryka na wiele sposobów dowodzi sukcesów misji.*¹⁴ Jak podkreślają J. Pettifer i R. Bradley: *kiedyś dokonywaliśmy chrystianizacji Afryki, dziś chrześcijaństwo jest afrykanizowane.*¹⁵

Celem niniejszej monografii jest opracowanie historii misyjnej opieki zdrowotnej w Afryce, a zwłaszcza wyjaśnienie genezy, uwarunkowań i rozwoju zaangażowania Polaków w posługę leczniczą Kościoła katolickiego na tym kontynencie. W ciągu ostatniego stulecia dokonała się bowiem ewolucja tego zaangażowania, z działalności leczniczej początkowo podejmowanej przez misjonarzy pozbawionych wykształcenia lekarskiego lub pielęgniarskiego do świadczeń w zakresie opieki zdrowotnej udzielanych w ostatnich latach przez misjonarzy posiadających dyplomy lekarzy lub pielęgniarek a kontraktowanych przez administrację rządową państw afrykańskich. Należy podkreślić, że pojęcie „opieka zdrowotna” zostało użyte w odniesieniu do ostatnich lat nieprzypadkowo, jako szersze niż „działalność lecznicza” i nawiązujące do popularnej definicji zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – dalej: WHO), a obejmującej także działania prewencyjne, w tym edukację prozdrowotną, która powinna towarzyszyć posłudze leczniczej misjonarzy.

Tak nakreślona problematyka monografii skupia się na wydarzeniach z okresu 1880-2004. Jako cezura początkowa został wybrany r. 1880, w którym pierwszy polski jezuita, Emanuel Gabryel, przybył do misji zambezkiej przyczyniając się do powstania warunków dla misyjnej posługi leczniczej Polaków w Afryce. Z kolei 2004 r. był ostatnim rokiem, z którego pochodziły źródła archiwalne wykorzystane w niniejszej pracy.

Za punkt wyjścia pracy przyjęto powstanie i rozwój misjologii katolickiej i antropologii misyjnej jako podstaw teoretycznych katolickiej działalności misyjnej, w tym posługi leczniczej, w Afryce. Wiedza w tym zakresie była niezbędna dla zrozumienia odmienności kulturowej rdzennej ludności tego kontynentu, którą przedstawiono na przykładzie tradycyjnego lecznictwa Afrykańczyków. Ewolucja misyjnej opieki zdrowotnej była uwarunkowana czynnikami politycznymi i ekonomicznymi o charakterze globalnym, omówionymi w kolejnym rozdziale wprowadzającym.

Zasadniczą część pracy stanowi analiza tradycji, warunków politycznych i ekonomicznych, specyfiki i zakresu misyjnej działalności leczniczej Polaków w Afryce.

¹⁴ Tamże, s. 131. – Cytaty zostały przetłumaczone przez autorkę niniejszej pracy.

¹⁵ Ibidem. – Cytat został przetłumaczony przez autorkę niniejszej pracy.

W tej części pracy przedstawiono przykłady działalności medycznych placówek misyjnych, w które byli lub są zaangażowani Polacy, a także krótkie biografie wybranych misjonarzy pełniących posługę leczniczą w Afryce i opis ich subiektywnego nastawienia do pracy misyjnej oraz ich duchowości.

Pracę uzupełniają dwa aneksy. W pierwszym wymieniono te misyjne placówki lecznicze i opiekuńcze prowadzone z udziałem Polaków w Afryce, które stały się podstawą niniejszej monografii, a w drugim – wymieniane w pracy misyjne zgromadzenia zakonne pełniące na tym kontynencie posługę leczniczą i opiekuńczą.

Objęcie zainteresowaniami badawczymi całego kontynentu jest w przypadku omawiania opieki zdrowotnej w Afryce w pełni uzasadnione. Wprawdzie w publikacjach WHO¹⁶ Afryka jest zwykle dzielona na część północną (*Northern Africa*) i część położoną na południe od Sahary (*Sub-Saharan Africa*)¹⁷, jednak działalność medyczna polskich misjonarzy, początkowo skupiona w Afryce subsaharyjskiej, w ostatnim ćwierćwieczu objęła również zdominowane przez islam kraje położone w północnej części kontynentu. Ponadto mimo zróżnicowania politycznego, gospodarczego, kulturowego i etnicznego państwa Afryki pozostają obszarem prawie „homogenicznym” pod względem braku higieny, niedożywienia oraz zagrożenia gruźlicą, malarią, AIDS i chorobami tropikalnymi.

Społeczny kontekst misyjnej posługi leczniczej Polaków wyznaczają potrzeby zdrowotne ludności i organizacja działalności leczniczo-prewencyjnej w poszczególnych państwach afrykańskich. Niejednokrotnie stopień ich rozpoznania znajduje potwierdzenie w stanie internetowych zasobów publikacji medycznych. Np. w dniu 31 sierpnia 2006 r. w bazie publikacji medycznych Medscape najwięcej, bo 1131, artykułów dotyczyło Republiki Południowej Afryki (inna nazwa: Afryka Południowa, dalej: RPA), 316 – Ugandy, 208 – Kenii, 157 – Nigerii, 87 – Zambii, 82 – Ghany, 73 – Botswany, 68 – Malawi i 5 – Kamerunu. Mimo różnic stanu wiedzy, uznawanie Afryki jako obszaru jednolitego pod względem problemów i potrzeb zdrowotnych jest powszechnie przyjęte w czasopismach podejmujących tematykę

¹⁶ Por.: *Health and the Millenium Development Goals*. www.who.int/entity/mdg/publications/MDGChapter1.pdf

¹⁷ Z kolei na podstawie kryteriów geograficznych i politycznych, WHO dzieli terytorium Afryki subsaharyjskiej na: Afrykę Centralną (Burundi, Czad, Demokratyczna Republika Kongo, Gabon, Gwinea Równikowa, Kamerun, Kongo, Republika Środkowej Afryki, Rwanda, Sudan i Uganda), Afrykę Zachodnią (Benin, Burkina Faso, Gambia, Ghana, Gwinea, Mauretania, Niger, Nigeria, Senegal, Togo, Wybrzeże Kości Słoniowej) i Afrykę Południową i Wschodnią (Erytrea, Etiopia, Kenia, Madagaskar, Malawi, Mozambik, Republika Południowej Afryki, Somalia, Suazi, Tanzania, Zambia, Zimbabwe). Afrykę Centralną zamieszkuje 147.474.000 osób, Afrykę Zachodnią – 203.766.000, a Afrykę Południową i Wschodnią – 253.986.000 osób. Najwięcej mieszkańców liczą: Nigeria (113.862.000), Etiopia (62.908.000) i Demokratyczna Republika Kongo (50.948.000), a najmniej: Gwinea Równikowa (457.000), Suazi (925.000) i Gambia (1.303). (Por. np.: Valsa Madhava, Christine Burgess, Ernest Drucker, *Epidemiology of chronic hepatitis C virus infection in sub-Saharan Africa*. „The Lancet. Infectious Diseases” 2002 s. 295.)

prawa i ekonomii zdrowia, jak „Health Policy”, „Health Policy and Planning” i „Journal of Health Economics”.¹⁸

Na ich łamach coraz częściej zwraca się uwagę na rosnące znaczenie misyjnych placówek medycznych dla realizacji podstawowej opieki zdrowotnej w Afryce. Dla wyjaśnienia rosnącego znaczenia pozarządowego sektora *non-profit* opieki zdrowotnej w Afryce zastosowano różne teorie ekonomiczne.¹⁹ Do najoryginalniejszych można zaliczyć poglądy T. Paula Schultza, ekonomisty z amerykańskiego Yale University, który badał działalność kościelnych systemów *non-profit* opieki zdrowotnej w Afryce jako rynku transakcji międzyludzkich zawieranych w celu maksymalizacji korzyści materialnych i niematerialnych. Za podstawowy element tego rynku uznał świadczenia medyczne, które z jednej strony pozwalały na „kupowanie” zdrowia, a z drugiej – były narzędziem służącym „produkcji” zdrowia, a więc i coraz dłuższego życia.²⁰

Z kolei według Kenneth’a Leonarda, placówki *non-profit* odgrywają szczególną rolę na rynku usług medycznych w Afryce z powodu asymetrycznej informacji. Pacjenci podczas wizyty w gabinecie lekarskim nigdy bowiem nie są w stanie ocenić, czy postępowanie lekarza doprowadzi do ich wyleczenia, jednak muszą zapłacić. Rzecz jest o tyle skomplikowana, iż pacjent ma wpływ na stan swego zdrowia poprzez modyfikacje stylu życia, a z kolei lekarz nie jest w stanie przewidzieć, na ile postępowanie chorego będzie zgodne z jego zaleceniami. Tak powstaje zespół złożony z lekarza i pacjenta, w którym żaden z uczestników nie jest w stanie ocenić, co robi drugi, choć aktywność obu jest ważna. Pacjent musi jednak wnieść opłatę w wysokości niezależnej od stopnia wyleczenia, dlatego preferuje te instytucje i organizacje medyczne, które nie maksymalizują zysków, nie będąc w stanie właściwie ocenić jakości usług. Zdaniem K. Leonarda, w Afryce czarownicy-uzdrowiciele mają przewagę nad lekarzami zatrudnionymi w rządowych placówkach opieki zdrowotnej, bo pobierają niewielką opłatę na początku kuracji, oczekując właściwych wyrazów materialnej wdzięczności dopiero po całkowitym wyleczeniu, podczas gdy lekarze pobierają wynagrodzenie niezależnie od efektów zastosowanej terapii. Podobnie, sukces misyjnych szpitali i przychodni oraz ich przewaga nad – niekiedy lepiej wyposażonymi – placówkami rządowymi i komercyjnymi prywatnymi, wynika z niepobierania opłaty w sytuacji, w której wynik leczenia jest niepewny.²¹

Wpasowywanie wynikającej z przesłanek religijnych bezinteresownej działalności leczniczej w ramy pojęć ekonomicznych stało się następstwem rozwoju ekono-

¹⁸ Np.: Christopher J. L. Murray, *Towards an analytical approach to health sector reform*. „Health Policy” 1995 s. 93-100.

¹⁹ Kenneth L. Leonard, *When both states and markets fail: asymmetric information and the role of NGOs in African health care*. „International Review of Law and Economics” 2002 s. 61-80.

²⁰ T. Paul Schultz, *Health economics and applications in developing countries*. „Journal of Health Economics” 2004 s. 637-641.

²¹ Leonard, *When both states and markets fail...*, s. 64-71.

miki zdrowia, obserwowanego w ostatniej dekadzie. Wobec niemożności sprostania wszystkim potrzebom zdrowotnym pacjentów, w końcu lat dziewięćdziesiątych nawet w najbogatszych krajach świata wprowadzono zasadę urynkowania opieki zdrowotnej. W odniesieniu do nierozwiązanych problemów organizacji opieki zdrowotnej w Afryce, interpretowanie systemu opieki zdrowotnej jako rynku transakcji międzyludzkich miało swoje dobre strony, bo pozwoliło na dokonywanie pomiarów efektywności, analizę kosztów procedur medycznych, a także na wytyczanie – na podstawie danych liczbowych – niezbędnych reform i uzasadnionych inwestycji w zakresie opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach afrykańskich.²² Z drugiej strony, jak podkreślił w 2004 r. Andy Haines, dziekan London School of Hygiene and Tropical Medicine, potrzeby Afrykańczyków w zakresie opieki zdrowotnej są dobrze znane WHO, a więc zamiast je kolejny raz badać, lepiej byłoby rozwiązać łamigłówkę, jak dostarczyć świadczenia medyczne mieszkańcom regionów pozbawionych jednocześnie jakichkolwiek zasobów finansowych, komunikacji, łączności, personelu medycznego, szpitali, przychodni, punktów pomocy medycznej etc.²³

W literaturze naukowej aspekt ekonomiczny opieki zdrowotnej świadczonej przez placówki misyjne w Afryce jest dostrzegany od końca lat dziewięćdziesiątych minionego wieku i został też uwzględniony w niniejszej pracy.

Misyjne placówki opieki zdrowotnej budzą coraz większe zainteresowanie specjalistów w zakresie zdrowia publicznego i epidemiologów. W ostatnich latach w międzynarodowych czasopismach medycznych coraz częściej wykazywano korzystny wpływ religijności na zachowania prozdrowotne Afrykańczyków. Np. Baffour K. Takyi wykazał, że w Ghanie liczba chrześcijan wzrosła z 42% w 1980 r. do 98% w 2000 r., co przyczyniło się do zwiększenia stanu wiedzy mieszkanki tego kraju o HIV/AIDS oraz przyjęcia przez nie postaw życiowych uniemożliwiających zarażenie.²⁴ Z kolei John Zarocostas wykazał, że zaledwie dwa lata współpracy UNICEF z biskupami kościołów chrześcijańskich i przywódcami muzułmanów w Sierra Leone pozwoliły zwiększyć odsetek dzieci zaszczepionych w pierwszym roku życia z 6% do 75%.²⁵

Wprawdzie przyjęte założenia badawcze sprawiły, że dla niniejszej monografii najbardziej przydatna była metodyka historii, jednak wykorzystana została także perspektywa badawcza etnografii, dla której zaangażowanie Kościoła katolickiego w opiekę zdrowotną w Afryce to zjawisko demontowania starego i montowania nowego porządku społecznego. Zgodnie z tą perspektywą badawczą skupiono się na sposobach budowania nowego porządku społecznego i poznawaniu szczegółowych

²² Por.: Schultz, *Health economics and applications...*, s. 637-639.

²³ Editorial, *Kickstarting the revolution in health systems research.* „The Lancet” 2004 s. 1745.

²⁴ Takyi, *Religion and women's health...*, s. 1221-1222.

²⁵ John Zarocostas, *UNICEF taps religious leaders in vaccination push.* „The Lancet” 2004 s. 1709.

Biuletyn informacyjny Członków i Sympatyków
Fundacji Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio»

ISSN 1641-604 X

RAPORT

MEDICUS MUNDI POLANO - organizacja zrzeszona w Medicus Mundi International
1 grudnia 2005 roku N12 z nowa nie było tyko dla siebie... NETUM 031



Intensywna opieka przy porodzie. Foto: MDCO, Warszawa

**90. urodziny
dr h.c. Wandy Błęskiej**

Od wielu lat podziemia dr h.c. Wandy Błęskiej aktywnie
walczy o zdrowie i życie ludzi. Jej wieloletnie doświadczenia
z zakresu ginekologii, położnictwa i neonatologii są
nieocenionym wkładem do wiedzy i umiejętności
w tym zakresie. Dr h.c. Wanda Błęska jest autorką
wielu publikacji i uczestnicząca w licznych konferencjach
i sympozjach. Jej wieloletnie doświadczenia są
nieocenionym wkładem do wiedzy i umiejętności
w tym zakresie.

Wspieranie badań naukowych i
rozwoju wiedzy - od czasu jej
zakończenia w 1982 roku. Dr h.c. Wanda Błęska
jest autorką wielu publikacji i uczestnicząca
w licznych konferencjach i sympozjach. Jej
wieloletnie doświadczenia są nieocenionym
wkładem do wiedzy i umiejętności w tym
zakresie.

Wspieranie badań naukowych i
rozwoju wiedzy - od czasu jej
zakończenia w 1982 roku. Dr h.c. Wanda Błęska
jest autorką wielu publikacji i uczestnicząca
w licznych konferencjach i sympozjach. Jej
wieloletnie doświadczenia są nieocenionym
wkładem do wiedzy i umiejętności w tym
zakresie.

ISSN 1641-604 X

MEDICUS MUNDI

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDANY PRZES MEDICUS MUNDI POLANO

MIĘSIACZNIK DLA OSÓB ZAJMĄCYCH SIĘ PROBLEMAMI MEDYCYNĄ
MEDYCYNĄ W ZAKRESIE TĘŻ MEDYCYNĄ TRANSLACyjNĄ „INTERNATIONAL HEALTH”
I SZCZEGÓLNYCH ASPEKTACH POTRZEB LUDYCH OSÓB KONTAKTOWYCH

GRUDZIEŃ 2005
STYCZEŃ 2006
Nr 17/18 (rok V-VI)

Redakcja przesyła Czytelnikom serdeczne życzenia z okazji Nowego Roku 2006

W numerze:

AKTUALNOŚCI:

- 2 Fundacji „Redemptoris Missio”
- 2 straszenie mordercy
- 2 praktyka studenta w Białymostku
- 2 Kształtowanie Trójkątnej i Półkolistej
- 2 Rozwój Roli dr Zdzisława
- 2 Wzrost polskiej
- 2 Światowej Organizacji Zdrowia
- 2 realizacja Misji

2
2
2
4
4
7
7
9
10
11

Czysta ręka to bardziej bezpieczna
Kajgura z dr h.c. Wandą Błęską

XIV/18/05

2 plany obrony z HIV/AIDS

Podstawy profilaktyki HIV

Rozwój krajów

Podlega Inwestycjom

18
18
16
18
20
24

**CZYSZTE RĘCE SĄ
BARDZIEJ BEZPIECZNE**

W numerze:

2 Fundacji „Redemptoris Missio”

2 straszenie mordercy

2 praktyka studenta w Białymostku

2 Kształtowanie Trójkątnej i Półkolistej

2 Rozwój Roli dr Zdzisława

2 Wzrost polskiej

2 Światowej Organizacji Zdrowia

2 realizacja Misji

Ryc. 1. Czasopisma Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”

sytuacji, aby na tej podstawie odtwarzać reguły nowego konsensusu. Warto podkreślić, że etnografia kładzie akcent na badania jakościowe, które mają znaczenie dla odtworzenia właściwego kontekstu społecznego pracy misjonarzy, nie neguje warstwy metafizycznej interakcji ludzkich, tak ważnej w przedstawianym zagadnieniu posługi medycznej misjonarzy w Afryce, a ponadto pozwala skupić się na jednostkowych i werbalnych przejawach relacji międzyludzkich (w niniejszej pracy są to wypowiedzi misjonarzy), czym wzbogaca historyczno-socjologiczną analizę badanego problemu.²⁶

Zarówno historia, jak i stan obecny, misyjnej posługi leczniczej Polaków w Afryce są trudne do rozpoznania nie tylko z uwagi na zawikłaną historię polityczną i odmienną kulturę Afryki, które mogą skłaniać do uproszczeń i pochodnych sądów. Trudności badawcze wynikają przede wszystkim z niedostępności jakiegokolwiek dokumentacji pracy misyjnych szpitali, przychodni i innych placówek realizujących opiekę zdrowotną. W większości z tych placówek żadnej dokumentacji nigdy nie prowadzono i nadal nie prowadzi się z powodu braku czasu i nadmiaru obowiązków.

Podstawowymi źródłami archiwalnymi stały się więc podania, listy i sprawozdania misjonarzy przechowywane w zbiorach: Komisji do spraw Misji (dalej: Komisji Misyjnej) Episkopatu Polski w Warszawie (ul. Byszevska 1), Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” w Poznaniu (ul. Grunwaldzka 86), Zgromadzenia Sióstr Służebniczek Ducha Świętego w Raciborzu (ul. Starowiejska 162), a także listy misjonarzy do autorki oraz wypełnione przez misjonarzy kwestionariusze dotyczące misyjnej działalności medycznej. Trzeba podkreślić, że korespondowanie z misjonarzami w Afryce jest bardzo trudne, bo tam, gdzie pracują często nie ma elektryczności i telefonów, a dotarcie do najbliższej poczty wymaga niekiedy nawet kilkudniowej podróży.

Wobec tych trudności użytecznymi były listy misjonarzy opublikowane w czasopismach misyjnych: „Echo z Afryki”, „Misje Katolickie”, „Misjonarz”, „Misyjne Drogi”, „Raport” i „Wiadomości Misyjne”. Pewną wartość poznawczą miały też artykuły w czasopismach misjologicznych: „Missiology. An International Review” (wydawcą jest American Society of Missiology), „Missionalia” (wydawcą jest Southern African Missiological Society), „Annales Missiologicae Posnaniensis” (wydawcą jest Wydział Teologiczny Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) i „Nurt SVD” (wydawcą jest Zgromadzenie Słowa Bożego w Pieniężnie). Ponadto przydatna była kwerenda w bibliotekach historyczno-medycznych i misjologicznych w Londynie. Niezbędnej wiedzy afrykanistycznej dostarczyły publikacje w periodykach historyczno-socjologicznych: „Social Science & Medicine” i „The International Journal of African Historical Studies”. Z kolei czasopisma medyczne, jak: „Health Policy”, „Medicus Mundi Polonia”

²⁶ Jonathan H. Turner, *Struktura teorii socjologicznej*. Warszawa 2004, s. 493, 704-711.

i „The Lancet”, stanowiły zasób wiedzy o strukturze organizacyjnej i cechach formalnych narodowych katolickich systemów opieki zdrowotnej w Afryce.²⁷

Niniejsza monografia stanowi wynik tzw. badań własnych zrealizowanych w latach 2004–2006 w ramach działalności naukowej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Książka nie powstałaby, gdyby nie życzliwa współpraca i pomoc wielu osób. Autorka pragnie wyrazić swą głęboką wdzięczność przede wszystkim wobec: Ks. Czesława Noworolnika, Sekretarza Komisji ds. Misji Episkopatu Polski i Mgra Mateusza Cofty, Prezesa Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”, którzy udostępniili źródła archiwalne wykorzystane w niniejszej pracy; Ojca Wiesława Dudara z Sekretariatu Misyjnego Zgromadzenia Słowa Bożego w Pieniężnie, który wskazał i udostępnił literaturę misjologiczną, a także wobec wielu Misjonarek i Misjonarzy, którzy wzbogacili podstawę źródłową pracy swymi relacjami i wspomnieniami. Przeprowadzenie w 2004 r. kwerendy w bibliotekach angielskich zostało umożliwione przez londyński Wellcome Institute for the History of Medicine za co pragnę przekazać słowa wdzięczności. Na osobne podziękowanie zasłużyli znawcy problematyki afrykanistycznej: Prof. Hormoz Ebrahimnejad i Belinda Heathcote ze Zjednoczonego Królestwa, z którymi dyskusje wzbogaciły wartość merytoryczną pracy. Autorka pragnie podkreślić, że książka nie ukazałaby się bez pomocy Wydawnictwa Kontekst. Serdeczne podziękowania Autorka przekazuje Profesorowi Zbigniewowi Pawłowskiemu, współzałożycielowi Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” i byłemu kierownikowi Kliniki Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej w Poznaniu, którego wnikliwe i krytyczne uwagi były niezwykle pomocne w redagowaniu ostatecznej wersji pracy.

²⁷ Wiedzy o czasopiśmiennictwie misyjnym w Polsce dostarczają monografie: Andrzeja Kalety *Polskie katolickie czasopiśmiennictwo misyjne w II Rzeczypospolitej* (Kalisz 2001) i Tadeusza Duszy *Czasopisma misyjne w polskich bibliotekach* (Warszawa 1980).

I.

Misje katolickie wobec problemów opieki zdrowotnej

1. Powstanie misjologii katolickiej i antropologii misyjnej

Kościół katolicki zawsze był świadomy swego misyjnego charakteru, lecz dopiero w XX w. jego postawa wobec misji została wzbogacona o naukową refleksję.²⁸ Należy podkreślić, że chociaż Kościół katolicki zawsze podkreślał swój uniwersalizm, twórcami misjologii stały się narodowe Kościoły ewangelickie. W 1867 r. powstała pierwsza katedra misjologii ewangelickiej w Szkocji, a dwa lata później Gustav Warneck (1834-1910) założył w Niemczech pierwsze czasopismo poświęcone misjologii – „Allgemeine Missionszeitschrift”, stając się faktycznym twórcą misjologii protestanckiej.

W ślad za nimi postępowali katolicy, którzy dla głębszego ujęcia problematyki misyjnej od 1873 r. wydawali czasopismo „Katholische Missionen”, a kilka lat później zaczęli prowadzić badania etnologiczno-lingwistyczne dla potrzeb misji. Szczególnie zasługi dla tworzenia zrębów misjologii katolickiej miał Wilhelm Schmidt (1868-1954), werbista i etnolog, który przygotowując misjonarzy do przyszłej pracy zachęcał ich do przeprowadzania badań etnograficznych wśród tubylców i przekazywania mu ich wyników, a w 1906 r. założył czasopismo „Anthropos” (w języku greckim *anthropos* znaczy człowiek) i publikował w nim uzyskane od misjonarzy materiały. Był on też założycielem Instytutu Anthropos afiliowanego przy Uniwersytecie we Fryburgu w Szwajcarii.

Właściwym twórcą misjologii katolickiej stał się Josef Schmidlin (1876-1944), profesor misjologii na uniwersytecie w Münster, od 1911 r. redaktor czasopisma „Zeitschrift fuer Missionswissenschaft” i autor pierwszych podręczników misjologii katolickiej. Od 1912 r. katedry i instytuty misjologii katolickiej powstawały przy uniwersytetach w Europie (np. w Rzymie w 1919 r.) i Ameryce Północnej

²⁸ Misjologia stała się akademicką dyscypliną nauki w XIX w., lecz już w 1588 r. jezuita, Jose de Acosta, a w 1613 r. karmelita, Thomas a Jesu zaczęli budować teorię misji, odnosząc ją jednak do Ameryki Łacińskiej, a nie Afryki.

(np. w Ottawie w 1932 r.).²⁹ Ich powstaniu towarzyszył przełom w teologii, polegający na odnalezieniu wartości religii pozachrześcijańskich i podstaw dialogu międzyreligijnego, co przyczyniło się do wzrostu zainteresowań misjologią, utrzymującego się aż do Soboru Watykańskiego II.³⁰

W latach trzydziestych XX w. opublikowane w języku angielskim prace Bronisława Malinowskiego (1884-1942) wyjaśniły istotę trwałości obyczajów i przyczyniły się do uznania antropologii stosowanej za naukę, która dzięki holistycznemu pojmowaniu człowieka we wszystkich możliwych aspektach (biologicznym, kulturowym, społecznym i psychologicznym) znajduje zastosowanie w różnych działaniach społecznych, np. w organizacji służby zdrowia, walce z analfabetyzmem, szerzeniu higieny sanitarnej, opiece nad dziećmi, realizacji programów kontroli urodzeń etc. Antropologiczne, czyli holistyczne, ujęcie człowieczeństwa było niezbędne dla misjonarzy, którym pozwalało rozumieć kultury lokalne i nabywać umiejętność potęgowania poczucia tożsamości danego ludu, a więc przeprowadzać proces inkulturacji.³¹

Na potrzebę kształcenia misjonarzy w dziedzinie antropologii jako pierwszy zwrócił uwagę przedstawiciel tzw. kościołów odłączonych, Edwin W. Smith (1876-1957), metodysta bogaty w doświadczenia pracy misyjnej w Zambii. Światowe zainteresowanie wzbudziły prace amerykańskiego werbisty, ucznia Wilhelma Schmidta, Louisa J. Luzbetaka (ur. 1918), który stał się twórcą „misyjnej antropologii stosowanej”, publikując w 1958 r. tak zatytułowany esej i wykazując, że misjonarze powinni przed wyjazdem poznać lokalną kulturę i zwyczaje mieszkańców docelowego kraju swej pracy.³²

Luzbetak uważał kulturę za tkwiący u podłoża zachowań kod rzeczy i wydarzeń, który nieustannie zmienia się, przy czym każdorazowej zmianie sposobu ubierania, obrzędów weselnych i pogrzebowych etc. towarzyszy zmiana idei dotyczącej ubierania się, zawierania małżeństw, czy chowania zmarłych. Kierowanie zmianami zachowań – stanowiące istotę pracy misyjnej – sprowadzało się zatem do skutecznego, zgodnego z prawami psychologii, propagowania nowych idei. Luzbetak zwrócił uwagę misjonarzy na fundamentalną kwestię, że: *Miejszem zmiany kulturowej jest umysł konkretnego człowieka. Gdy zmienia się kulturę, zmienia się w istocie rzeczy zestaw idei, które są wspólną własnością wielu ludzi. (...) Podstawowym zadaniem Kościoła jest nie tyle dostarczanie rzeczy, co raczej idei. Pracownik kościelny, bez względu na rodzaj*

²⁹ Feliks Zapłata, *Zarys misjologii katolickiej*. Pieniężno 1968, maszynopis, s. 43-48.

³⁰ Władysław Kowalak, *Misjolog prof. dr Karl Müller SVD (1918-2001)*. [W:] *W trosce o głoszenie Ewangelii. Karl Müller SVD – warmiński misjolog i ekumenista*. Red. Jacek Jan Pawlik. Warszawa 2002 s. 21-23.

³¹ Louis J. Luzbetak, *Kościół a kultury. Nowe perspektywy w antropologii misyjnej*. Przekład Stanisław Tokarski. Warszawa 1998 s. 114-119.

³² Darel L. Whiteman, *Anthropology and Mission: The Incarnational Connection*. „Missiology” 2003 s. 397-415.

postugi, to nie dostawca, który podrzuca biednym farmerom krzyżówki kukurydzy czy dowozi leki i bandaże do punktów zwanych „misyjnymi lecznicami” lub „szpitalami”. Zadaniem nie jest dostawa rzeczy, choć są one ogromnie potrzebne, ale komunikowanie się. Jak mówi chińskie przysłowie, „jeśli dajesz człowiekowi rybę, żywisz go raz; jeśli zaś pokażesz mu, jak łowić ryby, wyżywisz go na zawsze”.³³

Nowe perspektywy działalności misyjnej, uwzględniające osiągnięcia misjologii katolickiej i antropologii stosowanej, a więc oparte na zakorzenionym w godności osoby ludzkiej poszanowaniu wolności religijnej oraz prowadzące do poszanowania i wzbogacania rodzimych kultur, zostały wytyczone w dokumentach Soboru Watykańskiego II (1962-1965), przede wszystkim w dekrete papieskim „Ad gentes” z 1965 r.³⁴ Na zmianę praktyki misji katolickich wpłynęły też inne dokumenty Kościoła, w tym: orędzie „Africae terrarum” z 1967 r., ogłoszona w 1979 r. programowa encyklika „Redemptor hominis”, a wreszcie encyklika „Redemptoris missio” z 1990 r., wskazująca, że dzieło misyjne jest wzbogaceniem, a nie zniszczeniem, miejscowej kultury.³⁵ W rezultacie nowych zobowiązań przyjmowanych przez misjonarzy wobec rdzennej ludności, coraz częściej zdarzało się, że w nawach kościołów afrykańskich umieszczano miniatury murzyńskich chat wypełnione naczyniami i symbolizujące więź z religią pierwotną, uważaną za wprowadzenie do monoteizmu.³⁶

Tym samym w obrębie ożywionej antropologicznym podejściem, procedurami i analizami, misjologii pojawiła się nowa dziedzina zainteresowań, nazywana antropologią misyjną, której celem było badanie stylu życia, mentalności, tradycji i warunków społecznych wspólnoty lokalnej dla wyboru priorytetów oraz metod działalności misyjnej i która najintensywniej rozwijała się w krajach anglojęzycznych.³⁷ W 1968 r. w Birmingham doszło do pierwszego międzynarodowego zjazdu misjologów katolickich (dla porównania, zjazdy misjologów protestanckich odbywały się już od 1854 r.), a coraz wyraźniejsza potrzeba wymiany poglądów doprowadziła w 1997 r. do powstania w Rzymie pierwszego międzynarodowego stowarzyszenia misjologów katolickich – International Association of Catholic Missiologists.³⁸

³³ Luzbetak, *Kościół a kultury...*, s. 321-322.

³⁴ *Breviarium Missionum. Wybór dokumentów Kościoła dotyczących dzieła misyjnego*. Oprac. Bernard Wadecki, Franciszek Wadecki, Feliks Zapłata. Cz. I. Warszawa 1979 s. 371-419. – Na mocy tego dokumentu każdy Episkopat ustanawiał Komisję Episkopatu ds. Misji, odpowiedzialną za m.in. różnorodne formy animacji i współpracy misyjnej.

³⁵ Jan Górski, *Mały słownik misjologiczny*. Katowice 2004, s. 33-34.

³⁶ Jerzy Grzybowski, *Tanzania, Kościół pod znakiem baobabu*. „Misjonarz” 1990 nr 7-8 s. 25-26; Antoni Kurek, *Inkulturacyjne problemy misji czarnofrykańskiej*. „Misjonarz” 1994 nr 4 s. 3-4; Jarosław Różański, *Rodzimy charakter Kościoła północnokameruńskiego*. „Annales Missiologicae Posnaniensis” T. 11 Poznań 2000 s. 217-238; – Spośród tych dokumentów warto przypomnieć orędzie Pawła VI z 24 października 1965 r., w którym szpitale misyjne zostały nazwane „działami materialnej i duchowej miłości”, jednak zwykle mało zauważalnymi z uwagi na głównie religijną orientację misji.

³⁷ Luzbetak, *Kościół a kultury...*, s. 56-57.

³⁸ Górski, *Mały słownik misjologiczny...*, s. 46.

Tak zaznaczyło się – zaskakujące z uwagi na wieloletnią rywalizację misjonarzy katolickich i protestanckich na odległych terytoriach zamorskich – sprzężenie zwrotne: protestanci czerpali z kilkunastuletniego doświadczenia misyjnego katolików, a zorganizowany ruch misjologiczny protestantów zainspirował katolików do zajęcia się problemami misji w sposób zgodny z wymaganiami współczesnej nauki i z uwzględnieniem osiągnięć antropologii oraz etnografii.³⁹

Tak więc, proces wyodrębniania misyjnej antropologii stosowanej trwał bardzo długo. Nowa dziedzina wiedzy wywarła istotny wpływ na działalność misyjną Kościoła katolickiego, bowiem przyczyniła się do nowego pojmowania misji, jako rzeczywistości złożonej i możliwej do realizowania na różne sposoby (w tym poprzez podejmowanie opieki zdrowotnej), a ponadto ukształtowała praktykę misyjną.

2. Posługa lecznicza Kościoła w świetle misjologii katolickiej i antropologii misyjnej

Rozwój misjologii katolickiej i antropologii misyjnej przyczynił się do reorientacji celów misji. O ile w XIX w. i w pierwszej połowie XX w. za ich główne zadanie uważano nawracanie „zacończonych cywilizacyjnie” pogan, to w następnym stuleciu najważniejszym celem stała się zmiana społeczna, której – używając terminologii antropologicznej – nośnikami (bądź innowatorami kulturowymi) mieli być nie misjonarze, lecz członkowie lokalnej wspólnoty. To znaczyło, że w pracy społecznej misjonarzy dokonało się przesunięcie punktu ciężkości z działań charytatywnych na edukację, jak Afrykańczycy mogą pomóc sobie samym, bo chociaż: *Antropologia stosowana nie jest przeciwna rozdawaniu zupy ani dziełom charytatywnym, dąży raczej do uczynienia owych zup przestarzałymi i niepotrzebnymi gestami, szukając najgłębszej przyczyny głodu i wszelkiego zła społecznego oraz pracując na rzecz reformy strukturalnej. Stawianie pytań wprost, docieranie do najgłębszej przyczyny, dążenie do reformy strukturalnej – to właśnie musi zawsze być ostatecznym celem Kościoła służebnego.*⁴⁰

Postulowaną reformę strukturalną w zakresie opieki zdrowotnej utrudniała jednak odmienność kulturowa Afrykańczyków. Zarówno w XIX, jak i w XX w., Europa i Afryka stanowiły dwa światy różniące się pod względem poziomu industrializacji, sposobu uprawy ziemi, wierzeń religijnych, systemu wartości oraz – co dla medycznej działalności misjonarzy było szczególnie ważne – wyjaśniania chorób. W Europie wolna od wpływów religijnych medycyna akademicka wyjaśniała choroby za pomocą eksperymentów i praw naukowych oraz akcentowała poufność jednostkowej relacji

³⁹ Zapłata, *Zarys misjologii katolickiej...*

⁴⁰ Luzbetak, *Kościół a kultury...*, s. 413.

pacjent-lekarz. W Afryce natomiast, medycyna była silnie związana z wierzeniami religijnymi, eksperymenty naukowe uważano za niepotrzebne wobec supranaturalnych przyczyn chorób, a uzdrawianie miało charakter publiczny i przyczyniało się do wzmocnienia więzi klanowo-plemiennych. Wprowadzane przez misjonarzy chrześcijaństwo było wprawdzie alternatywą czci dla duchów przodków i publicznego uzdrawiania, jednak w przeciwieństwie do tradycyjnych religii afrykańskich nie łączyło się z medycyną i nie służyło podtrzymywaniu więzi w obrębie klanu lub plemienia.⁴¹

Szansą na przezwycięzenie trudności w zakresie reformy strukturalnej opieki zdrowotnej stała się koncepcja niezależności i samowystarczalności państw afrykańskich, sprowadzająca się m.in. do zastępowania misyjnego personelu medycznego pracującego w Afryce – lekarzami, pielęgniarkami i technikami medycznymi wywodzącymi się z rdzennej ludności. Urzeczywistnieniem tej koncepcji stało się Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari (dalej: CUAMM), które powstało 3 grudnia 1950 r. w Padwie, w ramach działalności Fundacji Franciszka Ksawerego. Finansowane głównie przez rząd włoski CUAMM kształciło i wysyłało misyjny personel medyczny do krajów rozwijających się całego świata. Od 1954 r. nawiązało bezpośrednią współpracę z rządami Angoli, Etiopii, Kenii, Mozambiku, Rwandy, Tanzanii i Ugandy, przyczyniając się do rozwoju misyjnych szpitali, przychodni i ośrodków zdrowia w tych krajach.

Trzydzieści lat później podstawą pracy CUAMM stał się nowy statut, z którego wynikała potrzeba działania nakierowanego na promocję ludzką,⁴² zwłaszcza w odniesieniu do najbardziej potrzebujących (np. ubogich, niepełnosprawnych, więźniów, ludzi z marginesu społecznego), a ponadto konieczność wspierania niezależności, rozwoju i autonomii ludności krajów rozwijających się. Nowy statut CUAMM uwzględniał Deklarację WHO przyjętą w 1978 r. w Alma-Acie i dającą pierwszeństwo podstawowej opiece zdrowotnej opartej na rodzimym personelu medycznym oraz na produkowanych na miejscu lekach (w tym tradycyjnych lekach ziołowych) i materiałach medycznych.

W 1987 r. możliwości rozszerzenia zakresu działalności CUAMM zostały ograniczone w wyniku decyzji rządu Włoch o zmniejszeniu pomocy finansowej dla krajów Trzeciego Świata oraz wprowadzenia przez Bank Światowy zasad ekonomii rynkowej do systemów opieki zdrowotnej. Aktualnie budżet Collegio jest w 30% wspierany przez rząd włoski, w 25% przez włoski Episkopat, w 20% przez

⁴¹ John M. Janzen, William Arkininstall, *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley Los Angeles London 1978 s. 225; Gloria M. Waite, *A History of Traditional Medicine and Health Care in Pre-Colonial East-Central Africa*. Lewiston Quennston Lampeter 1992 s. 97-120; P. A. Twumasi, *Medical Systems in Ghana. A Study in Medical Sociology*. Legon (Ghana) 1975 s. 62-63.

⁴² Pojęcie „integralnej promocji człowieka”, czyli popierania rozwoju człowieka poprzez wychowywanie sumienia, pochodzi z encykliki Jana Pawła II „Redemptoris missio”.

⁴³ G. Putato, *Italy – The CUAMM*. „Dolentium Hominum” 2000 s. 46-49.



Ryc. 2. Misyjna szkoła w Rushooka w Ugandzie

osoby prywatne, w 15% przez organizacje międzynarodowe, a w 10% przez Unię Europejską.⁴³

Duże znaczenie dla rozwoju kościelnych systemów opieki zdrowotnej w państwach afrykańskich miała wymiana doświadczeń dokonana podczas konferencji biskupów katolickich zatytułowanej „The Church and its involvement with health: the healing ministry”, która odbyła się w 2000 r. w holenderskim mieście Søersterberg. Podczas konferencji wytyczono obecnie realizowaną strategię maksymalnej aktywności Kościoła katolickiego w dziedzinie opieki zdrowotnej i walki z ubóstwem w krajach rozwijających się. Przyjęto zasadę aktywnej i szerokiej współpracy z administracją rządową oraz organizacjami dobroczynnymi, opowiedziano się za kontraktowaniem usług medycznych przez szpitale katolickie i przypomniano, że zaangażowanie Kościoła w opiekę zdrowotną sprowadza się nie tylko do jej organizowania, ale także do wypowiedzania się w imieniu najsłabszych i obrony ich praw.⁴⁴

W tym samym roku podobne stanowisko zajęło Międzynarodowe Stowarzyszenie Katolickich Instytucji Opieki Zdrowotnej (Associazione Internazionale Istituti Sanitari Cattolici), zachęcając misyjne szpitale i przychodnie do starań o akredytację w obrębie narodowych i regionalnych programów ochrony zdrowia oraz do pełnego uczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia i jakości życia.⁴⁵ Dzięki powiązaniom z narodowymi i regionalnymi programami ochrony zdrowia, misyjne placówki opieki zdrowotnej zwiększyły wpływ na styl życia i prozdrowotne zachowania Afrykańczyków.⁴⁶

Cenne inicjatywy w kierunku integracji kościelnego sektora opieki zdrowotnej z analogicznym sektorem państwowym w Afryce podejmowały również: organizacja „Medicus Mundi International” i Światowa Rada Kościołów, chociaż ich działania stosunkowo późno zostały dostrzeżone przez instytucje tworzące i monitorujące strategie zdrowia publicznego w krajach rozwijających się, jakimi są WHO, UNICEF, Międzynarodowy Fundusz Walutowy i Bank Światowy.⁴⁷

Podsumowując, w drugiej połowie XX w. dokonała się ewolucja posługi leczniczej Kościoła na Czarnym Lądzie, polegająca na stopniowym odchodzeniu od pełnienia jej w – spontanicznie zakładanych przy stacjach misyjnych – ambulatoriach, szpitalach i przychodniach, do wdrażania międzynarodowych (inicjowanych i monitorowanych przede wszystkim przez WHO) oraz rządowych programów opieki zdrowotnej obejmujących duże populacje i wspieranych przez Konferencje Episkopatu państw afrykańskich położonych na południe od Sahary.

⁴⁴ *Posługa lecznicza Kościoła*. „Medicus Mundi Polonia” 2001 nr 1 s. 11-12.

⁴⁵ Edgar Widmer, *Posługa lecznicza Kościoła*. „Medicus Mundi Polonia” 2001 nr 2 s. 11-12.

⁴⁶ Takyi, *Religion and women's health...*, s. 1221-1234.

⁴⁷ *Posługa lecznicza Kościoła*. „Medicus Mundi Polonia” 2001 nr 2 s. 11-12.

3. Misjonarze wobec tradycyjnego lecznictwa

W tradycyjnych społeczeństwach afrykańskich życie wspólnoty klanowo-plemiennej od stuleci koncentrowało się wokół sfery sacrum, będącej domeną czarowników-uzdrowicieli. To oznaczało, że misjonarze wprowadzając nowe pojęcia i symbole religijne, a także – używając terminologii antropologicznej – dokonując zmiany kulturowej w zakresie postaw wobec zdrowia i choroby (np. zachęcając do poddawania się szczepieniom) musieli zająć miejsce czarowników-uzdrowicieli, np. starając się przekonać, że przedmioty tradycyjnego kultu nie mają mocy magicznej. Było to bardzo trudne, ponieważ z jednej strony misjonarze nie do końca znali i rozumieli symbole organizujące życie wspólnot plemiennych, a z drugiej – animizm i organizujący wspólnoty autorytet czarownika-uzdrowiciela były odwiecznymi fundamentami ładu społecznego i poczucia bezpieczeństwa Afrykańczyków.

Pełniący posługę leczniczą w Afryce misjonarze w swoich listach do współbraci i przyjaciół w Polsce zawsze ujawniali bezsilność wobec czarowników, silniej od nich oddziaływujących na tubylców, potajemnie wzywanych przez rodziny do misyjnych szpitali i wykonujących tam rytualne nacięcia oraz potrafiących mścić się na tubylcach poprzez podanie im skutecznej trucizny przy milczącej akceptacji miejscowej społeczności. Ponadto czarownicy-uzdrowiciele należeli do wspólnot plemiennych i mieszkali bardzo blisko, gdy do misyjnych szpitali i przychodni było zazwyczaj daleko, a ich medyczny personel był obcy kulturowo.⁴⁸

Problem rywalizacji misjonarzy z czarownikami-uzdrowicielami w dziedzinie lecznictwa miał charakter ponadczasowy, czego dowiodło przeprowadzone w 2004 r. badanie postaw wobec tradycyjnych uzdrowicieli mieszkańców okręgu Kalabo w Zambii. Okazało się, że wprawdzie wszyscy ankietowani w razie choroby zamierzali szukać pomocy w okręgowym szpitalu, jednak aż 88% z nich deklaroowało jednoczesny zamiar odwiedzenia miejscowego uzdrowiciela. Wykazano, że ponad 80% mieszkańców Afryki subsaharyjskiej – bez względu na wykształcenie – nadal korzysta z usług tradycyjnych uzdrowicieli stosujących lecznicze środki roślinne, zwierzęce i mineralne oraz różne metody psychoterapii, a pobierających opłatę (zwykle w postaci jednej krowy) tylko wtedy, gdy pacjent całkowicie wyzdrowiał.⁴⁹

W ostatnich latach umiejętności i kompetencje czarowników-uzdrowicieli stały się tematem szeregu badań podejmowanych m.in. przez naukowców z Karolinska Institutet w Sztokholmie i Uniwersytetu Zambii w Lusace. Dzięki nim

⁴⁸ Luzbetak, *Kościół a kultury...*, s. 242-254; K. Mueller, *W trosce o głoszenie Ewangelii*. Warszawa 2002, s. 163-164.

⁴⁹ Jelle Stekelenburg, Bastiaan E. Jager, Pascal R. Kolk, Esther H.M.N. Westen, Anke van der Kwaak, Ivan N. Wolfers, *Health care seeking Behaviour and utilisation of traditional healers in Kalabo, Zambia*. „Health Policy” 2005 s. 67-81.

zweryfikowano wcześniejsze i bardzo krytyczne oceny afrykańskiego lecznictwa tradycyjnego. Wykazano, że stosowane przez czarowników-uzdrowicieli roślinne środki lecznicze są skuteczne w leczeniu wielu chorób infekcyjnych, w tym malarii i chorób przenoszonych drogą płciową, a więc sprowadzanie ich umiejętności do leczenia chorób psychosomatycznych było przedwczesne i pochopne.⁵⁰

Zdaniem Clifforda Allwooda, popularność i społeczny prestiż czarowników-uzdrowicieli jest jednak rezultatem przede wszystkim ich umiejętności zaspokajania potrzeb emocjonalnych pacjentów, bowiem: *Afrykańscy tradycyjni uzdrowiciele są nawet bliżsi prawdy o człowieku, gdy łączą świat duchowy ze światem fizycznym. Afrykańczycy jako pacjenci nie są bowiem usatysfakcjonowani teorią infekcyjnego pochodzenia chorób lub inną, także eliminującą pierwiastki duchowe.*⁵¹

Z odmienności kulturowej Afryki wynikało jeszcze wiele innych implikacji dla posługi leczniczej misjonarzy. Tylko pozornie nie miał dla nich większego znaczenia fakt, że fundamentalne dla tradycji prawodawstwa Europy i świadomości społecznej Europejczyków pojęcie państwa jednorodnego pod względem narodowościowym jest sztuczne na obszarach zróżnicowanych etnicznie i zamieszkałych przez kilkadziesiąt plemion mówiących odrębnymi narzeczami, tak jak ma to miejsce np. w Kamerunie i Zambii (w każdym z tych państw istnieje około 70 narzeczy), a na mniejszą skalę również w: Angoli, Etiopii, Gabonie, Gwinei-Bissau, Kenii, Kongo, Malawi, Mauretanii i Togo. Z bogactwa etnicznego wynika konieczność nauki – przy braku choćby najskromniejszych podręczników – różnych narzeczy przez osoby pracujące w misyjnych placówkach opieki zdrowotnej. Osoby te bywały niekiedy przenoszone do innej części kraju celem zorganizowania nowego szpitala czy ośrodka zdrowia, z czym łączyła się potrzeba przyswojenia „ze słuchu” nowego, zwykle pozbawionego jakichkolwiek zapisów fonetycznych, narzecza.

Dla Afrykańczyków obce i niezrozumiałe jest pojęcie praw człowieka jako jednostki. Na Czarnym Lądzie jednostka zawsze jest integralną częścią i zarazem miniaturą pewnej społeczności, stąd prawa – w rozumieniu ustawodawstwa krajów rozwiniętych – mogą w Afryce mieć charakter tylko grupowy, co zresztą zostało uwzględnione w Afrykańskiej Karcie Praw Człowieka. Ten nieznanym w Europie kontekst kulturowy praw człowieka ma znaczenie dla medycznych misjonarzy, gdyż w afrykańskich szpitalach i przychodniach pacjent nigdy nie wyraża zgody na leczenie samodzielnie, zawsze towarzyszy mu w tych decyzjach klan, wspólnota plemienna lub przynajmniej rodzina, a ponadto zazwyczaj może

⁵⁰ Phillimon Ndubani, Bengt Höjer, *Traditional healers and the treatment of sexually transmitted illness in rural Zambia*. „Journal of Ethnopharmacology” 1999 s. 15-25.

⁵¹ Clifford Allwood, *Mission as Healing the Sick: Christian Medical Missions in South Africa*. „Missionalia” 1989 s. 119. – Cytat w tłumaczeniu autorki.

liczyć na ich pomoc w sytuacji niewystarczających posiłków podczas hospitalizacji.⁵²

Krótki i z konieczności uproszczony obraz niektórych aspektów tradycyjnego leczenia w Afryce wymaga podkreślenia, że charakteryzujące się holistycznym podejściem do pacjentów misyjne szpitale i przychodnie uwzględniają potrzeby duchowe pacjentów i w tym względzie są zgodne z afrykańską tradycją. Ten pogląd znalazł potwierdzenie w wynikach zakończonego w 2003 r. badania sytuacji pacjentów umierających z powodu nowotworów i opiekującego się nimi personelu medycznego w wybranych szpitalach Edynburga w Szkocji i w Chogoria Hospital w Kenii. Wprawdzie osiągnięcia najnowszych technologii medycznych były bardziej dostępne w Edynburgu, jednak pacjenci misyjnego szpitala w Kenii umierali znacznie spokojniejsi i pogodzeni ze śmiercią. Tak więc, Afryka nadal dostarcza cywilizacji zachodniej niekończących się lekcji holizmu.⁵³

Podsumowując, odmiennosc kulturowa Afrykańczyków zawsze fascynowała przybyszów z innych kontynentów, ale w pracy ewangelizacyjnej pierwszych misjonarzy okazywała się przeszkodą niemożliwą do całkowitego przezwyciężenia. Oparta na osiągnięciach misyjnej antropologii, koncepcja inkulturacji Ewangelii oraz wpisywania racjonalnych zachowań prozdrowotnych w tradycyjną mentalność ludności tubylczej była więc w pełni uzasadniona i ułatwiła organizację dalszej działalności misyjnej.

⁵² Rachel Murray, Steven Wheatley, *Groups and the African Charter on Human and Peoples' Rights*. „Human Rights Quarterly” 2003 s. 213-236.

⁵³ Scott A. Murray, Elizabeth Grant, Marilyn Kendall, *Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers*. „BMJ” 2003 s. 368.

II. Ewolucja misyjnej działalności leczniczej i prewencyjnej w Afryce

1. Okres kolonialny

Początki katolickich misji

Nagłośnienie przez szkockiego lekarza i badacza Afryki, członka London Missionary Society, Davida Livingstone (1813-1873)⁵⁴ okrutnego procederu handlu rdzennymi mieszkańcami Afryki, uprowadzanymi z buszu i transportowanymi w warunkach powodujących śmierć wielu z nich, przyczyniło się do wzrostu zainteresowania Europejczyków tym kontynentem. Dzieła Livingstone'a poruszyły m.in. kardynała Charles'a Lavigerie (1825-1892), który w trosce o potrzeby tubylczej ludności Czarnego Lądu założył Zgromadzenia: Misjonarzy Afryki (Ojców Białych) i Misjonek NMP Królowej Afryki (Siostr Białych). Warto wspomnieć, że z działalnością kardynała Lavigerie łączą się wątki polskie, bo właśnie pod jego wpływem Maria Teresa Ledóchowska powołała w Rzymie zakon klawerianek, troszczący się o wsparcie materialne i duchowe dla misji afrykańskich.⁵⁵

Klawerianki były tylko jednym z 79 zgromadzeń zakonnych o wyraźnych celach misyjnych, jakie powstały w XIX w. Przykładami innych mogą być: utworzeni przez Francuza, Eugeniusza de Mazenod (1782-1861) oblaci Maryi Niepokalanej podejmujący pracę z ludźmi opuszczonymi, ubogimi i poszukującymi sensu życia;⁵⁶ założone w 1872 r. przez Jana Bosco i Marię Dominikę Mazarello Zgromadzenie Córek Maryi Wspomożycielki; utworzone w 1875 r. w Holandii przez Arnolda Janssen (1837-1907), prekursora nowoczesnego przygotowania do pracy misyjnej poprzez studia lingwistyczne i etnograficzne, męskie Zgromadzenie Słowa

⁵⁴ Livingstone, David. [W:] *The Encyclopaedia Britannica*. Vol. XVII, Cambridge 1911 s. 813-814.

⁵⁵ *Misjonarze Afryki – Ojcowie Biali*. Oprac. Władysław Zakrzewski. Lublin 1988 s. 8. – Zgromadzenie Sióstr Misjonek NMP Królowej Afryki powstało w 1869 r., a od 1991 r. ma również dom w Polsce.

⁵⁶ *Statystyka misyjna i sytuacja misyjna świata*. „Nurt SVD” 2002 nr 3 s. 27.

Bożego (werbiści),⁵⁷ w ślad za którym w 1889 r. powstało Zgromadzenie Sióstr Służebniczek Ducha Świętego, a w 1896 r. – Zgromadzenie Służebniczek Ducha Świętego od Wieczystej Adoracji. Wkrótce po powstaniu, te i inne zakony misyjne podejmowały działalność w Afryce.⁵⁸

Zgromadzenia misyjne z czasem, choć niekiedy wiele lat po założeniu, pojawiały się także na ziemiach polskich (np. utworzone w 1868 r. Zgromadzenie Córek Bożej Miłości znalazło się w Polsce dopiero w 1991 r.).⁵⁹ W XIX w. warunki do działalności zakonów misyjnych istniały jedynie w zaborze rosyjskim, np. w 1889 r. w Wilnie zostało założone bezhabitowe Zgromadzenie Sióstr od Aniołów (które późno, bo dopiero w 1984 r. rozpoczęło posługę leczniczą na polskich misjach w Afryce),⁶⁰ a w 1905 r. w Mohylewie nad Dnieprem (obecna Białoruś) powstało Zgromadzenie Sióstr Misjonarek Św. Rodziny (które w drugiej połowie XX w. zdominowało pełnioną przez Polaków misyjną działalność medyczną w Zambii).⁶¹ Na początku XX w. Honorat Koźmiński (1829-1916), kapucyn, założył kilka misyjnych wspólnot zakonnych, które w drugiej połowie tego stulecia rozpoczęły pracę w Afryce, a mianowicie: serafitki czyli Zgromadzenie Sióstr Córek Matki Bożej Bolesnej (od 1976 r. są w Algierii), służki czyli Zgromadzenie Sióstr Służek Najświętszej Maryi Panny Niepokalanej (od 1977 r. pracują w Rwandzie), Zgromadzenie Sióstr Sług Jezusa (od 1981 r. są w Algierii), felicjanki czyli Zgromadzenie Sióstr św. Feliksa z Cantalicio (od 1983 r. są w Kenii), obliczanki czyli Zgromadzenie Sióstr Wynagrodzicielek Najświętszego Oblicza (od 1986 r. są w Algierii).⁶²

W końcu XIX i na początku XX w. katolickie misje afrykańskie były ustanawiane przez – istniejącą od 1622 r. – Kongregację Rozkrzewiania Wiary (później nazywaną Kongregacją Ewangelizacji Narodów, a obecnie zazwyczaj Papieskim Uniwersytetem „Urbanianum”) i powierzane konkretnym prowincjom zgromadzeń zakonnych.⁶³ W tym okresie pracę w katolickich stacjach misyjnych w Afryce podejmowali najczęściej Irlandczycy, Niemcy, Francuzi i Belgowie. Żyjącym pod zaborami Polakom stosunkowo rzadko udawało się wyjechać na misje do Afryki.⁶⁴

⁵⁷ Roman Małek, Bronisław Skóra, Waldemar Wesoly, *Werbiści w służbie misji. W stulecie istnienia Zgromadzenia Słowa Bożego (1875–1975)*. Płock 1976 s. 24–25.

⁵⁸ Ewa Malinowska, *Wkład Sióstr Służebniczek Ducha Świętego w dzieło misyjne Kościoła*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne Akademii Teologii Katolickiej*. T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, Red. Władysław Kowalak, SVD, cz. 1, s. 235.

⁵⁹ Angelika Chyla, *Córki Bożej Miłości*. „Misjonarz” 1999 nr 9 s. 8–9.

⁶⁰ Andrzej Sujka, *Siostry od Aniołów*. „Misjonarz” 1999 nr 1 s. 6–7.

⁶¹ Bronisława Zofia Rajkowska, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonarek św. Rodziny*. „Zeszyty Misjologiczne ATK” T. VI, cz. 1, s. 67–82.

⁶² Halina Irena Szumił, *Żywe dzieło ojca Honorata Koźmińskiego*. „Misjonarz” 1988 nr 5 s. 20–21.

⁶³ Józef Krzyszkowski, *Polska misja w Afryce*. Kraków 1923 s. 36.

⁶⁴ Grzebień, Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*. T. I..., s. 145–147; *Wyprawa do francuskiego Kongo i misje w tym kraju*. „Misje Katolickie” 1892 s. 253–259; B. de Vaulx, *Katholische Missionsgeschichte*. Aschaffenburg 1962, s. 101–124.

Jak zatem wykazano, dramatyczne wydarzenia związane z kolonizacją Afryki stały się podłożem działalności misjonarzy na tym kontynencie, w tym specjalnie w tym celu zakładanych zgromadzeń zakonnych, w których działalność włączali się katolicy z Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych Ameryki.

Warunki życia misjonarzy

Działalność misjonarzy katolickich w Afryce była początkowo niewystarczająco wspierana materialnie przez społeczeństwa krajów Europy Zachodniej. Niekiedy przed śmiercią z głodu i chorób ratowała ich pomoc misjonarzy protestanckich, choć zwykle rywalizowali ze sobą o wpływy wśród miejscowej ludności. Przedstawiona przez Ralpha Schramma sytuacja na przełomie XIX i XX w. w Nigerii była typowa: *Pierwsi katolicy misjonarze w Lagos byli często całkowicie zaniedbywani przez Europę i czasami doprowadzeni do stanu wyczerpania głodowego, bo według obowiązujących wtedy zasad pracując na terytorium wpływów angielskich, powinni otrzymywać wsparcie materialne od katolików zamieszkałych w Anglii, które wobec dominowania tam ludności protestanckiej było dalece niewystarczające w przeciwieństwie do wsparcia dla misjonarzy katolickich w strefie francuskojęzycznej. Często korzystali oni z faktycznego poparcia misjonarzy protestanckich. Pierwsi misjonarze katolicy po przyjeździe do Afryki przeżywali średnio trzy lata.*⁶⁵

Z innych opracowań wynika, że na przełomie XIX i XX w. każdego roku w Afryce umierał średnio co czwarty misjonarz ze Zgromadzenia Ojców Białych.⁶⁶ Zagroženiem dla pierwszych misjonarzy były nie tylko nieznane choroby i dzikie zwierzęta,⁶⁷ ale także wywodzący się z rdzennej ludności czarownicy. W 1884 r. w Togo, wtedy niemieckiej kolonii, miejscowi czarownicy potajemnie podali truciznę dwóm misjonarzom ze Zgromadzenia Misji Afrykańskich, przy czym jednego z nich nie udało się odratować.⁶⁸ Pierwsi misjonarze bywali świadkami wzajemnego wymordowywania się plemion, kanibalizmu i handlu niewolnikami, a ich listy, publikowane w około 300 wspierających misje i wydawanych w krajach europejskich oraz w USA czasopismach, budziły odruch współczucia i wyzwalały ofiarności Europejczyków oraz Amerykanów.⁶⁹

Do wzrostu zapotrzebowania na pracę misjonarzy katolickich przyczyniła się, dokonująca się na początku XX w., gwałtowna industrializacja niektórych regionów

⁶⁵ Ralph Schramm, *A History of the Nigerian Health Services*. Ibadan 1971 s. 98-99. – Cytat został przetłumaczony przez autorkę.

⁶⁶ Michael Jennings, *This Mysterious and Intangible Enemy; Health and Disease Amongst the Early UMCA Missionaries, 1860-1918*. „Social History of Medicine” 2002 s. 66-68.

⁶⁷ Józef Boroń, *Pamiętnik z lwiej kniei. Przygody misjonarza w afrykańskiej puszczy*. Kraków 1994 s. 51, 75. – W 1885 r. na brzegu rzeki Zambezi zmarł z wyczerpania polski jezuita, o. Emanuel Gabriel, a w 1934 r. w Katondwe w Zambii został rozszarpany przez lwa inny jezuita, br. Franciszek Bulak.

⁶⁸ Jacek Jan Pawlik, *Podwójny jubileusz w Togo*. „Misjonarz” 1992 nr 11-12 s. 3-4.

⁶⁹ *Afryka równikowa*. „Misje Katolickie” 1882 s. 73-87.

Afryki. Dzięki intensywnym poszukiwaniom złóż mineralnych zakładano kopalnie i otaczające je osady robotnicze, z czasem rozrastające się w miasta. Ich przykładem może być Brockenhill (dziś Kabwe w Zambii), założone w 1903 r. wokół tutejszych złóż rud ołowiu, wanadu i cynku. Parę lat później zatrudniano tutaj 3.500 czarnych robotników, a miasto było połączone z wybrzeżem linią kolejową oraz zasilane prądem z elektrowni wodnej zbudowanej na spiętrzonych wodach rzeki Mulungushi. Gdy jednak światowy kryzys gospodarczy spowodował spadek cen i tym samym zmniejszenie rentowności kopalń, zatrudnienie w Brockenhill zredukowano do 1.600 osób, a pozostali Afrykańczycy musieli wrócić do rodzinnych wiosek.⁷⁰ Do podobnej migracji i reemigracji ludności dochodziło podczas budowy linii kolejowej Brazzaville-Atlantyk, gdzie okresowo było zatrudnianych około 8.000 czarnych robotników.⁷¹

Ze wzrostem liczby kopalń i plantacji wiązała się bowiem masowa, wymuszona obowiązkiem płacenia podatków nałożonych przez kolonizatorów, migracja zarobkowa rdzennej ludności, którą zmuszano do pracy na rzecz państw kolonialnych poprzez przemysłany system obowiązkowych podatków „od głowy” i „od chaty”. Afrykańczycy nie mieli innego wyjścia niż podjąć pracę zarobkową w kopalniach lub na plantacjach należących do białych osadników a utworzonych z gruntów skonfiskowanych rdzennej ludności.⁷² Szacuje się, że w pierwszej połowie XX w. tylko w Afryce subsaharyjskiej powstało około 7.000 kopalń (często złożonych z zaledwie jednego lub dwóch szybów) i fabryk, w których zatrudniono ponad 130.000 robotników, w tym 117.000 rdzennych mieszkańców Afryki.⁷³

W większości byli oni nieprzygotowani do życia poza wspólnotą plemienną. Pozbawieni jej dyscypliny, dawnego systemu wartości i poczucia odpowiedzialności za zbiorowość, stłoczeni na małym obszarze czarnoskórzy mieszkańcy obozów górniczych, dzielnic robotniczych i tzw. miasteczek kompanii handlowych często ujawniali nieprzystosowanie do życia na własny rachunek i ulegali demoralizacji. Szerzące się wśród nich choroby weneryczne, alkoholizm i narkomania sprawiały, że ich stan zdrowia fizycznego i psychicznego pogarszał się. Na początku XX w. działalność ewangelizacyjna, edukacyjna i leczniczo-opiekuńcza misjonarzy była zatem coraz bardziej potrzebna i ceniona.⁷⁴

Podczas I wojny światowej rozwój misji katolickich w Afryce uległ zahamowaniu w tych protektoratach brytyjskich, portugalskich, belgijskich i francuskich, w których pracowali niemieccy misjonarze, uważani za obywateli wrogiego państwa.

⁷⁰ Stanisław Siemiński, *„Miedziany pas”*. „Misje Katolickie” 1932 s. 108-112.

⁷¹ Michał Jagusz, *Nędza wśród Czarnych Afryki Południowej*. „Misje Katolickie” 1932 s. 269-272.

⁷² Colin Baker, *Tax collection in Malawi: An administrative History, 1891-1972*. „The International Journal of African Historical Studies” 1975 s. 40-62.

⁷³ Józef Krzyszkowski, *Czerwoni misjonarze*. „Misje Katolickie” 1931 s. 11-13; *Listy misjonarzy*. „Misje Katolickie” 1928 s. 335.

⁷⁴ *Praca przymusowa na koloniach*. „Misje Katolickie” 1930 s. 314-316.

Z tego powodu np. w 1916 r. internowano niemieckich jezuitów w Mozambiku, a następnie przewieziono ich do Portugalii i tam dalej więziono. Wolność zwrócono im dopiero w 1919 r., ale w międzyczasie na ich miejsce sprowadzono diecezjalnych księży francuskich. Okazało się, że nie byli oni w stanie podołać pracy misyjnej w trudnych warunkach klimatycznych, dlatego w 1940 r. na misje w Mozambiku wrócili jednak jezuita. Restrykcjami wobec Niemców objęto także polskich misjonarzy pracujących w Rodezji (jak wiadomo, w latach 1795-1918 część Polski była pod zaborem Niemiec, w związku z czym polskich misjonarzy uznano za Niemców), którzy zostali wydaleny z kolonii przez rząd brytyjski.

Dwudziestolecie międzywojenne stało się dla katolickich misji afrykańskich okresem stabilizacji i rozbudowy, osiąganey dzięki wsparciu materialnemu społeczeństw Europy Zachodniej i USA. Wszechstronną pomoc świadczyła misjom katolickim m.in. Belgia, z której w okresie międzywojennym wyjechało do Afryki około 3.000 misjonarzy. Z kolei podczas II wojny światowej, w niektórych koloniach powtórzyła się sytuacja z lat 1914-1918 i misjonarzy niemieckich zmuszano do wyjazdu, a na ich miejsce sprowadzono misjonarzy z innych krajów. Np. w Ghanie miejsce misjonarzy niemieckich zajęli Amerykanie.⁷⁵ Podobnie było w Kamerunie, gdzie rząd francuski zmusił do wyjazdu niemieckich misjonarzy.⁷⁶

W sumie, w okresie zakładania misji afrykańskich otrzymywały one niedostateczne wsparcie organizacyjne i materialne, co – w trudnych dla Europejczyków warunkach klimatycznych – powodowało wysoką śmiertelność wśród misjonarzy. Dopiero w latach międzywojennych sytuacja materialna misji poprawiła się, co pozwoliło na podejmowanie nowych działań na rzecz ewangelizacji i modernizacji Czarnego Lądu.

Powstanie misyjnych szpitali i przychodni

Po przybyciu na wyznaczone przez Kongregację Rozkrzewiania Wiary terytorium afrykańskie,⁷⁷ misjonarze uzgadniali dokładną lokalizację stacji misyjnej, karczowali busz, zakładali ogród, a później budowali kolejno: dom mieszkalny, kościół i szkołę. Następnie wydzielali w swym domu pomieszczenie do bezpłatnego wydawania leków oraz opatrywania ran, odgrywające rolę prymitywnej przychodni, która z czasem stawała się załączkiem szpitala. Ten schemat działania był tak powszechny, że w odczuciu tubylców wszyscy misjonarze uchodzili za lekarzy.⁷⁸

⁷⁵ Małek, Skóra, Wesoły, *Werbiści w służbie misji...*, s. 117-121.

⁷⁶ Czesław Białek, *Jezuici polscy w misji zambeskiej*. Warszawa 1980 s. 105; Katarzyna Kołodziejczyk, *Kamerun – droga skromnego dobrobytu*. „Misjonarz” 1987 nr 6 s. 25-27.

⁷⁷ Pierwotnie w Afryce znajdowały się królestwa, a kolonizowanie kontynentu i rozgraniczanie stref wpływów poszczególnych mocarstw kolonialnych dokonywane było stopniowo.

⁷⁸ *Wiadomości bieżące z misji*. „Misje Katolickie” 1892 s. 28.

Zdając sobie sprawę z oczekiwań rdzennej ludności, pierwsi misjonarze przed wyjazdem do Afryki zdobywali na własną rękę potrzebne umiejętności medyczne i leki, przede wszystkim do opatrywania ran, leczenia malarii i trądu. Po przybyciu na miejsce przeznaczenia, zwykle przejmowali od tubylców znajomość leków tradycyjnych i potrafili je właściwie stosować u siebie samych.⁷⁹ Udzielana tubylcom bezpłatna pomoc medyczna ułatwiała pierwsze kontakty i przyciągała rdzenną ludność do misji, a więc była pomocna w nawracaniu, dlatego przy wielu stacjach misyjnych zakładano przychodnie, szpitale, apteki i punkty pomocy medycznej.

W pierwszych dekadach XX w. pomoc krajów rozwiniętych dla katolickich placówek medycznych w Afryce przybierała różne formy. I tak np. uniwersytet w Louvain w Belgii utworzył fundację utrzymującą misyjny szpital i szkołę w Kisantu w Kongo Belgijskim oraz popierającą kształcenie lekarzy wywodzących się z rdzennych mieszkańców Afryki. Belgijskie towarzystwo L'Aide Medical aux Missions wysyłało na misje w Kongo Belgijskim lekarzy, pielęgniarki i akuszerki, którym rząd tego kraju płacił stałe pensje oraz posyłał bezpłatne lekarstwa, opatrunki i narzędzia chirurgiczne. Warunkiem otrzymania takiej posady było ukończenie kursów medycyny tropikalnej i podpisanie umowy na 5 lat. Wszyscy misjonarze belgijscy, zarówno świeccy, jak i duchowni, byli szkoleni w zakresie parazytologii, co pozwalało im wykonywać badania mikroskopowe krwi i diagnozować śpiączkę afrykańską. Tubylcy, u których wykryto śpiączkę afrykańską otrzymywali iniekcje wykonywane raz na tydzień przez wędrownego pielęgniarza.⁸⁰

Organizowaniem kursów medycyny tropikalnej dla lekarzy, pielęgniarek i położnych zajmowały się także uniwersytety angielskie, amerykańskie, francuskie i niemieckie, a ponadto amerykańskie Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy. Przed wyjazdem do Afryki wszyscy misjonarze pochodzący z Europy Zachodniej i USA odbywali obowiązkowe przeszkolenie medyczne, aby umieli pomagać sobie i innym, a lekarze i pielęgniarki byli zobowiązani do realizacji prawa sanitarnego obowiązującego w zatrudniającym go państwie kolonialnym oraz do sporządzania rocznych sprawozdań.⁸¹

Skalę działalności leczniczej i opiekuńczej misji katolickich w Afryce w okresie międzywojennym ilustrują dane statystyczne mówiące o tym, że w 1931 r. istniało: 1.857 przychodni (w których przyjęto ponad 11.066.740 chorych), 692 szpitale (przez które przewinęło się 283.503 pacjentów), 1.528 sierocińców, 299

⁷⁹ O. K. Wunenberger, *Misja w Królestwie Humbe nad rzeką Cunena*. „Misje Katolickie” 1890 s. 270-274. Przykładem leku tradycyjnego było *olando*, drzewo należące do Cyprysowatych, którego korzenie działały rozkurczowo w bólach żołądka.

⁸⁰ *Kongo Belgijskie*. „Misje Katolickie” 1932 s. 39.

⁸¹ *Afryka*. „Misje Katolickie” 1929 s. 142; *Dla Misji*. „Misje Katolickie” 1929 s. 518; Józef Krzyszkowski, *Czy za wiele*. „Misje Katolickie” 1928 s. 1-7; Józef Krzyszkowski, *Międzynarodowy Akademicki Zjazd Misyjny w Poznaniu*. „Misje Katolickie” 1927 s. 490-494; *Trzydzieści lat cywilizacyjnej pracy*. „Misje Katolickie” 1929 s. 203-210.

przytułków dla starców, 81 leprozoriów dla około 14.000 trędowatych. W placówkach tych pracowało 226 lekarek i lekarzy.⁸² Z kolei, wielkość pomocy medycznej udzielanej w okresie międzywojennym przez misyjne placówki zdrowia w jednym tylko regionie ilustrują dane z prefektury Kwango w Kongo Belgijskim, zamieszkałej przez 50.000 katolików. Np. w 1927 r. misjonarze katoliccy prowadzili 18 punktów pomocy medycznej i bezpłatnego wydawania leków, w których udzielili 153.759 porad. W latach trzydziestych na terenie Południowej Rodezji (dziś Zimbabwe) więcej przypadków chorób wenerycznych leczono w szpitalach misyjnych niż w rządowych.⁸³

Typowe dla okresu międzywojennego realia szpitali misyjnych opisała w 1930 r. niemiecka lekarka i benedyktynka, dr Tekla Stinnesbeck. W prowadzonym przez nią małym szpitalu w Lindi (dzisiejszy Mozambik) leczono tubylców i imigrantów z Indii, którzy podczas terapii leżeli w lepiankach specjalnie w tym celu wznoszonych wokół głównego budynku szpitala. W 1929 r. zgłosiło się 6.200 chorych, z których można było przyjąć tylko 40%. Nadzór fachowy nad szpitalem oraz przynależną do niego szkołą akuszerek i zakładem położniczym sprawował instytut medycyny misyjnej w Würzburgu w Niemczech. Dla porównania, w 1928 r. w przyszpitalnej przychodni misyjnej w Luluaburg w Kongo Belgijskim udzielono pomocy 6.968 krajowcom, wśród których były osoby chore na gruźlicę i śpiączkę afrykańską.⁸⁴

Tak więc, ukształtowane w okresie kolonialnym za cenę bezgranicznego poświęcenia, a nawet życia, wielu misjonarzy formy misyjnej służby leczniczej Kościoła katolickiego budziły wiele nadziei, lecz w następnych latach wykazały swą kruchość i zależność od czynników politycznych oraz gospodarczych. Należy podkreślić, że w okresie kolonialnym zasięg działalności misyjnych placówek medycznych był wprawdzie duży, lecz obejmował przede wszystkim mieszkańców osad robotniczych, a nie terenów wiejskich.

2. Okres postkolonialny

Tło historyczne służby leczniczej misjonarzy

Po II wojnie światowej załamanie cen na światowym rynku surowców naturalnych, stanowiących dotąd podstawowy napęd rozwoju gospodarczego państw Afryki, i działalność agitatorów wspieranych przez ZSRR przyczyniły się do nasilenia procesów dekolonizacyjnych na Czarnym Lądzie. W poszczególnych krajach przejście z kolonializmu do niezależności dokonywało się w różny sposób. I tak, zależny od

⁸² Marian Kusiak, *Lekarze – misjonarzami*. „Misje Katolickie” 1931 s. 295.

⁸³ Michael Gelfand, *Godly Medicine in Zimbabwe. A History of its Medical Missions*. Gweru (Zimbabwe) 1988 s.84.

⁸⁴ *Afryka*. „Misje Katolickie” 1929 s. 142.

Francji Gabon odzyskał autonomię wewnętrzną już w 1957 r., rok później uzyskał członkostwo Wspólnoty Francuskiej, a w 1960 r. stał się republiką. Podobnie, należąca od 1901 r. do brytyjskiej Wspólnoty Narodów, Ghana uzyskała niepodległość w 1957 r. W 1964 r. uzyskała autonomię, stanowiąca wcześniej protektorat brytyjski, Zambia.⁸⁵

Burzliwie przebiegała transformacja dawnej prowincji portugalskiej, Angoli. W 1956 r. w Luandzie powstał prokomunistyczny Ludowy Ruch Wyzwolenia Angoli. Z Owimbundu, najliczniejszego plemienia zamieszkującego Angolę, wywodziła się partia prozachodnia – Związek Narodowy na rzecz Całkowitej Niepodległości Angoli – UNITA. Drugie co do liczebności plemię, Bambundu, utworzyło Front Wyzwolenia Narodowego Angoli – FNLA. Poza nimi istniał separatystyczny ruch partyzancki. W 1961 r. Angolę ogarnęło powstanie zbrojne podtrzymywane przez ZSRR i Kubę, które w 1975 r. doprowadziło do powstania republiki, jednak bratobójcza wojna toczyła się jeszcze latami. Na przebieg wydarzeń w Angoli miała też wpływ partia namibijska – SWAPO, która zaczęła korzystać z przygranicznych terenów tego kraju. Dopiero interwencja ONZ doprowadziła do wycofania wojsk kubańskich z Angoli i podpisania w 1991 r. porozumienia między partyzantką UNITA a władzami w Luandzie. Ofiarami długoletniej wojny domowej, czyli osobami wymagającymi opieki medycznej, stało się ponad 80.000 ludzi okaleczonych przez miny, 5.000.000 uchodźców i liczne sieroty.⁸⁶

Po odzyskaniu niepodległości dalsze losy poszczególnych państw afrykańskich były równie niespokojne jak poprzednio. I tak, np. w 1972 r. w wyniku wojskowego zamachu stanu powstał Rząd Ocalenia Narodowego Ghany, pozostający pod wyraźnym wpływem ZSRR aż do załamania światowego komunizmu na początku lat dziewięćdziesiątych. W latach siedemdziesiątych w orbicie wpływów ZSRR znalazły się też inne kraje afrykańskie, m.in. Tanzania i Zambia. Ta sama dekada okazała się bardzo fortunna dla niepodległej od 1966 r. Botswany, dotąd jednego z najbiedniejszych krajów świata, ponieważ w 1972 r. na pustyni Kalahari odkryto złoża diamentów, niklu i miedzi. Dzięki ich eksploatacji licząca około miliona mieszkańców (w tym zaledwie 40 tysięcy katolików) Botswana stała się w następnych latach jednym z najzamożniejszych państw kontynentu.⁸⁷

Procesowi dekolonizacji Afryki towarzyszyło dążenie do uniezależnienia od wszelkich pozostałości kolonializmu i białego człowieka poprzez afrykanizację całokształtu życia. Jednym z przejawów afrykanizacji było zjawisko zakładania licznych kościołów mających charakter sekt religijnych (African Indigenous Churches, African Independent Churches) łączących elementy protestantyzmu z tradycyjną

⁸⁵ Szurgot, *Afryka – Zambia...*, s. 19.

⁸⁶ *Afryka*. Warszawa 1979; Henryk Jerzmański, *Rozmowa z siostrą Sylwestrą Pietrucką*. „Misjonarz” 1991 nr 2 s. 18-19; G.K., *Okaleczony kraj*. „Misjonarz” 1991 nr 9 s. 18.

⁸⁷ Katarzyna Kołodziejczyk, *Botswana – wielka fortuna ubogiego kraju*. „Misjonarz” 1986 nr 5 s. 25-27.

obyczajowością i kulturą Afrykańczyków, m.in. akceptujących poligamię oraz przeprowadzających – zgodne z emocjonalnymi potrzebami Afrykańczyków – seanse zbiorowego uzdrawiania. Do tych kościołów przyłączały się osoby akceptujące chrześcijaństwo, ale nie rezygnujące z tradycyjnego modelu życia, w tym z poligamii.⁸⁸ Dla przykładu, wśród ludności Etiopii dominowały wpływy utworzonego w 1951 r. Narodowego Kościoła Przedchalcedońskiego, a w Zambii – wpływy kościoła Zion Vamuzimu, którego nazwa wzięła się od *mizimu*, pradawnego terminu służącego ludom Bantu do nazywania duchów przodków.⁸⁹

Sekty religijne odegrały istotną rolę w życiu politycznym Ugandy, w której Alice Auma „Lakwena” z plemienia Acholi ogłosiła się w 1986 r. założycielką sekty religijnej zmierzającej z „natchnienia Bożego” do obalenia rządu. Doprowadziła do rebelii, a jej kuzyn, Joseph Kony stanął na czele wpływowej Lord’s Resistance Army, która przyczyniła się do decentralizacji zarządzania krajem, a z czasem także do radykalnych – i w sumie korzystnych – zmian w zarządzaniu opieką zdrowotną.⁹⁰

Afrykanizacja w sferze opieki zdrowotnej sprowadzała się niekiedy do nacjonalizacji misyjnych placówek medycznych oraz do usuwania z nich misjonarzy.⁹¹ Po zlikwidowaniu zakorzenionego w czasach kolonialnych i ustabilizowanego systemu opieki zdrowotnej, wyraźnie pod wpływem doktryny marksistowskiej wprowadzono bezpłatne świadczenia medyczne, jednak słabość gospodarcza państw afrykańskich sprawiła, że sfinansowanie ich z budżetów rządowych było niemożliwe. Afrykańczycy boleśnie doświadczali, że odzyskanie wolności politycznej nie jest równoznaczne ani z dobrobytem, ani z dostępem do osiągnięć medycyny naukowej. Brakowało pieniędzy na zakup wyposażenia dla szpitali i leków oraz na pensje dla personelu medycznego, co spowodowało bankructwo szpitali i masową emigrację zarobkową personelu medycznego do Europy Zachodniej, USA i Kanady.⁹²

Już w latach sześćdziesiątych XX w. w wielu krajach Afryki, zwłaszcza na południe od Sahary, zaznaczył się dotkliwy brak personelu medycznego w szpitalach rządowych. J. W. Christie, członek Amerykańskiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy, który przez pewien czas pracował w Zambii i RPA, wspominał swój pobyt następująco: *W Lusace zwiedziłem szpitale dla Europejczyków i dla Afrykańczyków, wszędzie odkrywając niedobór lekarzy a także pielęgniarek. Powiedziano mi, że to typowe dla całej Afryki. Aby zilustrować ekstremalność tej sytuacji podam, że w liczącej*

⁸⁸ Stuart C. Bate, *Inculturation of the Christian Mission to Heal in the South African Context. Studies in the History of Missions*. Vol. 17, Lewiston-Queenston-Lampeter (USA) s. 294.

⁸⁹ Jerzy Grzybowski, *Etiopia. Wśród chrześcijan przedchalcedońskich*. „Misjonarz” 1993 nr 10 s. 25-27.

⁹⁰ Gifford, *African Christianity...*, passim.

⁹¹ Adrian Hastings, *Kościół i misje w Afryce*. Warszawa 1971, s. 166.

⁹² Vikram Patel, *Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery?* „Health System Trust”, 17 December 2003, on line.

48.200 mil kwadratowych i zamieszkałej przez około 330.000 osób prowincji Barotse, poza mną pracował tylko jeden lekarz. (...) Liczba lekarzy w Afryce zawsze była nieadekwatna do potrzeb, ale obecnie jest krytyczna. I kiedy uświadomimy sobie, że szpitale misyjne zaspokajają średnio 75% potrzeb zdrowotnych, znaczenie ich pracy jest ewidentne. To zaskakujące, że poza różnymi zakonnicami z dyplomami pielęgniarek, w misyjnych placówkach medycznych w Afryce pracują też pielęgniarki świeckie pochodzące przede wszystkim z Europy. Katolicy lekarze ze Stanów Zjednoczonych są rzadkością, natomiast można spotkać wielu amerykańskich lekarzy z Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego, którzy wykonują tu sporo dobrej roboty.⁹³

Deficyt lekarzy w szpitalach w Afryce miał nieoczekiwane konsekwencje dla pozycji zawodowej pielęgniarek. W wielu szpitalach i przychodniach zmuszone były do zastępowania lekarzy i z konieczności do wykonywania czynności, których w Europie nigdy by im nie powierzono, przez co udowodniły swoje szerokie – a dotychczas niewykorzystane – kompetencje i stały się pionierkami nowoczesnego pielęgniarstwa.⁹⁴

Światowa opinia publiczna zachowywała obojętność wobec wewnętrznych problemów Afryki aż do 1982 r., gdy w Johannesburgu ujawniono pierwsze zgony z powodu AIDS. Dla samych Afrykańczyków bardziej dramatyczne były wtedy wojny etniczne i domowe, których w tej dekadzie odnotowano dziewiętnaście i które były prowokowane przez państwa ościenne korzystające ze sprzętu wojskowego oraz kadry wojskowej wielkich mocarstw.⁹⁵ Najtragiczniejsza wojna domowa rozpoczęła się w 1981 r. w Sudanie (w tym samym czasie odkryto tam nowe pola naftowe, co nie pozostawało bez związku z działaniami militarnymi) i trwała do stycznia 2005 r., przy czym oddziały wojskowe tworzone były także z uprowadzanych z pogranicza Sudanu i Ugandy dzieci, a liczba jej ofiar przekroczyła 2 miliony.⁹⁶

O ile w 1951 r. liczba uchodźców z państw afrykańskich dotkniętych wojnami sięgała 1.000.000, to pół wieku później było to aż 40.000.000 ludzi. Ich migracja stanowiła wielkie wyzwanie dla słabych systemów opieki zdrowotnej Czarnego Lądu. Wewnętrzne problemy polityczne Afryki były w Europie i Ameryce Północnej mało znane, aż do 1994 r., kiedy światową opinią publiczną wstrząsnął transmitowany przez kamery CNN obraz 40.000 zwłok ofiar walk międzyplemiennych w Rwandzie, spływających rzeką Akagera do jeziora Wiktorii.⁹⁷

⁹³ J. W. Christie, *Medical Missionary to Africa*. New York 1966 s. 103-104. – Cytat w tłumaczeniu autorki.

⁹⁴ Clifford Allwood, *Mission as Healing the Sick: Christian Medical Missions in South Africa*. „Missionalia” 1989 s. 115.

⁹⁵ Dudek, *Geografia misji polskiego Kościoła...*, s. 40-3.

⁹⁶ Adam Branch, Zachariah Cherman Mampilly, *Winning the war, but losing the peace? The dilemma of SPLM/A civil administration and the tasks ahead*. „The Journal of Modern African Studies” 2005 s. 1-20.

⁹⁷ Agnieszka Czajkowska, *Prosimy was o modlitwę za Rwandę*. „Echo z Afryki” 1995 s. 133-134.

Toczące się w okresie postkolonialnym wojny i konflikty zbrojne pogłębiały ubóstwo rdzennej ludności, pogarszały jej stan zdrowia oraz utrudniały wszelką działalność misjonarzy. W 1994 r., a więc 34 lata po odzyskaniu przez Zair (obecnie Demokratyczna Republika Kongo) niepodległości, co miało miejsce 20 czerwca 1960 r., przebywający w tym kraju polski misjonarz, ks. Ryszard Konieczny, pisał: *Obecny kryzys polityczny i ekonomiczny jest tak głęboki, że nawet posiadanie nadziei jest oszukiwaniem samego siebie. A jak można żyć bez nadziei? Podziwiam cierpliwość i codzienne poświęcenie wielu ojców i matek. Nasz kraj jest pozbawiony władzy, niesamowita inflacja sięga 30% tygodniowo, politycy walczą o pozycję, rządy zmieniają się co kilka miesięcy.*⁹⁸ W połowie lat dziewięćdziesiątych w Zairze dochód na jednego mieszkańca osiągnął poziom najniższy na świecie, a gospodarka z powodu lokalnych rebelii popadła w ruinę.⁹⁹

We wszystkich krajach afrykańskich, w których dochodziło do konfliktów plemiennych i zamieszek zbrojnych, misjonarze stawali się łatwymi ofiarami różnej proveniencji rebeliantów. Tylko w 1991 r. w Afryce zamordowano 31 misjonarzy katolickich.¹⁰⁰

Tak więc, dekolonizacja państw afrykańskich przebiegała jako proces bardzo burzliwy o trudnych do przewidzenia następstwach politycznych, gospodarczych i społecznych. Jawna obecność państw kolonizujących ten kontynent została zastąpiona ingerencjami potajemnymi, takimi jak dostarczanie broni dla uczestników zamieszek etnicznych. W okresie postkolonialnym doszło do pogorszenia sytuacji ekonomicznej i pogorszenia stanu zdrowia rdzennej ludności tego kontynentu.

Misyjne placówki medyczne a państwowy sektor opieki zdrowotnej

W okresie postkolonialnym państwowy sektor opieki zdrowotnej był najlepiej zorganizowany w tych niepodległych państwach afrykańskich, które wcześniej należały do brytyjskiej Wspólnoty Narodów, jak np. Ghana i Tanzania. W 1951 r. w Ghanie znajdowały się tylko 3 szpitale misyjne: w Agoro, Jirapa i Worawora. W ciągu następnej dekady, dzięki życzliwej polityce rządu, misjonarze założyli 24 własne szpitale, a ponadto zbudowali i prowadzili szpitale wspomagane dotacjami rządowymi, a więc stanowiące placówki quasi-rządowe. Poza tym w tej samej dekadzie powstał szereg ośrodków zdrowia należących do rządu oraz do kopalń i osób prywatnych, które organizowano na terenach zurbanizowanych w zachodniej i centralnej części Ghany (zob. Tabela 1).

⁹⁸ List Ryszarda Koniecznego z 26 lutego 1994 z Kinszasy. [W:] *Z listów polskich misjonarzy werbistów*. Pieniężno 2001, s. 57.

⁹⁹ Ryszard Konieczny, *Po trzydziestu latach niepodległości*. „Misjonarz” 1993 nr 10 s. 23.

¹⁰⁰ Grzebień, Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*, T. II..., s. 174-175; *Misjonarze polscy w świecie*. Paris 1976.

Tabela 1: Porównanie stanu szpitali w Ghanie w latach 1951 i 1960

	1951	1960
Szpitale rządowe	31	33
w nich łóżka	1878	2354
Szpitale quasi-rządowe	1	5
w nich łóżka	30	378
Szpitale misyjne	3	27
w nich łóżka	132	1494
Szpitale należące do kopalń i inne prywatne	14	24
w nich łóżka	492	651
Ogółem szpitali	49	89
Ogółem łóżek	2532	4877

Zródło: Stephen Addae, *History of Western Medicine in Ghana 1880-1960*. Edinburgh Cambridge Durham: Durham Academic Press 1997 s. 74.

W 1961 r. jednym z priorytetów polityki rządu – niepodległej od czterech lat – Ghany stało się zapewnienie całej ludności opieki zdrowotnej. Dla zreformowania sektora zdrowia rząd Ghany zatrudnił w marcu 1961 r. dra D. Brachotta, izraelskiego specjalistę do spraw usług medycznych, który opracował dziesięcioletni plan rozwoju usług medycznych. Plan zakładał decentralizację sektora zdrowia, w tym rozmieszczenie placówek medycznych adekwatne do potrzeb zdrowotnych ludności wiejskiej, stanowiącej większość mieszkańców kraju. Zamierzano utworzyć: 25 szpitali okręgowych, 6 referencyjnych i 3 centralne oraz zatrudnić w nich personel medyczny wywodzący się z rdzennej ludności Ghany.¹⁰¹ Plan ten został wprawdzie zrealizowany, jednak w latach siedemdziesiątych wspomniany już przewrót zbrojny sprawił, że w Ghanie wprowadzono ustrój socjalistyczny. W latach osiemdziesiątych gospodarka Ghany, jednego z najuboższych państw świata, znalazła się w stanie głębokiego kryzysu powodującego niemożność finansowania państwowego sektora zdrowia, co na początku lat dziewięćdziesiątych przyczyniło się do wzrostu znaczenia misyjnych placówek medycznych i zdecydowało o powierzeniu im różnych zadań w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

W okresie postkolonialnym w Afryce subsaharyjskiej liderem opieki medycznej nad ludnością stała się – utworzona w 1961 r. poprzez połączenie

¹⁰¹ Stephen Addae, *History of Western Medicine in Ghana 1880-1960*. Edinburgh-Cambridge-Durham (USA) 1997 s. 75-78, 276-277.

Tanganiki z Zanzibarem – Tanzania,¹⁰² w której wraz z proklamowaniem niepodległości, a więc już 17 lat przed uchwaleniem w Alma Acie wytyczającej światową strategię rozwoju opieki zdrowotnej deklaracji WHO, zapowiedziano wdrożenie podstawowej opieki zdrowotnej. W ciągu następnych lat rząd Tanzanii podwoił wydatki budżetowe na tworzenie ośrodków zdrowia na terenach wiejskich, co pozwoliło rozbudować sieć punktów pomocy medycznej i przychodni tak, by odsetek osób mieszkających nie dalej niż 10 km od nich zwiększył się do 90%, a mieszkających nie dalej niż 5 km – do 70%. Objęcie podstawową opieką zdrowotną ludności wiejskiej Tanzanii przyniosło z czasem wymierne pozytywne efekty, bo oczekiwana długość życia w momencie narodzin (*life expectancy at birth*) wydłużyła się z 43 lat w 1961 r. do 51 w 1991 r., a współczynnik śmiertelności niemowląt zmalał ze 150 zgonów na 1.000 narodzin w 1957 r. do 51 zgonów na 1.000 narodzin w 1991 r.¹⁰³

W latach siedemdziesiątych także Tanzania znajdowała się w strefie wpływów ZSRR. W następnej dekadzie głęboki kryzys gospodarczy w tym kraju doprowadził do załamania państwowego sektora opieki zdrowotnej i zmusił rząd do podjęcia działań naprawczych. Polegały one na zaniechaniu finansowania około połowy istniejących placówek opieki zdrowotnej i przekazaniu ich instytucjom pozarządowym, głównie kościelnym. Prywatny sektor opieki zdrowotnej był odtąd finansowany głównie przez zagraniczne organizacje charytatywne i samych pacjentów, a tylko w niewielkim i zmiennym stopniu dotowany przez rząd. W 1991 r., a więc już po rozpadzie bloku sowieckiego, ponownie zalegalizowano w Tanzanii prywatny sektor opieki zdrowotnej (zdelegalizowany w 1977 r.), co umożliwiło zakładanie w tym kraju misyjnych szpitali, ośrodków zdrowia i przychodni.¹⁰⁴

Inaczej niż w Ghanie i Tanzanii, najuboższych państwach Afryki, przedstawiała się organizacja opieki zdrowotnej w Republice Południowej Afryki (dalej: RPA), gdzie bardzo wcześnie, bo już w 1940 r. podjęto pionierskie działania na rzecz jej racjonalizacji. Uważając dokładne analizy demograficzne i epidemiologiczne za najwłaściwszą podstawę reformy systemu opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia RPA utworzył w tym roku Pholela Health Centre, instytucję powołaną dla sterowania profilaktyką i leczeniem gruźlicy, syfilisu, ospy prawdziwej, tyfusu oraz różyczki, poprzez gromadzenie danych o urodzeniach, zgonach, zachorowalności, migracji, wykorzystaniu świadczeń medycznych i o zmiennych socjo-ekonomicznych, jak np. dochód rodziny, wykształcenie, przynależność etniczna,

¹⁰² Ann Beck, *Medicine, Tradition and Development in Kenya and Tanzania 1920-1970*. Waltham (USA) 1981 s. 82-83.

¹⁰³ Lucy Gilson, *Management and health care reform in Sub-Saharan Africa*. „Social Science and Medicine” 1995 s. 695-710.

¹⁰⁴ Paula Tibandebage, Maureen Mackintosh, *The market shaping of charges, trust and abuse: health care transactions in Tanzania*. „Social Science & Medicine” 2005 s. 1385-1395.

zawód, dostęp do wody i kanalizacji. Zespół ośrodka Pholela utworzył szereg stacji badawczych w Afryce subsaharyjskiej, które w 1998 r. zostały połączone w sieć zwaną INDEPTH (skupiającą także kilka stacji badawczych zlokalizowanych w Azji i na Bliskim Wschodzie) opracowującą unikalne analizy demograficzne i epidemiologiczne, przyczyniające się do lepszego rozumienia epidemii chorób występujących w Afryce.¹⁰⁵

W RPA wpływ polityki na organizację opieki zdrowotnej był wyjątkowo silny. Utworzona w 1948 r. Afrikaner National Party, w ramach polityki apartheidu i segregacji rasowej zlikwidowała położone na terenach wiejskich katolickie misyjne szpitale i przychodnie przeznaczone dla rdzennej ludności. W następnych latach, katolickie placówki medyczne przeznaczone dla białych popadły w długi wynikające ze wzrostu kosztów leczenia i zostały zlikwidowane. Z istniejących w tym kraju w 1948 r. 41 szpitali katolickich i 29 przychodni, w 1980 r. pozostał zaledwie jeden szpital. Kościół katolicki odzyskał swobodę działania w zakresie posługi leczniczej i opiekuńczej nad ludnością RPA dopiero w 1994 r., kiedy po raz pierwszy wybrano w pełni demokratyczny rząd.¹⁰⁶

Mimo różnego przebiegu procesu dekolonizacji państwa położone w Afryce subsaharyjskiej zaczęły ujawniać w latach dziewięćdziesiątych podobną tendencję do przekazywania instytucjom kościelnym szpitali, przychodni i ośrodków zdrowia. Wobec sekularyzacji i związanego z nią kryzysu powołań w państwach zachodnioeuropejskich, doprowadzone do ruiny z przyczyn politycznych lub gospodarczych szpitale i przychodnie przekazywano misjonarzom katolickim.¹⁰⁷ Przybywając do Afryki zastawali oni dramatyczną rzeczywistość szpitali zdewastowanych wojnami i ograbionych z całego mienia przez doświadczającą skrajnej nędzy miejscową ludność. Szpitale były pozbawione łóżek, jakiegokolwiek wyposażenia i leków, a wobec braku finansowania ze środków budżetowych, pacjenci jedli tylko to, co przynosiły im rodziny.¹⁰⁸

Stan jednego ze szpitali opisał pracujący w 1996 r. w Zairze polski misjonarz, ks. Kazimierz Kubat: *Kilka tygodni byłem w „szpitalu” (tak się to nazywa, ale w rzeczywistości, to nie umiem opisać, bo w Polsce nie ma takich – przepraszam – chlewów dla świń) z sakramentem namaszczenia. Znalazłem tam w kącie na betonowej podłodze kobietę 30-letnią ze skomplikowanym złamaniem nogi. Od dwóch lat (!!!) jest w takiej sytuacji, nikt się nią nie interesuje, szpital nie ma możliwości ani środków technicznych, aby zrobić operację. Je to, co inni chorzy zostawia z jedzenia przyniesionego przez ich*

¹⁰⁵ Pierre Ngom, Fred N. Binka, James F. Phillips, Brian Pence, Bruce Macleod, *Demographic surveillance and health equity in sub-Saharan Africa*. „Health Policy and Planning” 2001 s. 337-344.

¹⁰⁶ List Tima Smitha, dyrektora Catholic Health Care w RPA do autorki, datowany na 1 sierpnia 2003 r.

¹⁰⁷ Kazimierz Cichecki, *Wieści z Lusaki*. „Echo z Afryki” 1997 s. 160.

¹⁰⁸ Grzebień, Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*. T. II..., s. 174-175; *Misjonarze polscy w świecie...*, passim.

rodziny, bo szpital nie zapewnia ani jedzenia, ani lekarstw. I ta kobieta, jako że nie ma rodziny (bo jej rodzina uciekła w 1992 r. z powodu prześladowań Kasajczyków), jest sama z dwojgiem małych dzieci na podłodze, w kącie. Z początku zacząłem przez inne dzieci posyłać im trochę jedzenia, bo żyły jak wilczki przy boku połamanej matki. Ale w końcu dostałem się do jednego lekarza, zapłaciłem za ten dwuletni „pobyty w szpitalu” i załatwiłem przeniesienie do szpitala kopalni miedzi, który jest znacznie lepszy, ale można tam się dostać tylko prywatnie i z pełną odpłatnością. W najbliższy wtorek lekarz obiecał mi ją zoperować. Oczywiście nadal posyłam jedzenie i nie wiem, co będzie dalej, no, nawet jeśli operacja się uda, to za operację i pobyt w szpitalu trzeba płacić, a nawet jeśli ta kobieta wyjdzie ze szpitala, to co ona może sama w życiu? Może uda mi się jakimś – dosłownie – cudem odnaleźć jej rodzinę w oddalonym o 1200 km Mbuij Mai i jakoś ją tam do rodziny odesłać. Ale przy tutejszej komunikacji i braku środków transportu, to będzie rzeczywiście cud.¹⁰⁹

Misjonarze podejmowali pracę w szpitalach i przychodniach pełni obaw spowodowanych świadomością braku finansowego wsparcia przez rządy ubogich państw afrykańskich. Ponadto byli skazani na rolę świadków dalszych kradzieży mienia dokonywanych przez miejscową ludność. Poczucie bezsilności czasami prowadziło do załamania i ucieczki. W 1991 r. szpital w Bagacie w Zairze opuścił belgijski lekarz-wolontariusz, ponieważ w czasie jego pobytu personel, w tym dwóch lekarzy Zairczyków, rozkradł leki, łóżka, materace i koce, co nie pozwalało na realizowanie jakiegokolwiek opieki medycznej nad chorymi. Z tych samych powodów szpital opuściły siostry zakonne pełniące posługę pielęgniarską wobec chorych.¹¹⁰

W tej samej dekadzie brak podstawowego wyposażenia medycznego i leków powodował sytuacje bezprecedensowe w szpitalach rządowych w Afryce subsaharyjskiej. Np. w Kamerunie w szpitalach rządowych wysoki koszt całkowitej narkozy sprawiał, że chorych operowano tylko w znieczuleniu miejscowym, przy czym pacjenci musieli sami dostarczyć leki i wszystkie środki opatrunkowe.¹¹¹ Z kolei w 1998 r. do jednego z misyjnych szpitali w Zambii przysła pacjentka z otwartym i zainfekowanym złamaniem ręki, które pierwotnie było zamknięte. Jak stwierdził pracujący tam polski lekarz-wolontariusz: *Kobieta zapewne cierpiała, więc udała się do najbliższej kliniki (odpowiednika naszej przychodni rejonowej). Tam jednak nie posiadali Rtg, a bez tego nie widać, czy kość jest złamana. Aby się w tym względzie upewnić – ktoś rozciął rękę, stwierdził złamanie i wysłał chorą do siostry Miry. Niestety też zainfekował rękę. Trudno powiedzieć, czym kroił.*¹¹²

W szpitalach rządowych w państwach subsaharyjskich wielokrotnie zdarzało się, że warunkiem udzielenia świadczeń były łapówki wręczane personelowi

¹⁰⁹ Kazimierz Kubat, *Kochani, pomóżcie modlitwą*. „Echo z Afryki” 1996 s. 34.

¹¹⁰ Tadeusz Lebdowicz, *Pokochać Murzynów*. „Misjonarz” 1991 nr 10 s. 7-8.

¹¹¹ Zbiory Fundacji „Redemptoris Missio” (dalej: Zbiory Fundacji), list Bożeny Rogowskiej (niedatowany) z Molounde w Kamerunie.

¹¹² Tamże, list Anny Wachowiak, wolontariuszki szpitala w Katondwe z maja 1998 r.

medycznemu. Przeprowadzone w latach 1998-1999 w Tanzanii badanie ankietowe obejmujące 272 osób wykazało m.in., że 76% z nich było zmuszanych przez personel medyczny do wręczenia łapówek za leczenie gruźlicy, które było oficjalnie bezpłatne, bo jego koszty pokrywano z funduszy rządowych i międzynarodowych organizacji humanitarnych. Spośród tych osób aż 22% nie było w stanie zapłacić całej żądanej sumy, w związku z czym leczenia u nich nie podjęto lub podano nie wszystkie leki bądź ich zmniejszone dawki. Przywoływane badanie ankietowe wykazało, że połowa najuboższych mieszkańców Tanzanii w ogóle nie korzysta z leczenia w szpitalach rządowych z powodu braku pieniędzy na obowiązujące w nich opłaty. Zdarzające się w szpitalach rządowych przypadki śmierci osób hospitalizowanych, u których nie rozpoczęto leczenia, bo nie miały pieniędzy na leki i zabiegi operacyjne, przyczyniły się do wzrostu zaufania miejscowej ludności do szpitali prowadzonych przez instytucje religijne.¹¹³

W połowie lat dziewięćdziesiątych interesujące badanie porównawcze jakości opieki zdrowotnej świadczonej w katolickich (stosunkowo niedawno uruchomionych) i rządowych placówkach medycznych zostało przeprowadzone właśnie w Tanzanii. Wykazano, że katolickie placówki misyjne przyjmują rocznie średnio 6.866 pacjentów, gdy rządowe – 17.576. Koszt leczenia pacjenta w placówkach katolickich był o 29% niższy niż w rządowych, ale za to o 8% były wyższe koszty szczepień, a o 47% opieki okołoporodowej. Placówki katolickie były wprawdzie lepiej zaopatrzone w leki (90% z nich miało przez cały rok chlorochinę, a 70% – penicylinę) niż placówki rządowe (50% miało przez cały rok chlorochinę, a 20% – penicylinę), ale za to były gorzej zaopatrzone w sprzęt jednorazowy (7% placówek katolickich wobec 33% placówek rządowych). Przeterminowane szczepionki znajdowały się w 30% katolickich placówek misyjnych i w 50% placówek rządowych.¹¹⁴

Tak więc, w okresie postkolonialnym rozwój misyjnych placówek opieki zdrowotnej został zahamowany. Po odebraniu większości z nich instytucjom kościelnym, próby ich prowadzenia przez Afrykańczyków zakończyły się fiaskiem i doprowadziły do zniszczenia wieloletniego dorobku Kościoła katolickiego w tym zakresie. W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX w. były misyjne szpitale, ośrodki zdrowia i przychodnie misyjne zwrócono Kościołowi katolickiemu. Na trudne warunki reaktywowania ich działalności składało się m.in.: podejmowanie jej w obiektach zdewastowanych i pozbawionych jakiegokolwiek wyposażenia, ogólnoswiatowa recesja gospodarcza potęgująca niedożywienie w Afryce, zwłaszcza subsaharyjskiej, i ograniczająca pomoc napływającą z krajów rozwiniętych, sekularyzacja i znaczący spadek powołań do stanu duchownego w krajach rozwiniętych oraz epidemia HIV/AIDS.

¹¹³ Tibandebage, Mackintosh, *The market shaping of charges...*, s. 1385-1395.

¹¹⁴ Gilson, *Management and health care reform...*, s. 702-703.

3. Misje medyczne w erze globalizacji

Restrukturyzacja systemów opieki zdrowotnej w Afryce

Już na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX w. wszystkie kraje Afryki, szczególnie na południe od Sahary, zmierzyły się dotkliwym kryzysem gospodarczym, przyczyniającym się do powstania błędnego koła ubóstwa, niedożywienia i chorób. Próbę przerwania tego koła podjęli w 1977 r. eksperci WHO opracowując, odtąd aktualizowaną co dwa lata, listę leków podstawowych, która dla polityków i menedżerów opieki zdrowotnej była narzędziem umożliwiającym ograniczenie kosztów farmakoterapii i zwiększenie dostępności leków.¹¹⁵ Uchwalona rok później w Alma-Acie deklaracja WHO eksponująca znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wprowadzona w 1985 r. przez WHO strategia „Health for All” („Zdrowie dla wszystkich”) stały się osnową reformy sektora zdrowia państw rozwijających się w Afryce. Jednym z elementów reformy była, sponsorowana przez WHO i UNICEF, Inicjatywa Bamako, nazwana tak od miejscowości, w której 1988 r. ministrowie zdrowia 18 państw afrykańskich zadeklarowali podjęcie działań na rzecz zwiększenia dostępności leków podstawowych poprzez szersze wprowadzenie generyków i odpowiednich regulacji prawnych, w tym odpłatności za leki, co najwcześniej dokonane zostało w Ghanie, Nigerii, Senegal, Tanzanii, Ugandzie i Zimbabwie.¹¹⁶

Dalsze działania reformatorskie podjęto w 1993 r. pod presją największych instytucji finansowych świata, a więc Banku Światowego oraz Międzynarodowego Funduszu Walutowego, które uzależniły od zainwestowania w ludzi udzielanie dalszej pomocy materialnej zmierzającej do wzrostu gospodarczego państw afrykańskich. Inwestycja ta polegała na objęciu podstawową opieką zdrowotną i edukacją tych, którzy dotąd byli jej pozbawieni, a także zapewnieniu całej ludności dostępu do wody pitnej, bowiem rozwój gospodarczy kraju jest możliwy tylko wtedy, gdy społeczeństwo jest zdrowe.¹¹⁷

Inicjując reformę, międzynarodowe instytucje finansowe zwróciły uwagę rządów państw afrykańskich na niewłaściwe gospodarowanie zasobami finansowymi przeznaczonymi na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludności, skutkiem czego poza terenami zurbanizowanymi była ona mało dostępna. Np. rząd Malawi przeznaczał 40% budżetu zdrowia na działalność zaledwie dwóch szpitali państwowych,

¹¹⁵ Micha Levy, Marcus M. Reidenberg, *What has been the impact of the concept of essential drugs?* „Clinical Pharmacology & Therapeutics” 2003 s. 275-278.

¹¹⁶ Benjamin Uzochukwu, Obinna Onwujekwe, *Healthcare reform involving the introduction of user fees and drug revolving funds: influence on health workers' behavior in southeast Nigeria.* „Health Policy” 2005 s. 1-8.

¹¹⁷ Ngom, Binka, Phillips, Pence, Macleod, *Demographic surveillance and health equity...*, s. 337.



Ryc. 3. Dzieci w wiosce ugandyjskiej

w Zambii trzy centralne szpitale państwowe pochłaniały 30% nakładów z budżetu tego państwa, a w Zimbabwie cztery szpitale rządowe otrzymywały 45% nakładów finansowych.¹¹⁸ Dokonana przez Bank Światowy analiza wydatków budżetowych na opiekę zdrowotną wykazała, że nie tylko wyżej wymienione kraje, ale i inne, np. Mozambik, w którym jedną trzecią wszystkich nakładów przeznaczanych na opiekę zdrowotną otrzymywał jeden szpital centralny, czy Burundi, gdzie 80% nakładów otrzymywały szpitale rządowe, niewystarczająco wspierały podstawową opiekę zdrowotną dla ludności wiejskiej.¹¹⁹

Wymuszając reformę systemów opieki zdrowotnej w krajach afrykańskich Bank Światowy oczekiwał zmian strukturalnych, wyznaczenia nowych priorytetów, zwiększenia nakładów rządowych na działalność prewencyjną kosztem finansowania działalności leczniczej oraz promocji prywatnego sektora świadczeń medycznych, co pozwoliłoby na ocalenie przynajmniej części skąpych rządowych zasobów finansowych w celu ich alokacji na podstawową opiekę zdrowotną sprawowaną nad ludnością najuboższą.¹²⁰ Badania nad przebiegiem epidemii malarii bowiem wskazywały, że co prawda mniej i bardziej biedni jednakowo na nią chorują, ale za to ubożsi mają mniejsze szanse na uzyskanie odpowiednich świadczeń medycznych i wyleczenie.¹²¹

Z doświadczeń krajów rozwiniętych wynikało, że sektor prywatnych usług medycznych stanowi powszechnie akceptowaną alternatywę sektora państwowego, bo ludzie wolą płacić za usługi medyczne na wysokim poziomie niż korzystać z bezpłatnej, ale gorszej jakości, opieki medycznej w niedofinansowanych placówkach państwowych.¹²² W pochodzących z lat osiemdziesiątych ekspertyzach wskazywano, że rola sektora prywatnego – utożsamianego m.in. ze szpitalami i przychodniami misyjnymi – jest zazwyczaj niedoceniana przez rządy państw afrykańskich, chociaż np. w Malawi 45% usług medycznych było świadczonych przez placówki kościelne i należące do organizacji *non-profit*, a w Burundi 30% placówek medycznych było prowadzonych przez misjonarzy.¹²³

Po kilku latach okazało się jednak, że zasady ekonomiki zdrowia sprawdzone w krajach rozwiniętych nie przynoszą oczekiwanych rezultatów w krajach

¹¹⁸ Kara Hanson, Lynn Atuyambe, Jolly Kamwanga, Barbara McPake, Oswald Mungule, Freddie Ssengooba, *Towards improving hospital performance in Uganda and Zambia: reflections and opportunities for autonomy*. „Health Policy” 2002 s. 75-77.

¹¹⁹ David Sahn, Rene Bernier, *Have structural adjustments led to health sector reform in Africa?* „Health Policy” 1995 s. 202.

¹²⁰ Joy A. de Beyer, Alexander S. Preker, Richard G. A. Feachem, *The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership*. „Social Science & Medicine” 2000 s. 169-176.

¹²¹ Davidson R. Gwatkin, *How well do health programmes reach the poor?* „The Lancet”, wersja on line February 4, 2003; Kickstarting the revolution...

¹²² Mukund W. Uplekar, *Private health care*. „Social Science & Medicine” 2000 s. 897-904.

¹²³ Sahn, Bernier, *Have structural adjustments...*, s. 195-196.

rozwijających się. Założenia reformy były wprawdzie słuszne, ale wprowadzenie ich w życie przez niedofinansowane i nieefektywne systemy zdrowia okazało się niemożliwe. Co więcej, dokonane w ramach restrukturyzacji zamrożenie płac lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach i przychodniach rządowych nasiliło ich masową emigrację do Europy i Ameryki Północnej, pogłębiając niedobór fachowego personelu medycznego w krajach afrykańskich. Exodus lekarzy i pielęgniarek sprawił, że rządy państw afrykańskich zaczęły zatrudniać lekarzy będących uchodźcami z obszarów wojen i walk międzyplemiennych oraz Ku-bańczyków, którzy zgadzali się pracować za miesięczne wynagrodzenie niższe od tysiąca dolarów amerykańskich.¹²⁴

Np. w Ghanie, mimo przeprowadzenia wymuszonej przez Bank Światowy restrukturyzacji opieki zdrowotnej, wydatki budżetowe na opiekę zdrowotną dramatycznie zwiększyły się zamiast, jak oczekiwano, zmaleć. Niepowodzeniem zakończyła się reforma opieki zdrowotnej w Kamerunie, gdzie załamanie eksportu sprawiło, że narodowy budżet wynoszący w 1989 r. 3,1 bln USD zmalał do 2,2 bln USD w 1992 r. Tym samym wydatki budżetowe na opiekę zdrowotną zmalały z 5,2% do 4,4%, powodując całkowite zniesienie refundacji leków, które odtąd stały się nieosiągalne dla najuboższych.¹²⁵ Z kolei w Kenii wydatki budżetowe na opiekę zdrowotną zmalały wprawdzie z 9,5 USD na osobę w 1980 r. do 3,4 USD na osobę w 1997 r., ale przeciętna długość życia Kenijczyków zmalała z 60 lat w 1993 r. do zaledwie 47 lat w 2003 r.¹²⁶ Jeszcze inna sytuacja miała miejsce w Ugandzie, gdzie mimo reformatorskich wysiłków rzeczywiste kwoty wydatkowane przez państwo na opiekę zdrowotną zwiększyły się.¹²⁷ W latach 1992-1993 w ramach reformy strukturalnej sektora zdrowia w Ugandzie we wszystkich placówkach medycznych wprowadzono opłaty za świadczenia medyczne, co miało umożliwić ich częściowe sfinansowanie i wykształcenie w pacjentach poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie, lecz w 2001 r. zrezygnowano z opłat, bo ograniczały dostęp ludności do pomocy medycznej.¹²⁸

Ubóstwo rdzennej ludności Afryki subsaharyjskiej sprawia, że niewiele osób może pokryć koszty usług medycznych, które np. w 2002 r. w Kenii w sektorze państwowym były następujące: porada (udzielona przez pielęgniarkę, bo lekarzy nie ma) w ośrodku zdrowia – ok. 3,25 USD, porada i leki – ok. 3,9 USD, badanie

¹²⁴ Zbiory Fundacji, List s. Mirosławy Góry z 18 listopada 1995 r. z Katondwe w Zambii.

¹²⁵ Rainer Sauerborn, Claude Bodart, Rene Owona Essomba, *Recovery of recurrent health service costs through provincial health funds in Cameroon*. „Social Science & Medicine” 1995 s. 1731-1739.

¹²⁶ Charles O. Oyaya, Susan B. Ritkin, *Health sector reforms in Kenya: an examination of district level planning*. „Health Policy” 2003 s. 113-127.

¹²⁷ Sahn, Bernier, *Have structural adjustments...*, s. 197-208.

¹²⁸ Justin Oliver Parkhurst, Loveday Penn-Kekana, Duane Blaauw, Dina Balabanova, Kirill Danishevski, Syed Azizur Rahman, Virgil Onama, Freddie Ssengooba, *Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison*. „Health Policy” 2005 s. 135.

krwi na malarię – ok. 0,65 USD, badanie kału na pasożyty – ok. 0,65 USD, poród – ok. 52-100 USD, niewielkie zabiegi chirurgiczne – ok. 45 USD, doba w szpitalu publicznym – ok. 3,9 USD.¹²⁹

Należy jednak podkreślić, że w Afryce subsaharyjskiej w diecezjalnych i misyjnych szpitalach, ośrodkach zdrowia oraz przychodniach pacjenci pozbawieni pieniędzy uzyskiwali pomoc medyczną nawet wtedy, gdy pieniędzy nie mieli.¹³⁰ Zamiast pieniędzy najubożsi pacjenci mogli w szpitalach misyjnych pozostawić np. wyroby rękodzielnicze lub plony ziemi, co przyciągało chorych z odległych nawet miejscowości. Np. w latach dziewięćdziesiątych do Katondwe przyjeżdżali mieszkańcy odległej o 300 km Lusaki, ponieważ w szpitalu misyjnym miesięczne leczenie i pobyt w szpitalu kosztowały pacjenta równowartość jednego banana.¹³¹

Tylko w niektórych państwach afrykańskich udało się osiągnąć alokację nakładów budżetowych z lecznictwa szpitalnego na edukację prozdrowotną społeczeństwa i udoskonalenie usług medycznych na terenach wiejskich, tak jak stało się m.in. w Malawi, Tanzanii i Zimbabwe.¹³² W Tanzanii alokację zasobów finansowych osiągnięto dzięki zainicjowanemu w 1993 r. rządowemu projektowi Tanzanian Essential Health Interventions Project, który przyczynił się do rozpoznania słabych i mocnych punktów systemu opieki zdrowotnej. Projekt wspierał wysiłki władz lokalnych zmierzające do pokrycia kosztów najpotrzebniejszych świadczeń zdrowotnych występujących w dwóch regionach, górzystym Morogoro i położonym na płaskich terenach Rufiji. Dzięki reformie rząd Tanzanii, w 2002 r. najuboższego kraju świata, mógł sobie pozwolić na roczne wydatki na opiekę zdrowotną w wysokości 68 USD na osobę (dla porównania, Kanada przeznaczą na ten cel 2.809 USD, a USA 4.819 USD na osobę).¹³³

Z dzisiejszej perspektywy, przypadające na początek lat dziewięćdziesiątych próby restrukturyzacji systemów opieki zdrowotnej w Afryce oceniane są krytycznie. Przewyciężenie korupcji i zmiana wykształconego w czasach kolonialnych konsumpcyjnego modelu zdrowia, w którym biały „daje” zdrowie, a czarny je „bierze”, będąc zwolnionym z odpowiedzialności za troskę o samego siebie i przestrzeganie choćby minimalnych standardów higienicznych, okazało się bardzo trudne. W sytuacji głębokiego kryzysu ekonomicznego, reformatorskie działania podejmowane przez międzynarodowe instytucje finansowe pogorszyły

¹²⁹ Kenia w oczach wolontariuszy. „My a Trzeci Świat”. Pismo MAITRI, 2003 nr 2, on line.

¹³⁰ Zbiory Fundacji, List s. Mirosławy Góry z 3 maja 1998 r. z Kasisi w Zambii.

¹³¹ Zbiory Fundacji, List s. Mirosławy Góry z 12 stycznia 1993 r. z Katondwe w Zambii.

¹³² Sahn, Bernier, *Have structural adjustments...*

¹³³ Don de Savigny, Harun Kasale, Conrad Mbuya, Graham Reid, *In Focus: Fixing Health Systems*. International Development Research Centre www.idrc.ca/en/ev-64437-201-1-DO_TOPIC.html

jakość opieki zdrowotnej w Afryce subsaharyjskiej.¹³⁴ We wszystkich państwach afrykańskich wprawdzie udało się przeprowadzić decentralizację zarządzania usługami medycznymi, jednak okazało się, że wiejskie społeczności nie były w stanie finansować działalności usytuowanych tam szpitali i ośrodków zdrowia. Mieszkańcy wioski to rolnicy i pasterze, co oznacza, że w przypadku częstej na kontynencie kłębki nieurodzaju nie byli w stanie opłacić wizyty u lekarza i zakupić leków. W okresie postkolonialnym, wobec słabej gospodarki i częstych wewnętrznych walk oraz konfliktów zbrojnych dotacje rządowe przekazywano szpitalom w sposób niesystematyczny lub wcale. Zdarzało się, że szpitale przez kilka miesięcy nie otrzymywały jakichkolwiek kwot pieniędzy, a więc nie można było wypłacać pensji pracownikom.

Aby wspomóc reformę, w 2000 r. WHO utworzyła Komisję Makroekonomiki i Zdrowia (*Commission on Macroeconomics and Health*), badającą zależności między zdrowiem, rozwojem a równością społeczną i rekomendowała działania służące minimalizowaniu ubóstwa oraz przyspieszaniu rozwoju ekonomicznego na Czarnym Lądzie. W styczniu 2002 r. powstał Globalny Fundusz do Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią (*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*), będący efektem spotkania państw grupy G-8, przywódców państw afrykańskich i Sekretarza Generalnego Narodów Zjednoczonych, Kofi Annana. Ponadto najbogatsze organizacje charytatywne świata, jak Bill and Melinda Gates Foundation, czy Rockefeller Foundation, uczyniły opiekę zdrowotną w Afryce swoim priorytetem.¹³⁵

Zdaniem ekspertów, każda interwencja międzynarodowa w Afryce subsaharyjskiej nie ma szans powodzenia tak długo, dopóki narodowe systemy zdrowia pozostaną słabe, podatne na korupcję i niedofinansowane. Wprowadzenie leków przeciw HIV/AIDS do systemów opieki zdrowotnej pozbawionych możliwości komunikowania (brak elektryczności i linii telefonicznych), środków transportu i zatrudniających słabo wynagradzany i wymuszający łapówki personel medyczny nie gwarantuje dostarczenia ich właściwym osobom, według właściwych wskazań lekarskich, do właściwych miejsc i we właściwym czasie.¹³⁶

Podsumowując, podejmowane od połowy lat osiemdziesiątych XX w. przez międzynarodowe instytucje finansowe próby naprawienia kryzysu zaznaczającego się w systemach opieki zdrowotnej w Afryce nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Kryzys był bowiem zbyt głęboki i obejmował prawie całe terytorium Afryki subsaharyjskiej, gdzie w czasach kolonialnych gospodarka oparta była na eksporcie surowców naturalnych, które w drugiej połowie XX w. odgrywały coraz mniejsze znaczenie w handlu międzynarodowym.

¹³⁴ Pietre Streefland, *Public health care under pressure in sub-Saharan Africa*. „Health Policy” 2005 s. 375-382.

¹³⁵ Savigny, Kasale, Mbuya, Reid, *In_Focus: Fixing...*

¹³⁶ Ibidem.

Rola kościelnych placówek opieki zdrowotnej

Wobec słabości i niereformowalności państwowego sektora zdrowia, na przełomie XX i XXI w., coraz większą rolę w Afryce subsaharyjskiej zaczęły odgrywać placówki medyczne i opiekuńcze prowadzone przez instytucje religijne. Część tych placówek jest prowadzona przez wspólnoty ekumeniczne bazujące na społecznościach lokalnych, a tym samym złożone z mieszkających w pobliżu osób różnych wyznań chrześcijańskich i muzułmanów.

Od 2000 r. w krajach położonych na południe od Sahary coraz częściej dochodzi do zapewniania podstawowej opieki zdrowotnej poprzez bezprecedensowe partnerstwo rządowego sektora zdrowia z prywatnym. Sektor ten tworzą w dużej mierze katolickie szpitale, ośrodki zdrowia, przychodnie i punkty pomocy medycznej. Partnerstwo to służy realizacji programów WHO zmierzających do eradykacji chorób infekcyjnych i poprawie dostępności leków na choroby dominujące w danym kraju, np. w Ugandzie na trąd, filariozę, śpiączkę afrykańską i rzeczną ślepotę. W ten sposób katolickie placówki opieki zdrowotnej stały się integralną częścią narodowych systemów opieki zdrowotnej.¹³⁷

Wielu autorów zwraca uwagę na fakt, że w Afryce przewaga – mających misyjny rodowód – katolickich przychodni i szpitali nad rządowymi zaznacza się najsilniej w dziedzinie prawidłowej dystrybucji leków oraz w relacji personelu medycznego do pacjentów. Z badań przeprowadzonych w 2000 r. w Kamerunie wynika, że popularność katolickich placówek medycznych nad państwowymi nie bierze się z ich położenia w pobliżu miejsc zamieszkania chorych, bo 39% osób ankietowanych wolało odbywać daleką podróż do szpitala misyjnego niż korzystać z nieodległego szpitala państwowego. Mimo problemów materialnych, szpital katolicki jest bowiem miejscem, w którym chorzy nie czują się zagubieni i osamotnieni, pieniądze nie warunkują udzielenia pomocy, a kompleksowa opieka uwzględnia potrzeby duchowe pacjentów.¹³⁸

Popularność katolickich placówek lecznictwa otwartego i zamkniętego sprawia, że wiele państw afrykańskich korzysta z nich dla zapewnienia ludności podstawowej opieki zdrowotnej kontraktując świadczenia medyczne i działania profilaktyczne. Np. w 2002 r. kontrakty z misjonarzami na prowadzenie szpitali zawarła administracja rządowa Zimbabw, Tanzanii i Ghany. Z przeprowadzonego monitoringu realizacji kontraktów wynikało, że szpitale misyjne dostarczały usługi medyczne na takim samym lub wyższym poziomie jakości niż placówki rządowe, ale po niższych kosztach.¹³⁹

W innych ekspertyzach dotyczących funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w Afryce zwrócono uwagę, że szpitale katolickie (dawne szpitale

¹³⁷ Streefland, *Public health care under...*

¹³⁸ Zbigniew Pawłowski, *Postuga lecznicza Kościoła*. „*Medicus Mundi Polonia*” 2003 nr 11 s. 15-16.

¹³⁹ Leonard, *When both states and markets...*

misyjne) są sprawniej zarządzane niż rządowe. Np. w Ugandzie zwrócono uwagę, że w skład rad nadzorczych szpitali misyjnych wchodzi prominentni obywatele, którzy pozyskują dla nich dodatkowe fundusze. Zmianę kursu polityki rządów państw afrykańskich wobec misyjnych placówek medycznych unaocznia grant w wysokości 100.000 dolarów amerykańskich przyznany przez rząd Ugandy szpitalom pozarządowym, doceniając, że służą one całej populacji kraju.¹⁴⁰

W końcu XX w. katolickie systemy opieki zdrowotnej funkcjonowały w krajach subsaharyjskich, m.in. w Burundi, Kamerunie, Namibii, Ugandzie, RPA i Zambii.¹⁴¹ Najważniejszymi jednostkami tych systemów są okręgowe systemy zdrowotne (*district health system*) z centrami w postaci szpitali okręgowych odgrywających rolę ośrodków referencyjnych podstawowej opieki zdrowotnej na terenach nieurbanizowanych. Większość placówek medycznych i opiekuńczych prowadzonych przez Kościół katolicki w Afryce jest częścią tych peryferyjnych, obejmujących zasięgiem mieszkańców wiosek położonych w niedostępnych górach lub w buszu, struktur.¹⁴²

Na początku trzeciego tysiąclecia w wielu państwach afrykańskich współpraca administracji rządowej z instytucjami religijnymi, w tym z mającymi misyjny rodowód katolickimi szpitalami, przychodniami, izbami porodowymi etc. stała się podstawowym działaniem naprawczym całego krajowego systemu opieki zdrowotnej.¹⁴³ Nie wszędzie jednak taka współpraca była możliwa. Np. w Burkina Faso, kraju zajmującym 172 miejsce w sporządzonym przez Bank Światowy rankingu zamożności państw świata, 95% świadczeń medycznych nadal dostarczanych jest przez państwowe placówki opieki zdrowotnej.¹⁴⁴

W sumie, kryzys ekonomiczny państw afrykańskich sprawił, że ich rządy zaczęły szukać sposobów zmniejszenia nakładów na lecznictwo poprzez prywatyzację sektora usług zdrowotnych. Wobec ubóstwa rdzennej ludności największe szanse miało przekazanie części szpitali, ośrodków zdrowia i przychodni nie szukającym zysków materialnych instytucjom kościelnym. W ten sposób doszło do intensywnego rozwoju misyjnej opieki zdrowotnej w Afryce, która w wielu regionach stała się jedynym źródłem pomocy medycznej i działań profilaktycznych podejmowanych wobec Afrykańczyków.

¹⁴⁰ Hanson, Atuyambe, Kamwanga, McPake, Mungule, Ssengooba, tamże, s. 78-80.

¹⁴¹ Peter A. Twumasi, *Medical Systems in Ghana. A Study in Medical Sociology*. Accra 1975, s. 65-69; List Mrs. Abbey, Administratorki National Catholic Health Service w Ghanie do autorki z 28 kwietnia 2004. – P. A. Twumasi podaje, że w 1960 w sektorach rządowym i pozarządowym w Ghanie pracowało 586 lekarzy (w tym 204 lekarzy rodzinnych), 17 dentystów, 900 położnych, 1848 pielęgniarek i 298 farmaceutów. Śmiertelność niemowląt kształtowała się na poziomie 250 zgonów na 1000 urodzeń.

¹⁴² Edgar Widmer, *Zdrowie i sprawowanie władzy*. „*Medicus Mundi Polonia*” 2002 nr 4 s. 12.

¹⁴³ Róžański, *Misje a promocja ludzka...*, s. 165.

¹⁴⁴ Claude Bodart, Gérard Servais, Yansané L.Mohamed, Bergis Schmidt-Ehry, *The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso*. „*Health Policy and Planning*” 2001 s. 74.

Przykłady wybranych systemów

UGANDA

Najstarszy system katolickiej opieki zdrowotnej istnieje w Ugandzie, gdzie w 1899 r. pierwsi misjonarze założyli Catholic Hospital Rubaga (warto dodać, że dwa lata wcześniej protestanci założyli Mengo Hospital w Kampali). W następnych latach powstawały kolejne misyjne szpitale i ośrodki zdrowia, a ich działalność nadzorowało, utworzone w 1957 r., Ugandyjskie Katolickie Biuro Medyczne (Uganda Catholic Medical Bureau, dalej: UCMB), wspierane przez 19 diecezjalnych koordynatorów zdrowia. UCMB jest odpowiedzialne także za politykę lekową i zarządzanie informacją, współpracę międzynarodową i z Martyrs' University w Nkozi i Makarere University w Kampali oraz za spójność całego systemu i doskonalenie jakości usług medycznych.

Tabela 2: Zestawienie rządowego i prywatnego, w tym katolickiego sektora opieki zdrowotnej w Ugandzie w 2000 r.

	Sektor rządowy	Sektor prywatny, w tym katolicki	Katolickie placówki medyczne	Ogółem
Szpitale	57 (57%)	42 (42%)	27 (27%)	99 (100%)
Ośrodki zdrowia IV	143 (89%)	19 (11%)	4 (2.5%)	160 (100 %)
Ośrodki zdrowia III	588 (69%)	259 (31%)	147 (17%)	847 (100%)
Ośrodki zdrowia II	724 (81%)	170 (19%)	77 (9%)	894 (100%)
Wszystkie placówki opieki zdrowotnej	1,512 (75%)	502 (25%)	255 (13%)	2,014 (100%)
Szkoły pielęgniarskie	8 (29.6%)	19 (70.4%)	11 (40%)	27 (100%)
	Roczna liczba absolwentek: 325 pielęgniarek i położnych	Roczna liczba absolwentek: 575 pielęgna- rek i położnych		

Źródło: Dane statystyczne z Uganda Catholic Medical Bureau w Kampali za 2000 r.

W 2000 r. podlegało mu 255 placówek z 1.512 istniejących w Ugandzie (zob.: Tabela 2). W tym samym roku instytucji tej podlegało 2.041 pracowników ośrodków zdrowia i 4.257 w szpitalach katolickich. Istniejące w strukturze UCMB szpitale mają 7.628 łóżek, czyli 54% wszystkich łóżek szpitalnych w Ugandzie. Źródłem finansowania katolickiego systemu opieki zdrowotnej w Ugandzie były w 2003 r. – wspomniane już – dotacje rządowe w wysokości 5.200.000 USD (30%), opłaty

pacjentów w wysokości 6.300.000 USD (36,5%), zagraniczne subwencje – 2.600.000 USD (15%) i inne wpłaty – 3.200.000 USD (18,5%).¹⁴⁵

Wspólnie z narodowymi katolickimi systemami opieki zdrowotnej w Kenii i Tanzanii, UCMB prowadzi szkolenie techników farmaceutycznych, a ponadto pewne wspólne działania są prowadzone pod auspicjami Stowarzyszenia Członków Episkopatów Afryki Wschodniej (Association of Member Episcopal Conferences of East Africa) i Sympozjum Konferencji Episkopatów Afryki i Madagaskaru (Symposium of Episcopal Conferences of Africa and Madagascar).¹⁴⁶ W 2001 r. Danish International Development Agency wycofała się z finansowania sektora państwowego (np. w 1993 r. agencja refundowała 90% wydatków na leki w Ugandzie), a rząd Ugandy wprowadził bezpłatną opiekę zdrowotną, co zwiększyło znaczenie UCMB.¹⁴⁷

Licząca około 22 milionów mieszkańców Uganda jest od 10 lat uważana przez WHO za kraj modelowych rozwiązań w zakresie opieki paliatywnej, leczenia nowotworów i zwalczania HIV/AIDS.¹⁴⁸ Jest to jedyne, poza Zimbabwe, państwo Afryki subsaharyjskiej, w którym od 1996 r. dostępna jest doustna postać morfiny, w dodatku ordynowana chorym nie przez lekarzy, lecz przez pielęgniarki, co umożliwia otoczenie opieką domową znajdujących się w stanie terminalnym chorych na nowotwory i AIDS.¹⁴⁹

Osiągnięcia te, nie zmieniają faktu, że 85,5% Ugandyjczyków mieszka na terenach wiejskich, pozbawionych szpitali, przychodni ani nawet punktów pomocy medycznej, a 57% populacji Ugandy korzysta z usług czarowników -uzdrowicieli. Istotnym problemem państwowego sektora opieki zdrowotnej w tym kraju są bowiem zaznaczające się w nim silne wpływy pokolonialne, polegające na braku odpowiedzialności władz lokalnych za problemy społeczne, co utrudnia decentralizację zarządzania i – zgodne z ustaleniami Deklaracji WHO z Alma-Aty – tworzenie okręgowych placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Przeprowadzony w 2001 r. przegląd demograficzny wykazał, że mimo pewnych osiągnięć w zakresie lecznictwa i profilaktyki stan zdrowia Ugandyjczyków pogorszył się w porównaniu ze stanem z 1996 r., co było spowodowane m.in. spadkiem liczby zaszczepionych dzieci (w 1996 r. – 47%, a w 2001 r. – 37% dzieci).¹⁵⁰

¹⁴⁵ Charles Wendo, *Uganda's drug regulatory agency faces financial crisis*. „The Lancet” 2001 s. 482. – W 2001 r. deficyt budżetu przeznaczanego na leki wynosił 857.000 USD.

¹⁴⁶ List dr. Petera Lochoro z Uganda Catholic Medical Bureau w Kampali w Ugandzie do autorki datowany na luty 2004 r.

¹⁴⁷ Wendo, *Uganda's drug regulatory...*, s. 482.

¹⁴⁸ Ian Stjernsward, *Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care*. „Journal of Pain and Symptom Management” 2002 s. 257.

¹⁴⁹ Anne Merrimon, *Uganda: Current Status of Palliative Care*. „Journal of Pain and Symptom Management” 2002 s. 252-256.

¹⁵⁰ Anders Jeppson, Harriet Birungi, Per-Olaf Östergren, Bo Hagström, *The global-local dilemma of a Ministry of Health Experiences from Uganda*. „Health Policy” 2005 s. 311-320.

NIGERIA

Podobny system opieki zdrowotnej i w podobnych warunkach polityczno-społecznych funkcjonuje w Nigerii, gdzie pierwszy katolicki szpital z prawdziwego zdarzenia został założony przez francuskich misjonarzy w 1895 r. w Abeokuta.¹⁵¹ Już w okresie kolonialnym w Nigerii odnotowywano więcej zachorowań na trąd niż w innych krajach tego kontynentu, dlatego w końcu XIX w. w Abeokuta istniała też wioska dla trędowatych, w której chorymi opiekowały się, przeszkolone jako pielęgniarki w Anglii, francuskie siostry ze Zgromadzenia św. Józefa z Cluny.¹⁵²

W okresie kolonialnym w stanowiącej protektorat brytyjski Nigerii dominowali misjonarze protestancy. Jeszcze w 1970 r. w tym kraju istniało 61 szpitali prowadzonych przez misjonarzy protestanckich i 38 prowadzonych przez misjonarzy katolickich.¹⁵³ W 1970 r. wszystkie szpitale misyjne zostały przejęte przez rząd nigeryjski. Zwrócono je Kościołowi katolickiemu dopiero dwadzieścia lat później, gdy zostały doprowadzone do ruiny wskutek złego zarządzania i opuszczone przez personel medyczny. Odtąd kościelny sektor zdrowia rozwijał się intensywnie. Według danych rządowych z 2000 r., 60% świadczeń zdrowotnych w Nigerii było dostarczanych przez sektor prywatny, w tym głównie przez placówki medyczne należące do Kościoła katolickiego. Większość z istniejących katolickich placówek medycznych została założona przez poszczególne parafie i zgromadzenia zakonne, które zachowały autonomię i prawo własności do budynków szpitalnych (bądź przychodni, czy tzw. dyspensarów) oraz gruntów, na których się znajdują.

Każda z 50 nigeryjskich diecezji (tak duża liczba diecezji nie jest dziwna, w kraju posiadającym ponad 100 milionów ludności) ma koordynatora do spraw zdrowia, który regularnie spotyka się z administratorami poszczególnych placówek. Z kolei wszyscy koordynatorzy do spraw zdrowia spotykają się we własnym gronie dwa razy w roku i opracowują sprawozdania dla Wydziału Zdrowia Konferencji Episkopatu Nigerii. Do 2000 r. Wydział ten miał tylko jednego pracownika, którym była siostra zakonna z dyplomem pielęgniarki. Cztery lata później siostrę-pielęgniarkę zastąpiła lekarka jednocześnie prowadząca przychodnię i dlatego z trudnością godząca te czasochłonne obowiązki. Ponadto zatrudniono jeszcze dwie osoby

¹⁵¹ Faktycznie pierwszy szpital katolicki utworzono w 1504 r. na nigeryjskiej Wyspie św. Tomasza, lecz istniał on krótko i służył tylko Europejczykom.

¹⁵² Schramm, *A history of the Nigerian health...*, s. 356. – W Nigerii w 1863 r. oddano do użytku pierwszy szpital rządowy, ale był on przeznaczony wyłącznie dla angielskich marynarzy. Pierwszy szpital rządowy dla rdzanej ludności uruchomiono w Calabar w 1898 r.

¹⁵³ Tamże, s. 59-63, 90-100, 429-431.



Ryc. 4. Dzieci czerpiące wodę do picia z zanieczyszczonych strumieni (Uganda)

z wykształceniem w zakresie zdrowia publicznego w celu uruchomienia programu walki z HIV/AIDS.

Istnieje też, podlegający Sekretariatowi Konferencji Episkopatu Nigerii, sześcioposobowy Komitet do spraw Zdrowia, któremu przewodniczy jeden z biskupów. System nie jest idealny, ponieważ koordynatorzy diecezjalni niechętnie podporządkowują się decyzjom Komitetu, a wiele szpitali i przychodni nie sporządza żadnych sprawozdań uniemożliwiających nadzór nad nimi. Większość katolickich placówek medycznych działa na zasadzie samofinansowania dzięki opłatom wnoszonym przez pacjentów. Oferowany jest pełen zakres świadczeń medycznych wykonywanych przez lekarzy specjalistów, a także prowadzona jest współpraca z międzynarodowymi organizacjami charytatywnymi. Poza tym Nigeria jest jednym z – w sumie niewielkich – państw afrykańskich, w których tradycyjna medycyna jest przedmiotem badań naukowych i dlatego wolno korzystać z niej oficjalnie w ramach praktyki lekarskiej.

W sumie, w 2004 r. w Nigerii istniało 306 katolickich placówek opieki zdrowotnej, z czego 70–80% stanowiły szpitale, a pozostałymi były dyspensery, przychodnie i izby porodowe. W niektórych z tych placówek powstały szanse wykonania badań przesiewowych w kierunku HIV/AIDS, finansowanych przez WHO i niemiecką organizację Action Medeor. Ponadto w katolickim szpitalu w Oshogbo przeprowadzano, finansowane przez jeden z nigeryjskich uniwersytetów, badania pozwalające na wykrywanie gruźlicy.¹⁵⁴

GHANA

W Ghanie najwięcej placówek należących obecnie do National Catholic Health Service (dalej: NCHS) powstało w końcu lat pięćdziesiątych XX w., kiedy rząd nowo powstałej republiki podjął działania zmierzające do zapewnienia opieki medycznej biednej ludności wiejskiej. W następnej dekadzie zakres usług został poszerzony dzięki „ruchomym szpitalom” i diecezjalnym aptekom oraz dzięki zainicjowaniu podstawowej opieki zdrowotnej, rehabilitacji oraz popularyzacji naturalnego planowania rodziny, jednak osiągnięcia te zostały zniweczone w końcu lat siedemdziesiątych, gdy Ghana znalazła się w sferze wpływów ZSRR.

Po upadku bloku sowieckiego Kościół przejmował dawne misyjne placówki medyczne, a koordynację ich pracy ułatwił przyjęty w 1993 r. dokument „Polityka Kościoła katolickiego w zakresie roli i funkcji Kościoła w systemie dostarczania opieki zdrowotnej w Ghanie”. Przyjęto, że misją NCHS jest *dostarczanie najwyższej jakości opieki zdrowotnej w najbardziej skuteczny i innowacyjny sposób, dostosowany*

¹⁵⁴ List dr. Joanny Nwosu z Nigerii do autorki, datowany na 28 stycznia 2004 r.; *WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005*. Geneva 2002.

do społeczności, której służy i przy pełnym poszanowaniu godności pacjenta”. Celem NCHS natomiast jest „dostarczanie i zapewnianie świadczeń zdrowotnych najuboższym, najbardziej zaniedbanym i marginalizowanym grupom społecznym. Świadczenia będą zmierzać do wykształcenia w ludziach odpowiedzialności za zdrowie własne i wspólnoty.

Obecnie NCHS świadczy opiekę zdrowotną w pełnym zakresie i dostarcza ją około 27-30% mieszkańców Ghany, będąc drugim co do wielkości – po rządowym sektorze zdrowia – dostarczycielem usług leczniczych, profilaktycznych, rehabilitacyjnych i edukacji prozdrowotnej. Katolickie placówki medyczne i opiekuńcze są prowadzone przez przedstawicieli zgromadzeń zakonnych różnej narodowości, m.in. z Indii, Hiszpanii, Niemiec, Polski i USA, a także z samej Ghany. Na NCHS składa się 31 szpitali, 66 przychodni i izb porodowych usytuowanych w 18 diecezjach, które stanowią 70% ogółu misyjnych szpitali i przychodni w Ghanie. System jest zorganizowany i finansowany podobnie jak UCMB w Ugandzie.¹⁵⁵

Wobec kryzysu państwowego sektora zdrowia w Ghanie zasługi katolickich placówek opieki zdrowotnej są coraz bardziej zauważalne. Niskie zarobki lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych w placówkach rządowych przyczyniły się do powstania szeregu komercyjnych prywatnych szpitali i przychodni oraz do – wspomnianego już – masowego exodusu personelu medycznego do krajów rozwiniętych. Np. w 1994 r. Wydział Medyczny Uniwersytetu Ghany ukończyło około 1.000 lekarzy, ale tylko połowa z nich pozostała w kraju.¹⁵⁶ W tej sytuacji zapotrzebowanie na pracę medycznych misjonarzy rośnie.

KAMERUN

Podobne tradycje ma katolicki sektor zdrowia w Kamerunie. Przed przybyciem misjonarzy, co miało miejsce w pierwszych dekadach XX w., nie istniała tu żadna zorganizowana opieka medyczna. Po II wojnie światowej misjonarze katolicy osiedlający się w Kamerunie zakładali leprozoria i przychodnie, roztaczając w ten sposób opiekę medyczną nad ludnością dotąd całkowicie jej pozbawioną (zob.: Tabela 3). Potrzeby zdrowotne rdzennej ludności sprawiały, że misjonarze sprowadzali lekarzy na krótkoterminowe pobyty w buszu, zdobywali fundusze na leczenie, budowali studnie zapewniające dostęp do czystej i zdrowej wody oraz zakładali apteki misyjne. Gdy w Kamerunie północnym zaczęły powstawać pierwsze szpitale państwowe, do których z powodu niskich pensji trudno było pozyskać personel fachowy, pracę podjęły w nich misyjne pielęgniarki-siostry zakonne.¹⁵⁷

¹⁵⁵ Dane z National Catholic Secretariat z Ghany przekazane autorce 28 kwietnia 2004 r. przez Mrs. Abban.

¹⁵⁶ Addae, *History of Western Medicine...*, s. 277-281.

¹⁵⁷ Jarosław Różański, *Promocja ludzka w działalności misyjnej w Kamerunie północnym*. „Annales Missiologicae Posnaniensis” T. 12 Poznań 2001 s. 109-119.

Tabela 3: Przychodnie w misjach katolickich w Kamerunie w latach 1970-1995

Diecezje	1970	1975	1980	1985	1995
Garua	10	8	6	6	9
Marua	17	9	9	9	11
Ngaoundéré				10	10
Jagua	5	4	5	8	9
Razem	22	21	20	33	39

Źródło: Jarosław Różański, *Promocja ludzka w działalności misyjnej w Kamerunie północnym*. „Annales Missiologicae Posnaniensis”, T. 12, Poznań 2001 s. 109-119

W połowie lat dziewięćdziesiątych XX w. zapoczątkowany został nowy etap dziejów katolickich placówek medycznych w Kamerunie, bowiem Ministerstwo Zdrowia zawarło wtedy umowę z przedstawicielami Kościoła. Na mocy tej umowy przyjęto, że każda z katolickich placówek opieki zdrowotnej będzie spełniać takie same wymogi i pracować na tych samych zasadach co placówki państwowe. Na mocy umowy katolickie szpitale i przychodnie musiały pobierać symboliczne opłaty za świadczenia medyczne i profilaktyczne czyniąc wyjątek tylko dla najbardziej potrzebujących. Opłaty te pozwoliły na odnawianie budynków, utrzymywanie ich w czystości i wypłacanie pensji świeckim pracownikom.¹⁵⁸

ZAMBIA

Tradycje katolickich szpitali i przychodni w Zambii sięgają początków XX w. Większość z nich mieści się na terenach pozbawionych placówek rządowych. Już w latach sześćdziesiątych w niektórych regionach Zambii misyjne szpitale i przychodnie dźwigały cały ciężar dostarczania opieki zdrowotnej ludności.

Jak w 1965 r. pisał ks. kardynał Adam Kozłowiecki z Kasisi: *Przed tygodniem dzwonił do ojca Walsba z Ministerstwa Zdrowia: przystępują do budowy kliniki w Chingombe. Pytali, czy mogą zbudować na terenie misji, a poza tym chcieliby, ażeby misja tę klinikę prowadziła, zdają sobie bowiem sprawę, że nie znajdują pielęgniarki, która by tam siedziała. Zatem rząd chce podjąć się 100% kosztów budowy i nam to oddać. Powtarzam, że to nasz święty obowiązek wobec tych ludzi tak tam zaniedbanych. (...) Potrzebujemy nowych misji: Mkushi, Mukubwe (tutaj też koniecznie trzeba będzie też jakiejś kliniki), Moombe, wschód Kasisi, Mumbwa – otworzyć ich nie możemy, jeszcze stare stacje musimy zamykać.*¹⁵⁹

¹⁵⁸ Zbiory Fundacji, List s. Maksymiliany z 30 kwietnia 1999 r. ze Zgromadzenia św. Józefa.

¹⁵⁹ Grzebień, Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*. T. II..., s. 174-175.

Już w latach osiemdziesiątych XX w. zambijskie szpitale misyjne cieszyły się autonomią i miały własne rady nadzorcze. W 1996 r. zambijski Minister Zdrowia podpisał porozumienie z Kościelnym Stowarzyszeniem Medycznym Zambii (Church Medical Association of Zambia), na mocy którego zrównano uprawnienia i obowiązki szpitali zarządzanych przez kościoły chrześcijańskie z 37 szpitalami rządowymi, utworzonymi na mocy ustawy o narodowych usługach zdrowotnych z 1995 r. Porozumienie zwiększyło ministerialny nadzór nad działalnością szpitali misyjnych i ich personelem medycznym oraz zapewniło (w praktyce nie jest to jednak przestrzegane) refundację 75% kosztów obliczanych w odniesieniu do kosztów funkcjonowania szpitali rządowych.¹⁶⁰

Rola katolickich szpitali, ośrodków zdrowia i przychodni w Zambii zwiększa się z roku na rok, bo placówki rządowe znajdują się w coraz gorszym stanie. Np. w zamieszkałym przez 114.996 osób okręgu Kalabo znajduje się 14 rządowych ośrodków zdrowia i tylko w 3 z nich pracuje lekarz lub pielęgniarka. W pozostałych zatrudnieni są felczerzy (jest ich 143) i przyuczone wiejskie akuszerki (76), jednak spośród nich 85% nie ma lamp wyjaławiających, 81% – termometrów, 67% – nożyczek, 74% – autoklawu, 74% rękawiczek jednorazowych, 74% – leków, a 41% – mydła. Nie są więc w stanie zapewnić świadczeń medycznych o dobrej jakości.¹⁶¹

REPUBLIKA AFRYKI POŁUDNIOWEJ

Obraz przeszłości i terażniejszości katolickiego systemu opieki zdrowotnej – Catholic Health Care (dalej: CATHA) w RPA jest nieco inny. Pierwsi misjonarze katolicy przybyli do Afryki Południowej (jak nazywano RPA) w połowie XIX w. Byli to oblaci, francuskie zgromadzenie zakonne reprezentowane w większości przez Irlandczyków, Belgów i Niemców.

Pierwszy szpital katolicki został założony w 1890 r. przez siostry ze Zgromadzenia Świętej Rodziny w Johannesburgu, lecz systematyczny rozwój katolickich placówek medycznych w RPA zaczął się dopiero w 1924 r., gdy m.in. powstała przychodnia misyjna w Mbongolwane. W następnych latach powstały szpitale m.in. w Montebello i Asisi (oba w 1926 r.), w Nongoma i Nkandla (oba w 1937 r.).¹⁶² Zakładanie misji katolickich wraz z istniejącymi przy nich placówkami opieki zdrowotnej doprowadziło z czasem do powstania sprawnie funkcjonującego systemu, który po zakończeniu II wojny światowej liczył 41 katolickich szpitali i 29

¹⁶⁰ Hanson, Atuyambe, Kamwanga, McPake, Mungule, Ssengooba, tamże, s. 85.

¹⁶¹ Jelle Stekelenburg, Sindele Simasiku Kyanamine, Ivan Wolffers, *Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia*. „Health Policy” 2003 s. 109-119.

¹⁶² Michael Gelfand, *Christian Doctor and Nurse. The History of Medical Missions in South Africa from 1799-1976*. Sandton 1978, s. 29.

przychodni prowadzonych przez siostry zakonne i zakonników z kwalifikacjami lekarzy lub pielęgniarek.

W wyniku polityki apartheidu prowadzonej przez, znajdującą się od 1948 r. na czele rządu, Afrykańską Partię Narodową (Afrikaner National Party), położone w większości na terenach wiejskich i służące czarnej ludności katolickie placówki opieki zdrowotnej zostały skonfiskowane lub zamknięte. Z kolei katolickie placówki służące białej ludności i położone w miastach były stopniowo zamykane z powodu bankructwa wywołanego rosnącymi kosztami leczenia. W tej kryzysowej sytuacji i wobec malejącej liczby powołań zakonnych miejscowa prowincja Zgromadzenia Świętej Rodziny podjęła w połowie lat osiemdziesiątych XX w. działania zmierzające do przełamania impasu i przekazania pozostałych szpitali katolickich w ręce świeckich. W 1986 r. utworzyła radę nadzorczą (Board of Management) jednego z największych szpitali katolickich w RPA, do której wkrótce zgłosiły akces także inne borykające się z problemami finansowymi placówki medyczne Kościoła katolickiego. Tak w RPA powstało Katolickie Stowarzyszenie Opieki Zdrowotnej (Catholic Health Care Association), które w 1988 r. zorganizowało swój pierwszy zjazd i utworzyło własne biuro. Równolegle istniały: Katolicka Izba Pielęgniarek, Katolicka Izba Lekarska i Biuro Zdrowia przy Konferencji Biskupów Katolickich. W 1994 r., cztery lata po zwolnieniu z więzienia Nelsona Mandeli, pierwszy w historii RPA demokratycznie wybrany rząd przywrócił swobodę działania katolickim placówkom opieki zdrowotnej.

W 1998 r. dotychczasowe Katolickie Stowarzyszenie Opieki Zdrowotnej zostało przekształcone w nową strukturę, zwaną Catholic Health Care – CATHCA, skupiającą 2 szpitale i 32 przychodnie, a podlegającą Konferencji Biskupów i posiadającą coraz szersze zadania. W 1999 r. w CATHCA powstało biuro do spraw AIDS, które koordynuje i finansuje około 170 projektów realizowanych na terenie całego kraju. Zespoły do spraw AIDS działają we wszystkich diecezjach i zajmują się: dostarczaniem wiedzy, jak zapobiegać zarażeniom HIV, organizacją opieki domowej nad chorymi oraz zakładaniem sierocińców dla dzieci, których rodzice zmarli na AIDS.¹⁶³ Znacząca liczba placówek podległych CATHCA to hospicja dla chorych na AIDS prowadzone przez międzynarodowe wspólnoty międzywyznaniowe, a finansowane przez organizacje pozarządowe i Konferencję Biskupów RPA. Hospicja prowadzone przez Kościół zapewniają niezbędną opiekę i umieranie w godności. Lekarze odwiedzają chorych 2-3 razy w tygodniu, a w zarządach hospicjów zasiadają księża-misjonarze. Ludność wiosek, w których powstały hospicja dla chorych na AIDS, zazwyczaj nie miała wcześniej żadnej możliwości korzystania z pomocy medycznej udzielanej przez lekarzy lub pielęgniarki.¹⁶⁴

¹⁶³ List Tima Smitha, dyrektora CATHCA z siedzibą w Southdale w RPA, do autorki datowany na 1 sierpnia 2003 r.

¹⁶⁴ List ks. Zbigniewa Chwaji...; List ks. Marka Przybysia z 12 grudnia 2003 r. z Aliwal North w RPA.



Ryc. 5. W misyjnych szpitalach i przychodniach najcenniejszym dobrem są leki (Uganda)

Kryzys ekonomiczny i zdrowotny są ze sobą powiązane, dlatego epidemia HIV/AIDS uderzyła w podstawy bytu najuboższych i najmniej wykształconych. Ta statystycznie istotna we wszystkich krajach Afryki prawidłowość zaznaczyła się w RPA wyjątkowo mocno. W 2002 r. w poszczególnych regionach tego kraju odsetek bezrobotnych wynosił od 28% do 42%, odsetek zarażonych HIV w całej populacji wynosił 10,8%, przy czym w przypadku osób w przedziale wiekowym 20-64 lata wynosił 18,7%, a odsetek kobiet w ciąży zarażonych HIV kształtował się na poziomie 25%.¹⁶⁵

Organizacja CATHA jest ciągle udoskonalana. Nowy model zarządzania opieką zdrowotną reprezentuje – tworzona od 2003 r. – prowadzona przez siostry zakonne przychodnia w Teresa Mission w RPA. Docelowo ma to być instytucja *non-profit* lokalnej wspólnoty terytorialnej, a na wkład Kościoła katolickiego będą składać się: budynek zgromadzenia zakonnego, inny budynek należący do diecezji, misyjny personel medyczny, przedstawiciele diecezji w zarządzie przychodni i część środków przeznaczonych na finansowanie przychodni.¹⁶⁶

Działalność wspomnianych narodowych katolickich systemów opieki zdrowotnej jest przejawem szerszej tendencji ogarniającej cały obszar Afryki subsaharyjskiej. Taki sam charakter, ogólniejszej tendencji, miała współpraca misyjnych placówek opieki zdrowotnej z miejscowymi instytucjami rządowymi, stwarzająca szanse na skuteczne rozwiązanie problemów zdrowotnych Afryki w przyszłości.

Problemów tych nie można było rozwiązać w sytuacji trwającej latami izolacji medycznych placówek misyjnych od działań administracji rządowej, która sprawiała, że np. leczenie bezobjawowych zarażeń pasożytem *Schistosoma haematobium* i ciężkich, krwistych biegunek spowodowanych *Schistosoma mansoni* miało się z celem, bo pacjenci wracali do swego zainfekowanego środowiska i w krótkim czasie znów wymagali leczenia.

Misyjni lekarze i pielęgniarki działając w oderwaniu od administracji rządowej nie byli w stanie rozwiązać np. problemu niedożywienia, albo plagi komarów w okolicach, w których połowa ludności była zainfekowana malarią, a chinina i chlorochina przestawały działać, a także problemu braku wody zdatnej do picia. W przeszłości poczucie bezsilności nie powodowało jednak ich załamania, ale przyczyniało się do udoskonalania organizacji pracy w szpitalu czy przychodni i poszerzania zakresu działalności.¹⁶⁷

Podsumowując, era globalizacji dostarczyła kościelnym placówkom opieki zdrowotnej trudnych wyzwania ekonomicznych i zdrowotnych. Ich przewyciężanie

¹⁶⁵ Nicoli Nattrass, *Trading off Income and Health?: AIDS and the Disability Grant in South Africa*. „Journal of Social Policy” 2005 s. 3-19.

¹⁶⁶ List ks. Zbigniewa Chwaji...; List ks. Marka Przybysia SCJ z Aliwal North w RPA do autorki, datowany na 12 grudnia 2003 r.

¹⁶⁷ Zbiory Fundacji, List s. Mirosławy Góry z 24 listopada 1991 r. z Katondwe w Zambii.

odbywa się z pomocą międzynarodowych instytucji i organizacji humanitarnych. Historia wybranych kościelnych narodowych systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych państwach afrykańskich wskazuje, że docelowym punktem ich rozwoju jest ich afrykanizacja, jednak przeprowadzana zupełnie inaczej niż kilkadziesiąt lat temu, bo w sposób racjonalny i z uwzględnieniem zarówno sytuacji drastycznego ubóstwa Afrykańczyków jak i rządzących sektorem zdrowia i ekonomii.

III.

Udział Polaków w opiece zdrowotnej na misjach w Afryce

1. Rys historyczny

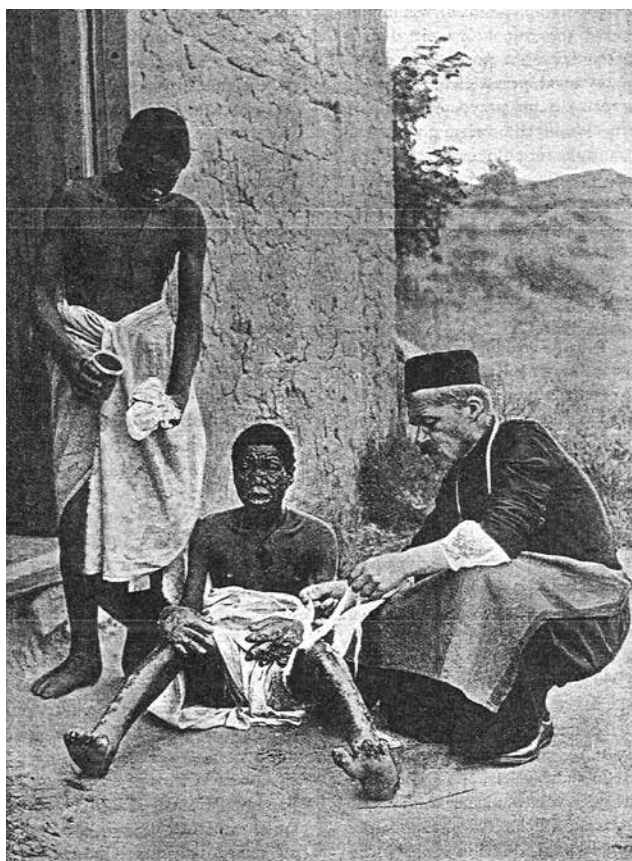
Stosunkowo niewielkie zaangażowanie Polaków w działalność misyjną w Afryce na przełomie XIX i XX w. można wyjaśnić ówczesną nieobecnością Polski na mapie politycznej Europy oraz złą kondycją finansową rodaków żyjących we wszystkich trzech zaborach. Potwierdzają to pierwsze próby sprowadzenia polskich misjonarzy do Kamerunu. Otóż już w 1884 r. polski podróżnik, Stanisław Szolc-Rogoziński podjął starania o sprowadzenie ich do założonej przez siebie stacji naukowej na wyspie Mondoleh w Kamerunie, gdzie zbierał materiały etnograficzne i kartograficzne. Do realizacji tych planów jednak nie doszło, bo wikariusz apostolski Obojga Gwinei z rezydencją w Libreville uznał, że Polacy są wprawdzie szlachetni i pobożni, ale za biedni, by powierzyć im rolę opiekunów i mecenasów misji. W tym samym roku Kamerun stał się protektoratem, a wkrótce kolonią niemiecką, w której na mocy ustaw Bismarcka wszelka katolicka działalność misyjna została zakazana. Dzięki interwencjom Stolicy Apostolskiej zakaz niebawem został zniesiony, lecz zapraszanie polskich misjonarzy było nadal niemożliwe.

Pierwszym polskim misjonarzem przybyłym na Czarny Ląd był polski jezuita, Maksymilian Ryłło, który w 1846 r. dotarł do Afryki Środkowej w celu ożywienia życia religijnego miejscowej ludności, lecz opieki medycznej wobec niej nie podejmował.¹⁶⁸ Warunki do pełnienia jej przez Polaków nastąpiły dopiero w 1880 r., gdy do posiadłości portugalskiej nazywanej Dolną Zambezi (dzisiejsze tereny Malawi, Zimbabwe, Zambii i Botswany) przybył pierwszy jezuita z prowincji galicyjskiej, Emanuel Gabryel (1848-1885), który podjął pracę w misji ustanowionej dwa lata wcześniej przez Kongregację Rozkrzewiania Wiary. W ślad za ojcem Gabryelem wyruszyli następnymi polscy jezuici, między innymi brat Franciszek Maria Ostrowski (1853-1913), który na misji zambezkiej podjął obowiązki ogrodnika i infirmarza.

¹⁶⁸ Andrzej Karol, *Ojciec Maksymilian Ryłło: z Połocka do Niniwy*. „Misjonarz” 1986 nr 4 s. 18-19. – M. Ryłło znany był także jako spowiednik Juliusza Słowackiego podczas jego pobytu w Libanie.



Ryc. 6. O. Jan Bezym i dzieci trędowate w Ambahiwuraka (Madagaskar), wg fotografii z 1900 r.



Ryc. 7. Madagaskar, o. Jan Bezym opatruje rany trędowatym wg fotografii z 1900 r.

Chorych pielęgnował również inny polski jezuita uczestniczący w tej misji, ojciec Aleksander Mohl (1864-1913), który podobnie jak wielu innych misjonarzy zmarł przedwcześnie wskutek zarażenia malarią.¹⁶⁹

W końcu XIX w. znaczny rozgłos zyskała działalność opiekuńczo-pielęgnacyjna podjęta wobec trędowatych przez polskiego jezuity, ojca Jana Beyzyna (1850-1912). W 1898 r., w wieku 48 lat, przybył on do misji jezuickiej w Tanariwie na Madagaskarze i objął kierownictwo założonego dziesięć lat wcześniej przez Francuza, brata T. J. Dursap'a, schroniska dla trędowatych w Ambohiworaka. W drastycznie złych warunkach materialnych przebywało tam 125 chorych, którzy częściej umierali z głodu niż z powodu trądu. Gdy Francuzi odmówili poparcia finansowego dla tego schroniska, Beyzym zmobilizował rodaków i w oparciu o ofiarowane przez nich pieniądze, dostarczał podopiecznym ubrania i opatrywał im rany, nieustannie ucząc, że mimo deformacji ciała zachowali swoją godność i mogą być samodzielni życiowo. Beyzym przekazywał trędowatym przesyłane przez Polaków książki i obrazki oraz założył dla podopiecznych piękny ogród kwiatowy. W 1911 r. za pieniądze polskiego społeczeństwa zbudował szpital w Maranie, w którym osobiście pielęgnował chorych. Po jego śmierci w październiku 1912 r. opiekę nad prawie 150 chorymi chorymi przejął francuski lekarz i jezuita, Karol Decés.¹⁷⁰

Pierwszy etap misyjnej posługi leczniczej i opiekuńczej Polaków w Afryce zakończył się w 1912 r. nie tylko z powodu śmierci Jana Beyzyna. W tym samym roku władze portugalskie zmusiły polskich jezuitów do opuszczenia misji w Dolnej Zambezi, którzy udali się wtedy na teren Północnej Rodezji (dzisiejsza Zambia), gdzie założyli misje w Kasisi i pobliskim Chingombe. Misje te z czasem stały się ważnymi miejscami posługi leczniczej podejmowanej przez Polaków.¹⁷¹ Trzecią stacją misyjną polskich jezuitów w Północnej Rodezji założył ojciec Lazarewicz w Katondwe. Od 1912 r. misja ta posiadała 200 akrów ziemi, za które jezuita prowincji galicyjskiej płacili rządowi dzierżawę w wysokości ćwierć szylinga od akra. Dzięki ofiarom zebranych na ziemiach polskich, hojnym zapomogom Marii Teresy Ledóchowskiej, założycielki Zgromadzenia Klawerianek, oraz darowiznom przekazywanym z Anglii i USA, w 1915 r. ojciec Apoloniusz Kraup (1871-1919) ukończył budowę nowego domu dla polskich zakonników w Katondwe. Nie miał on wprawdzie wykształcenia lekarskiego, ale spodziewając się, że w Afryce będzie opiekował się trędowatymi, jeszcze podczas pobytu w Galicji zdobywał na własną rękę wiedzę medyczno-farmaceutyczną, dzięki której w Katondwe prowadził praktykę „lekarską” i „aptekarską” dla tubylców, lecząc ich ziołami przywiezionymi od krakowskich karmelitanek, a ponadto wrywał i plombował zęby angielskim kolonistom.¹⁷²

¹⁶⁹ Białek, *Jezuici polscy w Misji Zambeskiej...*, s. 33-48, 75-80.

¹⁷⁰ Cz. Sejbuk, *Marana*. „Misje Katolickie” 1938 s. 94-95.

¹⁷¹ Dudek, *Geografia misji polskiego Kościoła...*, s. 40-41.

¹⁷² Krzyszkowski, *Polska misja w Afryce...*, s. 42-50.

W liście z 1914 r. pisał: *Te wiadomości, które starałem się nabyć, aby dla trędowatych stać się wszystkim, przydają mi się bardzo dla moich czarnych pacjentów i spowodowały, że mi oni nadali imię doktora, bo wszystkim, według tego, co w kim widzą, swoją nazwę nadają. Starałem się i w kraju, i po drodze zaopatrzyć moją aptekę we wszystko, co potrzebne i do dentystryki, i do zaopatrywania ran, nie brak też środków na różne wewnętrzne choroby. Nawet kupiłem w Rzymie igły i jedwab do zszywania ran. Myślałem wtedy: dobrze jest tego nie potrzebować, ale nie zarodzi mieć. (...) Myślałem o sobie, a tymczasem pierwszej trzeba było na drugich tej krawiecczyny spróbować. Jeden z chłopców bardzo ostrym narzędziem przeciął sobie przypadkiem ścięgno u nogi powyżej kostki. Powstała przy tym na 8 centymetrów długa, głęboka rana, ścięgno odcięte wylazło na wierzch przy najmniejszym ruchu nogi. Oczyszciliśmy więc dobrze ranę, zrobiłem 4 ścięgi. Po paru dniach już ładnie rana zarosła, choć zdawało się, że chłopiec kuleć będzie. Obecnie chodzi on jednak całkiem prosto. Przychodzą też do mnie biedni ludzie nawet z daleka, tak, że często dziennie mam przeciętnie po 6–7 opatrunków większych i mniejszych. Jeździłem do chorych na wsie, nawet na stronę portugalską i stamtąd najczęściej przychodzą; ten dziecko opalone w ogniu przyniesie lub przyprowodzi, ten się skarży na żołądek, tamten na głowę narzeka, ów piersi ma bolące, innego reumatyzm łamie. Najczęściej jednak różne przynoszą rany, szczególnie na nogach, które niczym nie ochronione, wystawione są na rozmaite niebezpieczeństwa.*¹⁷³

W latach 1894–1936 z polską misją w Katondwe był związany Austriak, brat Jakub Stofner (było to zrozumiałe wobec faktu, że organizatorem stacji misyjnej była prowincja galicyjska, a więc przed I wojną światową należąca do Austro-Węgier), który warzył spirytus do receptury aptecznej i wytwarzał różne farmaceutyki, którymi leczył rany, wrzody, ukąszenia i inne dolegliwości tubylców.

W okresie międzywojennym w polskiej misji w Rodezji Północnej pracował też brat Stefan Borecki, infirmarz, który w Katondwe i Kapoche zorganizował ambulatorium medyczne z prawdziwego zdarzenia. Gdy w 1929 r. zobaczył je angielski komisarz rządowy, pod wrażeniem sumiennej organizacji zobowiązał się do finansowania działalności ambulatorium.

W dwudziestoleciu międzywojennym dary w postaci leków dla ambulatorium w Katondwe przekazywały polskie firmy farmaceutyczne. Do lat trzydziestych na terenie Rodezji Północnej nie było żadnych aptek, a miejscowa ludność będąc zbyt biedną, by sprowadzić je z Rodezji Południowej szukała pomocy u polskich misjonarzy. Ci, wobec narastających potrzeb tubylców, sprowadzali potrzebne medykamenty z Polski lub innych krajów europejskich, a później z USA, bądź wykonywali je samodzielnie na coraz większą skalę.

Potrzeby zdrowotne tubylców sprawiały, że także w stacji misyjnej w Chingombe trzeba było wydzielić specjalne pomieszczenia dla przyjmowania

¹⁷³ Grzebień, Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*. T. I..., s. 145.

pacjentów i przechowywania leków, a także troszczyć się, by w misji znalazły się osoby o odpowiednich kwalifikacjach medycznych. Stan higieniczny tych pomieszczeń był sprawdzany i pozytywnie oceniany przez Anglika będącego, zgodnie z wymogami obowiązującego w Rodezji prawa brytyjskiego, przełożonym polskiej misji.

Chorzy zyskali, gdy w kwietniu 1928 r. do Chingombe przybyły cztery siostry służebniczki starowiejskie. Wśród nich była Rufina Tekla Świrska (1893-1980), osoba dysponująca teoretycznym przygotowaniem i praktycznym doświadczeniem w pielęgnowaniu chorych. Podczas I wojny światowej siostra Świrska nie tylko pielęgnowała rannych żołnierzy w szpitalach we Lwowie i Starej Wsi, ale także ukończyła kursy dla masażystów, dentystów i higienistek, dzięki którym od 1917 r. samodzielnie prowadziła gabinet dentystyczny. Po przybyciu do Chingombe opiekowała się chorymi, a gdy została przeniesiona do Kasisi założyła tam sierociniec dla niemowląt, aby ratować dzieci, które zgodnie ze zwyczajem tubylców umieszczano w grobach przedwcześnie zmarłych (zwykle podczas porodu) matek jako sprawców ich śmierci.¹⁷⁴

W 1931 r. do Chingombe przyjechały kolejne służebniczki starowiejskie, dyplomowane pielęgniarki Amalia Różowicz i Adolfa Pięta, które w tym samym roku udzieliły pomocy w Kasisi 1.800, a w Chingombe – 2.900 tubylców. Siostry rozdawały leki, opatrywały rany, a gdy wybuchały epidemie udawały się na rowerach do wiosek, aby tam udzielać pomocy medycznej najcięższym chorym. Dane ze stacji misyjnej w Chingombe potwierdzają dynamikę wzrostu liczby konsultacji medycznych; w 1931 r. udzielono tam 2.900 porad, w 1935 r. – 20.570, a w 1937 r. – 42.792.¹⁷⁵

W okresie międzywojennym pracę misyjnej pielęgniarki podjęła jeszcze jedna Polka, szarytka Bronisława Kita, która w 1932 r. wyjechała na Madagaskar i pozostała tam do 24 czerwca 1975 r.¹⁷⁶

Po II wojnie światowej obecne w Polsce misyjne zgromadzenia zakonne były represjonowane, ich majątek konfiskowano, a uzyskanie paszportu umożliwiającego

¹⁷⁴ Alfred Bocian, *Na szlakach bezinteresownej służby*. „Misjonarz” 1993 nr 2 s. 21-22. – Wskutek pogorszenia stanu zdrowia, siostra Rufina Tekla Świrska powróciła do Polski w 1935 r. Podczas II wojny światowej pracowała na kierowniczym stanowisku w szpitalu w Będzinie. Za ukrywanie na terenie szpitala powstańca śląskiego została aresztowana przez Gestapo i uwięziona najpierw w Sosnowcu, a potem w obozie koncentracyjnym w Ravensbrück, skąd po półtorarocznym pobycie została zwolniona dzięki staraniom pewnego niemieckiego żołnierza – byłego pacjenta z Będzina. Po zakończeniu II wojny światowej m.in. podróżowała po Europie Zachodniej, aby zdobywać nowe powołania misyjne, a w latach 1956-1971 – po powrocie z Afryki – służyła starcom i ubogim.

¹⁷⁵ Grzebień, Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*. T. I..., s. 150-220.

¹⁷⁶ Bożena Długowska CPC, Gabriela Rajnowska CPC, *Praca Sióstr Szarytek w krajach misyjnych*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne ATK*, T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, cz. 1, s. 224.

wyjazd na misje do Afryki zdarzało się sporadycznie.¹⁷⁷ Z literatury wynika, że nieliczni polscy misjonarze, którym udało się wyjechać na ogół nie angażowali się w działalność leczniczą.¹⁷⁸ Do wyjątków należała praca misyjna – już wspomnianej – siostry Rufiny Tekli Świrskiej, która dzięki poparciu kardynała Adama Sapiehy w 1948 r. otrzymała paszport do Afryki Południowej i przez osiem następujących lat w Johannesburgu organizowała oraz prowadziła ośrodek opiekuńczy dla dzieci.¹⁷⁹

Dopiero w 1964 r. władze Polski zmieniły politykę wobec misjonarzy, co zresztą początkowo nie dotyczyło osób starających się o wyjazd do Afryki. W tym roku ambasador Indonezji w Polsce drogą dyplomatyczną poprosił o przyjazd na misje polskich werbistów, na co zaskoczony („*Jak to, inne kraje proszą nas o inżynierów, lekarzy, specjalistów, a wy o misjonarzy?*”) Adam Rapacki, Minister Spraw Zagranicznych w rządzie Władysława Gomułki, wyraził zgodę.¹⁸⁰ Nie spodziewane złagodzenie polityki komunistycznych władz zostało natychmiast wykorzystane w Akademii Teologii Katolickiej w Warszawie, gdzie uruchomiono specjalizację z misjologii, oraz w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, na którym wznowiono wykłady z tej dziedziny. Działania te stały się początkiem nowego etapu udziału Polaków w pełnieniu opieki zdrowotnej nad najuboższą ludnością Afryki.¹⁸¹

W latach sześćdziesiątych najważniejszą placówką pomocy medycznej udzielanej przez Polaków w Afryce pozostawało ambulatorium przy stacji misyjnej w Katondwe. W 1962 r. zostało ono rozbudowane i rok później oddane do użytku przez ojca Jana Waligórę jako szpital złożony z dwóch części, dla kobiet i mężczyzn, dwóch salek po 10 łóżek, sali porodowej, sali operacyjnej, przychodni, apteki i pokoju dla lekarza. W tym samym roku w szpitalu tym podjęła pracę misjonarka świecka, dyplomowana lekarka mająca doświadczenia pracy wśród trędowatych w Ugandzie, Wanda Piotrowska. Wraz z nią przybyły dwie siostry służebniczki będące dyplomo-

¹⁷⁷ Antoni Kurek, *Udział polskich oblatów w ewangelizacji niechrześcijan*. [W:] *Misjonarze polscy w świecie. Materiały Sympozjum Misjologicznego 1982. Zeszyty Misjologiczne ATK*, T. VI cz. 2, red. Władysław Kowalak SVD, Warszawa 1985 s. 93-103. – Po II wojnie światowej władze komunistyczne w ramach nacjonalizacji skonfiskowały posiadłość Stowarzyszenia Misji Afrykańskich (dalej: SMA) w Nininie i utworzyły z niej Państwowe Gospodarstwo Rolne. W tej sytuacji misjonarze przebywający na Zachodzie przyłączyli się do prowincji francuskiej. Represje wobec SMA pozwalają zrozumieć przyczyny skromnego udziału Polaków w misjach afrykańskich w latach 1945-1964. SMA ponowiło działalność w Polsce dopiero w 1991 r.

¹⁷⁸ *Przyszedłem aby im służyć...* Wybór listów misjonarzy salezjańskich – wychowanków Wyższego Seminarium Duchownego w Łądzie. Oprac. Stanisław Szmidt SDB. Łódź: Wydawnictwo Salezjańskie 1979 s. 411. – Jednym z nielicznych misjonarzy, którym po zakończeniu II wojny światowej udało się wyjechać do Afryki był salezjanin, Klemens Hlond, brat ks. Kardynała Augusta Hlonda, który przez wiele lat organizował szkoły zawodowe w Zairze.

¹⁷⁹ Bocian, *Na szlakach bezinteresownej służby...*, s. 22.

¹⁸⁰ Henryk Kałuża, *Co naprawdę ma sens? Śp. O. Bruno Kozieł, misjonarz Zgromadzenia Słowa Bożego – wspomnienie*. Nysa 2005, s. 87.

¹⁸¹ *Misje po Soborze Watykańskim II*. Płock 1981.

wanymi pielęgniarkami: Zambijka, Paulina Mumba, która w Livingstone ukończyła trzyletnią szkołę pielęgniarską, oraz Polka, Gabriela Trzeciak, wcześniej pracująca w szpitalu w Gorlicach. W 1965 r. miejsce Wandy Piotrowskiej zajęła służebniczka, absolwentka studiów lekarskich w Polsce i studiów w zakresie medycyny tropikalnej w USA, Teresa Wiączek. Z czasem szpital rozbudowywano i w miarę możliwości modernizowano.

W 1965 r. otwarto, wybudowany staraniem i z pieniędzy Anglików, szpital w stacji misyjnej w Mpanshya, którym po swoim odejściu z Katondwe kierowała lek. med. W. Piotrowska. Miejscowy klimat okazał się jednak dla niej za ciężki i dlatego zmuszona była przenieść się do szpitala w Lusace. Jej miejsce w szpitalu w Mpanshya zajęły szarytki. Z kolei w 1966 r. otwarto ośrodek zdrowia w Luano Valley podlegający stacji misyjnej w Chingombe. Kierowały nim, podobnie jak tutejszym szpitalikiem, polskie siostry służebniczki. Z czasem polscy misjonarze zbudowali obok tego ośrodka zdrowia małe lotnisko, na którym lądowały samoloty zambijskiej służby zdrowia zabierające chorych do szpitala w Ndoli. W końcu tej samej dekady ośrodek zdrowia został też otwarty w Mpunde. Rozbudowano je w 1972 r.¹⁸²

Na początku lat siedemdziesiątych do Zambii przyjechały polskie siostry ze Zgromadzenia Misjonek św. Rodziny, które rozpoczęły pracę w Katondwe, a potem objęły swoją posługą także Kabwe. W tym samym czasie z Mikołowa przybyły siostry boromeuszki, które zaangażowały się w pracę w rządowym szpitalu dla trędowatych w Liteta, około 45 km od Kabwe. Polskie siostry zakonne z kwalifikacjami pielęgniarek, m.in. franciszkanki, stanowiły zaplecze kadrowe również dla nowo wybudowanego szpitala dla psychicznie chorych w Lusace.¹⁸³

W latach sześćdziesiątych zaznaczający się w Europie Zachodniej kryzys powołał do stanu duchownego sprawił, że na misje afrykańskie zaczęto coraz częściej zapraszać Polaków. W 1970 r. do prowincji Garua w Kamerunie przybyli polscy oblatci.¹⁸⁴ Nie prowadzili oni wprawdzie osobiście działalności leczniczej, ale przyczyniali się do jej rozwoju, np. zdobywając pieniądze dla leprozorium w Ribao.¹⁸⁵ W 1974 r. do prowadzonych przez oblatów placówek misyjnych w Kamerunie przybyły polskie siostry ze Zgromadzenia Służebniczek NMP, które odtąd w wioskach położonych w buszu w okolicach Figuil udzielały pomocy medycznej rdzennej ludności. Rok później teren posługi leczniczej został rozszerzony o misje Mandama i Bibemi. W 1978 r. w Mandamie osiedliły się siostry Monika Prądyńska i Akwila Rokita, które odtąd opiekowały się chorymi i uczyły higieny oraz zasad opieki nad małymi dziećmi w 18 okolicznych stacjach misyjnych.

¹⁸² Grzebień, Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*. T. I..., s. 350-352.

¹⁸³ Tamże, s. 291-333.

¹⁸⁴ Kurek, *Udział polskich oblatów...*

¹⁸⁵ Jarosław Różański, „*Drzewo pokornie zasadzone wyrosło i wypuściło nowe gałęzie*”. *Misje polskich Oblatów Maryi Niepokalanej w Kamerunie Płn.* Poznań 1994 s. 28-31, 50-93

Ważnie religijne sprawiały, że posługa medyczna polskich siostr – pielęgniarek w Kamerunie bywała realizowana w dramatycznych warunkach, np. w 1979 r. muzułmanie spalili dom pracującego dla nich pielęgniarza z plemienia Mundang. Potrzebny był upływ czasu, aby wysiłki polskich misjonek z Figuil na rzecz poprawy warunków życia miejscowej ludności, takie jak: budowa studni, odwożenie chorych w ciężkim stanie do odległych szpitali, opieka nad trędowatymi, dostarczanie za darmo leków i opatrunków, zyskiwały coraz większe uznanie. Na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych wspólnotę siostr w Figuil, Mandama i Tcholliré tworzyły: Kinga Maroń, Konstancja Megier, Krystyna Ignaczak, Monika Prądyńska, Rachel Siwy, Aleksja Skucha, Radosława Wojtasik, Mariola Razik i Kamerunka – Marié-Theresa Mongulku.

W 1988 r. polscy oblaci przejęli misję w Kama, gdzie przebudowali zastaną w ruinie przychodnię i objęli opieką pobliskie leprozorium w Foubarka.¹⁸⁶ W następnych latach pracę misyjną pielęgniarek w przychodniach w Bertoua i Ndélélé w Kamerunie podjęły też polskie siostry pasjonistki, które ponadto zajmowały się szczerpieniem dzieci w okolicznych wioskach.¹⁸⁷

Korzystając ze złagodzenia polityki władz komunistycznych wobec misjonarzy, w 1969 r. Kapituła Prowincjonalna Karmelitów Bosych podjęła decyzję o wysłaniu kilku zakonników na misję. Dzięki staraniom o. Leonarda Kowalówki, w 1970 r. polscy karmelici objęli należącą do najbardziej zaniedbanych pod względem religijnym i położoną w najuboższej części kraju parafię w Mpinga w Burundi, Od 1945 r. prowadzili ją Ojcowie Biali, ale zamierzali opuścić z powodu braku kapłanów. Misja polskich karmelitów w Mpinga została zatwierdzona i uruchomiona w 1971 r., a rok później utworzono nową misję w Musongati. Do pracy misyjnej włączyły się polskie siostry ze Zgromadzenia Karmelitanek Dzieciątka Jezus, które podjęły pracę w państwowym ośrodku zdrowia, w którym codziennie przyjmują kilkudziesięciu pacjentów przekazując im lekarstwa otrzymywane z Polski.¹⁸⁸ Siostry z tego zgromadzenia równocześnie podjęły posługę medyczną w Rwandzie, gdzie w miejscowości Masaka prowadziły przychodnię i izbę porodową, w Ruhango – przychodnię, izbę porodową i ośrodek dożywiania, a w Gikondo – ośrodek zdrowia, aptekę i ośrodek dożywiania.¹⁸⁹

W 1970 r. polscy sercanie (Zgromadzenie Księży Najświętszego Serca Jezusowego) rozpoczęli pracę w usytuowanej w niedostępnym buszu, i dlatego wymagającej około tygodnia drogi w jedną stronę, misji w diecezji Kisangani w Zairze (obecnie Demokratyczna Republika Kongo). W misji uruchomiono hospicjum i sierociniec dla dzieci rodziców zamordowanych podczas wojny domowej. W 1987 r. polscy sercanie rozpoczęli pracę także w RPA.¹⁹⁰

¹⁸⁶ Różański, „*Drzewo pokornie zasadzone...*”

¹⁸⁷ Teodora Gruzińska, *Misyjne Drogi nas łączą*. „Misyjne Drogi” 2004 nr 2 s. 32.

¹⁸⁸ www.karmel.pl

¹⁸⁹ Siostra Consolata, *Jeszcze jedno spojrzenie na Rwandę*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1988 s. 18-23.

¹⁹⁰ Józef Gąsik, *Kongo – serce Afryki*. „Wstań” 2003 nr 4 s. 22-23.

Udział Polaków w dziele misyjnym, w tym w pełnieniu opieki zdrowotnej rozszerzał się z roku na rok. Np. w 1981 r. do Botswany przybyli pierwsi polscy werbiści, a dwa lata później dołączyły do nich siostry Służebnice Ducha Świętego.¹⁹¹ Siostry-pielęgniarki z tego zgromadzenia od 1982 r. miały też swoją pierwszą placówkę w Angoli, gdzie pracowały w szpitalu w N'Zeto, a po kilku latach objęły też ośrodek zdrowia i leprozorium w Kifangondo.¹⁹²

Działalność medyczna polskich misjonarzy w Afryce nadal rozwija się. Np. w 1983 r. polscy pasjoniści objęli – opuszczoną przez jezuitów z powodu braku powołań – misję w Kikwit w Zairze. Do misji należy – pozbawiona od lat lekarza – przychodnia, w której jedynym personelem fachowym stały się polskie pielęgniarki – siostry pasjonistki. Pracują w warunkach bardzo trudnych. Mimo ich starań brakuje pieniędzy na leki, a warunki higieniczne są złe. Posługę opiekuńczą pełnią też w szpitalu i leprozorium w Dikungu.¹⁹³

Potrzeby zdrowotne miejscowej ludności były tak duże, że wszyscy misjonarze, nawet pozbawieni wykształcenia medycznego, wyjeżdżając z Polski zabierali z sobą podstawowe leki przeciw grypie, malarii i robaczycom, które rozdawali miejscowej ludności.¹⁹⁴ W latach dziewięćdziesiątych XX w. zaangażowanie Polaków w sprawowanie opieki zdrowotnej w Afryce było coraz wyraźniej podporządkowane zarządzeniom miejscowej administracji państwowej. Np. w 1999 r. służebniczka, Rozalia Paliczka, wraz z dwiema innymi zakonnicami-pielęgniarkami z tego samego zgromadzenia, Filipinką i Argentynką, na mocy kontraktu zawartego między administracją rządową a przedstawicielami Kościoła katolickiego założyła szpital misyjny w Inyanzonja w Mozambiku.¹⁹⁵

Do Afryki przybywali polscy misjonarze z innych jeszcze, nie wymienionych tutaj, zgromadzeń zakonnych oraz – co jest godne szczególnego podkreślenia – osoby świeckie. Np. na przełomie lat 1999 i 2000, przez prawie rok pracował w ośrodku zdrowia w Kifangondo koło Luandy w Angoli lek. med. Janusz Furmaniuk z Kliniki Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych poznańskiej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego. Po nim przez podobny okres pracowała w Kifangondo lek. med. Anna Wojtacha też z Poznania.¹⁹⁶

Konsekwencją przyjęcia przez Kościół katolicki opcji na rzecz ubogich stało się poszukiwanie takich rozwiązań problemów społecznych i zdrowotnych Afryki, które z czasem pozwalałyby jej mieszkańcom uniezależnić się od pomocy międzynarodowych instytucji finansowych i organizacji humanitarnych. W tym kontekście odległą perspektywę rozwoju prowadzonych przez polskich misjonarzy

¹⁹¹ Kołodziejczyk, *Botswana – wielka fortuna...*, s. 25-27.

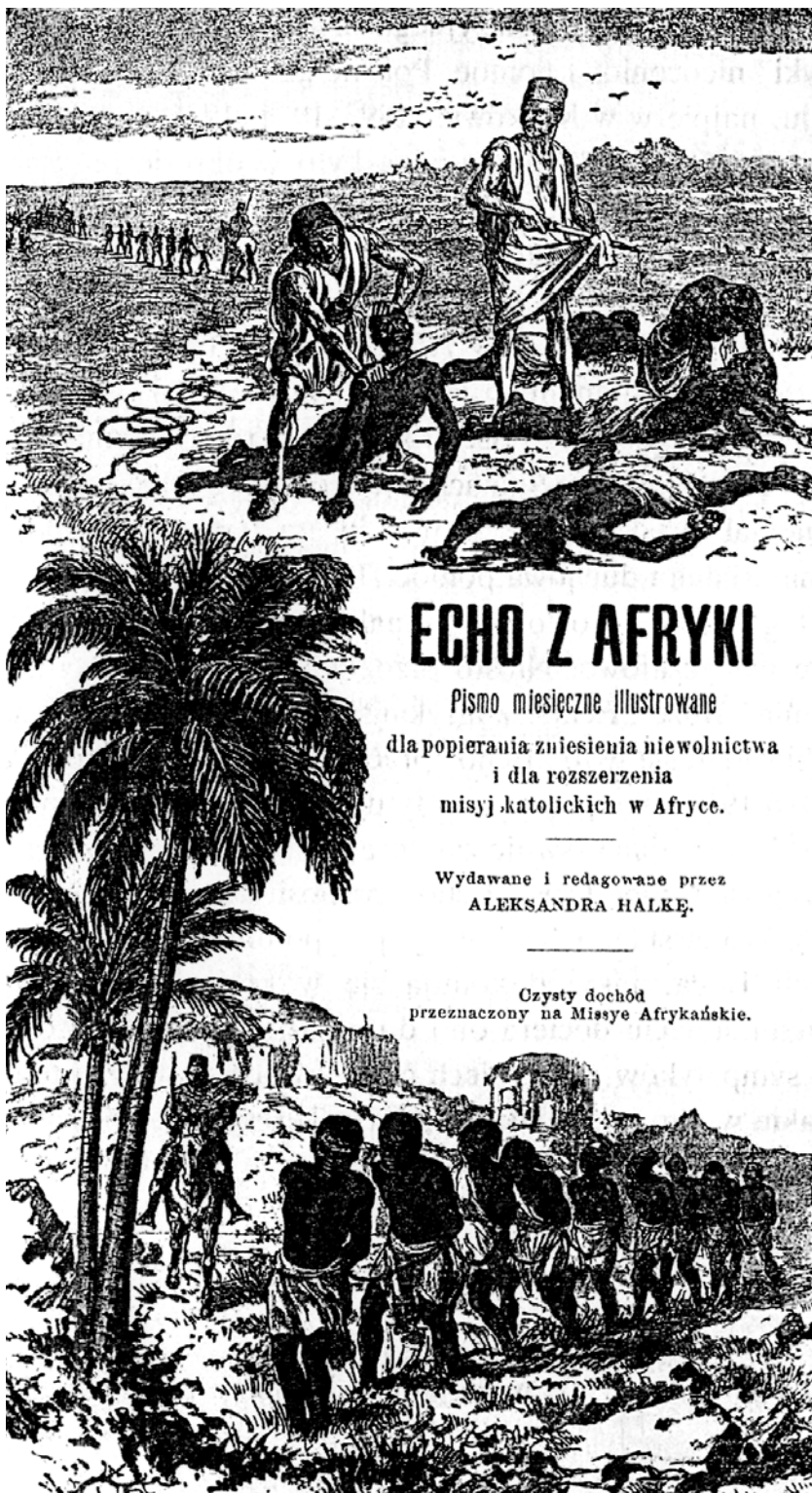
¹⁹² Jermiański, *Rozmowa z siostrą Sylwestrą Pietrucką...*

¹⁹³ Czesław Duda, *Pierwszy polski pasjonista misjonarz w Zairze*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1985 s. 3-4.

¹⁹⁴ List ks. Stanisława Świącha, przez szereg lat misjonarza w Republice Demokratycznej Kongo (kiedyś Zair), do autorki, datowany na 10 grudnia 2003 r.

¹⁹⁵ Rozalia Paliczka, *We wspólnocie w Inyanzonja*. „Misjonarz” 1999 nr 10 s. 30-31.

¹⁹⁶ Informacje przekazane autorce przez lek. med. Janusza Furmaniuka z Poznania.



Ryc. 8. Okładka pierwszego numeru „Echa Afryki” (1893)

szpitali i przychodni wyznaczają przyuczeni przez nich jako personel pomocniczy Afrykańczycy,¹⁹⁷ którym jednak – w ocenie niektórych misyjnych pielęgniarek – brakuje poświęcenia i sumiennosci.¹⁹⁸ W wielu krajach subsaharyjskich medyczni misjonarze z Polski stali się jedynym – i często jednoosobowym – personelem fachowym katolickich szpitali i różnych placówek lecznictwa otwartego.¹⁹⁹

Uogólniając, w ciągu ostatniego ćwierćwiecza model misyjnej działalności leczniczej Polaków w Afryce uległ istotnej zmianie. Miejsce pełnionej z wrażliwości serca posługi leczniczej i opiekuńczej pierwszych polskich misjonarzy zajęła z czasem, zwłaszcza po 1990 r., działalność medyczna i prewencyjna oparta na odpowiednich kwalifikacjach pielęgniarskich lub lekarskich misjonek i misjonarzy, w tym świeckich wolontariuszy, przybywających z Polski. Należy podkreślić, że rozwój misyjnej posługi leczniczej podejmowanej przez Polaków zależał w pierwszym rzędzie od czynników politycznych, a dopiero w dalszej kolejności od uwarunkowań ekonomicznych.

2. Społeczne zaplecze misji medycznych

Okres kolonialny

W XIX w. misje afrykańskie budziły duże zainteresowanie Polaków, którzy sami żyjąc pod zaborami współczuli innym doznającym niewoli ludziom, a pozbawieni swobody podróżowania chętnie czytali opisy egzotycznych lądów oraz niezwykłych obyczajów ich mieszkańców. W okresie zaborów Afrykańczycy wywoływali w Polakach uczucie silnej empatii, czego dowodziła poczytność wydawanego od 1881 r. czasopisma „Misje Katolickie”. Periodyk ten zamieszczał głównie przedruki z misyjnej prasy zagranicznej, zawierające barwne opisy polowań na niewolników i handlu nimi, nędzy i pracy przymusowej Afrykańczyków oraz walk międzyplemiennych, a także informacje o stanie misji katolickich w różnych egzotycznych krainach. Lektura działała na wyobraźnię polskiego społeczeństwa pod zaborami, lecz większe możliwości ich wspierania materialnego mieli rodacy żyjący zagranicą.²⁰⁰

¹⁹⁷ Andrzej Pietrzak, *Opcja na rzecz ubogich znakiem wiarygodności Kościoła*. Pieniężno 2002 s. 67.

¹⁹⁸ Sieluzycza, *W sercu dżungli...*

¹⁹⁹ *Polska*. „Echo z Afryki” 1997 s. 221.

²⁰⁰ Por.: *Afryka równikowa*. „Misje Katolickie” 1: 1882 s. 73-87. – Oto przykład publikacji zamieszczonej w „Misjach Katolickich”: „Chęć zysku uzbraja jedną osadę przeciw drugiej, rzeź i pożogi szerzą się wkoło, towary spływają do zeriby. Ceny tu nie są stałe, czasem można dostać niewolnicę za 24 metry perkalu, czasem są droższe. Towar ten składa się głównie z kobiet i niedorostków, mężczyźni zwykle giną w obronie swej własności i rodziny”.

Nie zmienia to faktu, że już w końcu XIX w., a więc prawie od początku ich istnienia, Polacy wnieśli istotny wkład w rozwój misji afrykańskich. Od 1893 r. na ziemiach polskich pod zaborami docierało, wydawane od 1889 r. (początkowo tylko w języku niemieckim, a następnie w kilku innych wersjach językowych) pismo „Echo z Afryki”. Podobnie jak inne czasopisma, np. „Murzynek” i „Kalendarze Misyjne”, oraz szereg broszur o tematyce misyjnej, było ono ważnym przedsięwzięciem Zgromadzenia Sióstr Św. Piotra Klawera, jak już wspomniano, założonego przez Marię Teresę Ledóchowską w Rzymie. Na łamach swoich wydawnictw i czasopism, klawerianki zamieszczały prośby misjonarzy o pomoc materialną i relacjonowały, na jakie cele zostały przeznaczone pieniądze otrzymane od czytelników. Dzięki działalności edytorskiej wokół Zgromadzenia skupiło się ponad 45.000 osób z całego świata systematycznie przekazujących pieniądze dla misji. W ciągu pierwszych 25 lat istnienia przekazano misjom afrykańskim 8 mln marek i wykupiono 5.688 niewolników.²⁰¹ Zgromadzenie udzielało pomocy finansowej prawie wszystkim misjom katolickim w Afryce i zajmowało się m.in. wykupywaniem niewolników. Sprawozdania finansowe z wyszczególnieniem, na jakie cele przekazano datki, były publikowane co roku na łamach czasopisma.²⁰² Gdy powstała misja polskich jezuitów w Katondwe, klawerianki stały się głównymi fundatorkami jej dalszej działalności ewangelizacyjnej i medycznej.

Podczas I wojny światowej wszelka pomoc dla misji z Europy została wstrzymana, a z kolei po 1918 r. składki Polonii amerykańskiej – dotąd zasilające prowadzone przez polskich jezuitów misje w Północnej Rodezji – przeznaczono na odbudowę odradzającej się Polski. W okresie międzywojennym najcenniejszym źródłem dochodów misji w Katondwe stały się tzw. stypendia mszalne ze Stanów Zjednoczonych, do czego przyczyniały się artykuły misjonarzy wysyłane do „Dziennika Chicagowskiego”. Finanse zgromadzone przez polskich jezuitów pracujących wśród amerykańskiej Polonii bywały kwestią nader drażliwą, bo w odczuciu misjonarzy z Katondwe przekazywano im niewielką, zbyt małą w stosunku do potrzeb, część zebranych kwot. Nie zdawali sobie sprawy, że z ofiar Polonii amerykańskiej trzeba było pokrywać koszty utrzymania całej polskiej prowincji jezuitów i dlatego prowincjał zdecydował o przekazywaniu do Afryki tylko jednej piątej datków, chyba, że ofiarodawcy wyrażali inną wolę.²⁰³

Zubożałe społeczeństwo Drugiej Rzeczypospolitej było w stanie zebrać tylko stosunkowo drobne sumy, które przeznaczano na wyposażenie misjonarzy udających się do Rodezji, wydawanie broszur przeznaczonych dla misji oraz na wysyłkę potrzebnych tam książek. W dwudziestoleciu międzywojennym polska misja w Rodezji otrzymała też dużą sumę od Kongregacji Rozkrzewiania Wiary (579

²⁰¹ Maria Teresa Ledóchowska, *Dla Afryki*. Rzym 1920 s. 15.

²⁰² *Ofiary nadesłane*. „Echo z Afryki” 1922, 4; *Wykaz datków*. „Echo z Afryki” 1921, s. 54-60.

funtów angielskich), a Maria Teresa Ledóchowska ufundowała nowe stacje misyjne Polaków w Kararo i Chingombe.

Mimo tego zaangażowania, polskie misje w Północnej Rodezji nie miały dużych możliwości rozszerzania działalności, bo jedna stacja otrzymywała sumę 70-300 funtów angielskich rocznie przy wydatkach kształtujących się na poziomie 160-525 funtów angielskich rocznie.

Rozwój społecznego poparcia dla misji afrykańskich dokonał się po 1918 r., gdy Polska odzyskała niepodległość. Pieniądze dla misji uzyskiwano m.in. z „misyjnej akcji znaczkowej”, zainicjowanej w 1929 r. przez S. Bednarskiego, który pierwszy ofiarował swoje zbiory filatelistyczne na ten cel. Z całej Polski wysyłano do jezuitów w Krakowie używane znaczki pocztowe, które oni czyścili i segregowali w serie, a potem sprzedawali kolekcjonerom. Rocznie segregowano i sprzedawano 7-10 kilogramów znaczków, tj. około 2 milionów egzemplarzy, uzyskując w ten sposób spore sumy na kształcenie misjonarzy i propagandę misji polskich jezuitów w Rodezji. Innym nietypowym sposobem pozyskiwania pieniędzy dla misji była prowadzona w Polsce zbiórka folii aluminiowej pochodzącej z opakowań czekolady. Rocznie zbierano kilka kilogramów takich odpadów i spieniężano je.²⁰⁴

W okresie międzywojennym misje otrzymywały wsparcie materialne także m.in. od: utworzonego w 1928 r. Koła Przyjaciół Misji Polskiej w Rodezji,²⁰⁵ Związku Misyjnego Duchowieństwa w Polsce, rządu polskiego, rządu Rodezji, prezydenta Ignacego Mościckiego, prymasa A. Hlonda. Pewnych dochodów dostarczały też objazdy misjonarzy z wykładami po Polsce.²⁰⁶ Popularność idei misji afrykańskich wzrosła po Międzynarodowym Kongresie Misyjnym zorganizowanym w 1927 r. w Poznaniu, po którym w środowisku studenckim zaczęły powstawać Akademickie Koła Misjologiczne. Do jej wzrostu przyczyniły się też niewymienione dotąd czasopisma, m.in. wydawane od 1931 r. przez werbistów: „Kalendarz Małego Misjonarza”, „Nasz Misjonarz” i „Mały Misjonarz”.²⁰⁷

Tak więc, w okresie kolonialnym polskie społeczeństwo udzielało wsparcia misjom afrykańskim, podejmując szereg działań prowadzących do pozyskiwania

²⁰³ Krzyszkowski, *Polska misja w Afryce...*, s. 42.

²⁰⁴ *Afryka*. „Misje Katolickie” 1932, 39. – Obecnie zbiorckę znaczków pocztowych na cele misyjne prowadzą werbiści w Pieniężnie.

²⁰⁵ *Dla Misyj*. „Misje Katolickie” 1929, 518; Krzyszkowski, *Czy za wiele...*, s. 1-7; Bruno Wolnik, *Koło Przyjaciół Misji Polskiej w Rodezji*. „Misje Katolickie” 1938 s. 161. – W okresie kolonialnym akcje pomocy misjonarzom uwrażliwiała i integrowała społeczeństwa europejskie i USA. Organizowano zbiórki pieniędzy, leków, używanych stołów operacyjnych i narzędzi chirurgicznych, a w USA grupy kobiet i dzieci tkwały bandażę. Liczne stowarzyszenia, najczęściej skupiające młodych ludzi, popularyzowały misje katolickie i organizowały pomoc humanitarną dla nich. W dostarczaniu misjom leków, materiałów medycznych i pieniędzy przodowali Amerykanie. Np. w latach 1926-1927 kraje europejskie dostarczyły misjom katolickim 46 milionów dolarów, a USA – 55 milionów dolarów

²⁰⁶ Grzebień, Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*. T. I..., s. 222.

²⁰⁷ Zapłata, *Zarys misjologii katolickiej...*, s. 47-48.

darczyńców poza ojczyznę lub organizując akcje społeczne pozwalające na pozyskiwanie choć małych kwot np. ze zbiórki surowców wtórnych.

Okres postkolonialny

Potrzeba materialnego wspierania misji ożyła w latach siedemdziesiątych XX w., kiedy coraz więcej polskich misjonarzy wyjeżdżało do Afryki. W następnej dekadzie w koordynowaniu zbiórki pieniędzy pomocne okazało się czasopismo „Echo z Afryki”, które po wielu latach zawieszenia udało się wznowić w 1986 r. przez zamieszkałe w Podkowie Leśnej koło Warszawy siostry ze Zgromadzenia Misjonek Św. Piotra Klawera. Wznowione czasopismo nosi tytuł „Echo z Afryki i innych kontynentów” i jest wydawane w nakładzie 17 tysięcy egzemplarzy. Jego czytelnicy reagują wspólnie nie tylko na apele o ofiary na remonty kościołów, ale także o zakup lekarstw i inną pomoc dla medycznych placówek misyjnych. Zgromadzenie, jak przed stu laty, przyjęło rolę pośrednika między misjami a ich indywidualnymi dobroczyńcami. W każdym numerze zamieszczane są prośby misjonarzy polskich i zagranicznych o pieniądze na konkretne cele, w tym bardzo często na opiekę medyczną nad rdzenną ludnością Afryki. Czytelnicy przekazując datki nie zaznaczają na jaki cel, lecz na jaki numer czasopisma je ofiarowują. Przekazane pieniądze są sprawiedliwie rozdzielane między wszystkich, których prośby opublikowano w danym numerze.²⁰⁸

Zdolność czasopism misyjnych do oddziaływania na ludzką wrażliwość nadal była duża, czego dowodzi list czytelnika podpisanego jako „Emeryt”: *Czytając „Echo z Afryki” przeraziła mnie choroba trądu. Postanowiłem więc ze swoich oszczędności pomagać trędowatym. Dołączam do oszczędności pieniądze uzyskane ze sprzedaży butelek.*²⁰⁹

Poszczególne zgromadzenia misyjne organizowały na własną rękę pomoc materialną dla prowadzonych w Afryce szpitali i ośrodków zdrowia. Np. w 1981 r. powstał Salezjański Ośrodek Misyjny, wspomagający właśnie rozpoczętą działalność misyjną polskich salezjanów w Zambii, w tym m.in. udział polskiej prowincji w „Projekcie Afryka”. Przykładem takich działań była przeprowadzona w 2000 r. zbiórka pieniędzy na przeprowadzenie w Polsce operacji okulistycznej zambijskiego chłopca.²¹⁰ Od lat werbiści uczestniczą w międzynarodowej akcji „Okulary dla Ghany” polegającej na zbieraniu niepotrzebnych okularów i wysyłce na misje w tym kraju.²¹¹

Zbiórkę pieniędzy dla medycznych misjonarzy z Polski prowadziły redakcje wszystkich czasopism misyjnych. Np. czytelnicy „Misjonarza” złożyli się na ambulans dla założonego przez o. Andrzeja Fecko misyjnego ośrodka zdrowia w Kifangondo w Angoli.²¹² Inny przykład, to licząca 20 tysięcy mieszkańców parafia Bassar w diecezji

²⁰⁸ Marek Grzech, SVD, *Siostry Klawerianki w służbie misjom*. „Misjonarz” 1991 nr 7-8 s. 7.

²⁰⁹ *Czytelnicy piszą*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1993 s. 14.

²¹⁰ *Salezjański Wolontariat Misyjny*. „Nurt SVD” 2001 s. 175-176.

²¹¹ *Okulary nadal potrzebne*. „Misjonarz” 2004 nr 2 s. 14.

²¹² *Czekają na naszą pomoc*. „Misjonarz” 1998 nr 4 s. 19.

Sokodé w Togo, w której polscy werbiści zorganizowali przy pomocy czytelników „Misjonarza” przyparafialny ośrodek zdrowia.²¹³

Mimo ograniczeń narzucanych przez władze PRL, polskie społeczeństwo, zwłaszcza nieliczne zgromadzenia misyjne, którym zezwolono na działalność podejmowały działania na rzecz pozyskiwania środków finansowych dla misjonarzy pracujących w Afryce, jednak dopiero po zapoczątkowanej w 1990 r. transformacji Polski poczynanie takie zyskały większy rozmach, a w ich obrębie zaczęto wyróżniać cele medyczne.

Era globalizacji

Od połowy lat dziewięćdziesiątych pomoc finansowa krajów rozwiniętych dla misyjnej opieki zdrowotnej w krajach afrykańskich, zwłaszcza na południe od Sahary, zmniejszała się i chociaż niektóre szpitale misyjne posiadały grunty uprawne, z których dochody zasilaty ich budżet (np. w Zambii), to coraz częściej ich działalność bazowała na pomysłowości personelu medycznego²¹⁴ i na pieniądzach pochodzących z Polski.

Były to datki zbierane w kościołach na tacę oraz kwoty gromadzone i przekazywane przez tzw. rodziny misyjne – grupy dobrowolnie zrzeszających się – zwykle przy wspólnotach parafialnych – osób wspierających konkretne misje. Np. przebywające od 1993 r. na misji w Bertua-Mokolo IV siostry zakonne, pielęgniarka Dominika Kijowska i farmaceutka Elekta Zwolińska, zakupiły dzięki pomocy materialnej z Polski niezbędny w pracy terenowej samochód oraz środki farmaceutyczne dla biednych korzystających z ich usługi leczniczej.²¹⁵

W 2000 r. Komisja Misyjna Episkopatu Polski utworzyła Krajowy Fundusz Misyjny, bazujący na dotychczasowych zbiórkach organizowanych w parafiach, a mający na celu wspieranie polskich misjonarzy, w tym podejmowanych przez nich projektów medycznych i dzieł charytatywnych (zob.: Tabele 5 i 6). Projekty te obejmowały budowę i utrzymanie przychodni i aptek misyjnych, prowadzonych przez siostry zakonne lub księży, budowę i utrzymanie szpitali prowadzonych przez polskich misjonarzy, pomoc dla domów opieki i różnych ośrodków świadczących pomoc medyczną. Np. w latach 2003 i 2004 na 22 projekty medyczne wypłacono w sumie 106.800 USD (416.512 złotych), w tym 6.000 USD (23.400 złotych) na szkolenie na temat zapobiegania zarażeniom HIV. Komisja Misyjna regularnie wspierała i nadal wspiera dwa szpitale prowadzone przez polskie siostry w Zambii, a w 2004 r. przekazała 50.000 USD na budowę w Lusace nowoczesnego szpitala Konferencji Episkopatu Zambii.²¹⁶

²¹³ *Akcja Togo!* „Misjonarz” 1990 nr 3-4 s. 13.

²¹⁴ Zbiory Fundacji, list ks. Andrzeja Cieszkowskiego z St. Peter and Paul Kaparu Mission w Zambii z 10 lipca 1999 r.

²¹⁵ *Głosy wdzięczności*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1993 s. 8.

²¹⁶ Oświadczenie pisemne ks. Czesława Noworolnika, Sekretarza Komisji Episkopatu ds. Misji i delegata ds. misjonarzy z 15 września 2004 r.

Tabela 5: Zestawienie dotacji medycznych przyznawanych polskim misjonarzom w Afryce przez Komisję ds. Misji Episkopatu Polski w okresie od kwietnia do października 2002 r.

Misjonarz, zgromadzenie i kraj działalności misyjnej	Przedmiot składanej prośby	Kwota przyznana
Siostra Mirosława Góra, służebniczka starowiejska, ZAMBIA	Na utrzymanie szpitala w Katondwe	27.000 USD
Siostra Damiana Żoczek, salwatorianka, KONGO	Budowa kliniki z salą operacyjną	10.000 USD
Siostra Izabela Strok, pallotynka, KAMERUN	Na wyposażenie nowej przychodni medycznej w Doumé	5.000 USD
Siostra Danuta Woźnikowska, franciszkanka misjonarka Maryi, MADAGASKAR	Pomoc w budowie przychodni	4.000 USD
Siostra Maria Byś, michalitka, KAMERUN	Zakup leków dla ośrodka zdrowia	2.000 USD
Siostra Ewa Drozdowska, katarzynka, KAMERUN	Na zakup leków do nowej przychodni	2.000 USD
Siostra Ewa Kubaczyk, Misjonarka Św. Rodziny, KENIA	Na leki do przychodni	2.000 USD
Siostra Urszula Żarów, pallotynka, RWANDA	Zakup leków dla ośrodka dożywiania	2.000 USD
Ks. Jacek Fryś, FD, ZAMBIA	Zakup lekarstw do ośrodka charytatywno-medycznego	2.000 USD
Siostra Damiana Jasińska, Misjonarka Św. Rodziny, ZAMBIA	Na leki dla ludzi bezdomnych z domu starców i sierot	2.000 USD
Ks. Leszek Kłos, FD, ZAMBIA	Zakup lekarstw dla przychodni państwowych	2.000 USD
Ks. Marcei Prawica, FD, ZAMBIA	Zakup lekarstw, opłacenie pobytu w szpitalu dla chorych z 6 misji	2.000 USD
Ks. Marek Czarnecki, FD, ZAMBIA	Zakup przyrządów medycznych i lekarstw do kliniki parafialnej	1.000 USD
Ks. Jan Krzysztoń, FD, ZAMBIA	Zakup lekarstw dla szpitala misyjnego w Mpunde	500 USD

Źródło: Zbiory Komisji ds. Misji Episkopatu Polski, Sprawozdanie z dotacji medycznych przyznanych na 2003 r.

Najczęściej misjonarze zgłaszali Komisji ds. Misji potrzebę zakupu podstawowych lekarstw lub sfinansowania wyżywienia osób niepełnosprawnych, na co zwykle przekazywano 1.000-2.000 USD. Niekiedy proszono o zakup

leków dla przychodni rządowej, w której pracowali polscy misjonarze. Zdarzało się, że o finansowanie projektów medycznych prosili misjonarze innej narodowości.²¹⁷

Pieniądze przekazywane przez Komisję ds. Misji Episkopatu Polski umożliwiały podejmowanie konkretnych działań prowadzących do poprawy jakości świadczeń medycznych. Np. w 2002 r. w ramach projektu „Dzieci Afryki” (zob.: Tabela 5) siostra służebniczka i zarazem lekarz chirurg Mirosława Góra podjęła w Katondwe działania na rzecz ograniczenia zachorowań dzieci na malarię, ponieważ dwa lata wcześniej hospitalizowała 980 dzieci z malarią, z których 60 zmarło z powodu powikłań, a w przyszpitalnej przychodni leczyła ponad 4.000 dzieci, które przechodziły malarię nawet kilka razy w roku. Siostra Góra przeznaczyła pieniądze z Polski na zakup moskitier dla szpitala, mleka w proszku dla chorych dzieci i leków antymalarycznych.²¹⁸

Tabela 6: Zestawienie dotacji przyznawanych przez Komisję ds. Misji Episkopatu Polski na działalność leczniczo-opiekuńczą realizowaną w ramach projektu „Dzieci Afryki” w 2003 r.

Misjonarz, zgromadzenie i kraj działalności misyjnej	Przedmiot składanej prośby	Kwota przyznana
S. Teresa Gnatowska, pallotynka, RWANDA	Na budowę domu dla sierot	3.000 USD
S. Maria Olechnowicz, katarzynka, TOGO	Na dożywianie dzieci	2.500 USD
S. Barbara Perkowska, Siostry od Aniołów, RWANDA	Na zakup żywności dla centrum dożywiania w Nyakinama	2.500 USD
S. Danuta Buńko, werbistka, ANGOLA	Na zakup leków	2.000 USD
S. Jadwiga Pietrucha, werbistka, ANGOLA	Na zakup leków przeciwgruźliczych	2.000 USD
S. Barbara Sojka, werbistka, ANGOLA	Na zakup leków przeciwgruźliczych	2.000 USD
S. Karina Markowicz, kanoniczka Ducha Św., BURUNDI	Na dożywianie dla dzieci	1.500 USD
S. Talita Rząca, kanoniczka Ducha Św., BURUNDI	Na dożywianie sierot	2.000 USD
S. Janina Jenda, franciszkanka misjonarka Maryi, ETIOPIA	Na leki dla dzieci chorych na gruźlicę	2.000 USD
Ks. Piotr Czorny, oblat, KAMERUN	Na pomoc dla dzieci niepełnosprawnych	2.000 USD

²¹⁷ Zbiory Komisji Misyjnej. Sprawozdanie z otrzymanej pomocy finansowej dla misji Kazimwa za 2002 r.

²¹⁸ *Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumentacja projekty „Dzieci Afryki” za 2002 r.*

S. Ismaela Kuchno, pasjonistka, KAMERUN	Na opłaty szkolne, leczenie i dożywianie dzieci	2.000 USD
Bożena Rogowska, misjonarka świecka, KAMERUN	Na zakup leków dla ośrodka dla dzieci niepełnosprawnych	2.000 USD
S. Danuta Rojek, józefitka, KAMERUN	Na leki dla dzieci poparzonych	2.000 USD
S. Maria Zimińska, misjonarka Św. Rodziny, KENIA	Na zakup żywności dla dzieci	2.000 USD
S. Ludwika Korona, franciszkanka misjonarka Maryi, LIBERIA	Na zakup leków dla dzieci	2.000 USD
Ks. Kazimierz Bukowiec, Zgromadzenie Księży Misjonarzy, MADAGASKAR	Na opłaty za szkoły, lekarstwa, dożywianie	2.000 USD
Ks. Józef Kletka, Zgromadzenie Misjonarzy, MADAGASKAR	Na budowę zbiornika na wodę dla szkoły katolickiej	2.000 USD
Ks. Marek Olczak, oblat, MADAGASKAR	Na dożywianie i pomoc materialną dla dzieci rybaków	2.000 USD
S. Władysława Piróg, franciszkanka Rodziny Maryi, MADAGASKAR	Na budowę kuchni i żywność dla dzieci z centrum dożywiania	2.000 USD
S. Consolata, Rwandyjka, RWANDA	Budowa jadalni w internacie	2.000 USD
S. Wiesława Klekotko, pallotynka, TANZANIA	Zakup leków dla dyspensera	2.000 USD
S. Anna Kulas, pallotynka, TANZANIA	Pomoc dla dzieci ulicy	2.000 USD
S. Maria Gaczoł, Sacre Coure, UGANDA	Pomoc na dokończenie budowy szkoły dla niewidomych	2.000 USD
Ks. Jan Marciniak, salezjanin, UGANDA	Na chesne i dożywianie sierot	2.000 USD
S. Zofia Łapińska, salezjanka, ZAMBIA	Dożywianie dzieci i lekarstwa dla nich	2.000 USD
Ks. Marcelli Prawica, FD, ZAMBIA	Na edukację i wyżywienie dzieci	2.000 USD
Br. Henryk Pryll, jezuita, ZAMBIA	Na pokrycie kosztów utrzymania i nauczania dzieci upośledzonych w Kabwe	2.000 USD
Ks. Romuald Szczodrowski, FD, ZAMBIA	Na budowę jadłodalni dla sierot	2.000 USD
S. Kamila Wolska, józefitka, KAMERUN	Na dożywianie noworodków w Yaounde	1.000 USD

Źródło: Zbiory Komisji ds. Misji Episkopatu Polski, Sprawozdanie z dotacji przyznanych na projekt „Dzieci Afryki” w 2002 r.

Szukając innego przykładu warto przypomnieć, że od 2000 r. pieniądze z Komisji ds. Misji Episkopatu Polski systematycznie wspomagały ośrodek THANDIZO DROP-in Centre w parafii Makeni w Zambii, w którym czterdzieścioro sześcioro dzieci w wieku od 5 do 8 lat osieroconych przez rodziców zmarłych z powodu AIDS otrzymywało codziennie dwa posiłki i uczyło się. Na terenie parafii Makeni zamieszkiwało około 50 tysięcy ludzi, wśród których znajdowało się 2 tysiące sierot z powodu AIDS. W omawianym roku koszty pro-

wadzenia ośrodka wynosiły 4.140 USD rocznie, a na tę sumę składały się pensje dla nauczycielki, kucharki i pomocnika, koszty dzierżawy budynku, przyborów szkolnych oraz wyżywienia dzieci. Dotacje Komisji ds. Misji Episkopatu Polski zostały przeznaczone na częściowe pokrycie kosztów wyżywienia.²¹⁹ Należy też podkreślić, że w 2004 r. Komisja ds. Misji dofinansowała kwotą 2.000 USD budowę domu-przychodni dla kobiet w ciąży wysokiego ryzyka w Maringue w Mozambiku.²²⁰

Przykładami konkretnych zakupów dokonywanych dzięki pieniądзом otrzymanym z Komisji ds. Misji Episkopatu Polski mogą być mikroskopy dla pięciu laboratoriów diagnostyki lekarskiej w Kamerunie, czy filmy oświatowe o zapobieganiu AIDS i potrzebie ochrony życia nienarodzonych dzieci, które pokazywała grupom młodzieży siostra Ludwika Korona w Tatale w Ghanie.²²¹

Spowodowana malarią śmierć jednego z polskich misjonarzy stała się jedną z przyczyn powołania w dniu 28 maja 1992 r. przy Klinice Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej w Poznaniu Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”, nawiązującej do tradycji zapoczątkowanych przez prof. Adama Wrzoska, kuratora Koła Misjologicznego przy Uniwersytecie Poznańskim. Od tego czasu Fundacja przygotowuje pielęgniarki, lekarzy i misjonarzy do świadczenia pomocy medycznej w krajach tropikalnych, organizuje pomoc medyczną i materialną dla placówek misyjnych (w tym ośrodka dla trędowatych w Puri w Indiach) oraz propaguje wiedzę o medycznej działalności misyjnej w krajach rozwijających się.

Do najbardziej spektakularnych działań Fundacji należy zaliczyć: pośrednictwo w pozyskaniu dotacji finansowej z mającej siedzibę w Genewie organizacji „Medicus Mundi Switzerland” dla szpitala w Katondwe oraz dla laboratorium działającego przy hospicjum dla chorych na AIDS w Chilonga w Zambii,²²² objęcie w 1996 r. patronatem hospicjum dla chorych na AIDS w Chilonga oraz szpitali misyjnych w Katondwe, Mpunde i Mpanshya w Zambii,²²³ przekazanie w 1998 r. szpitalowi w Katondwe sumy 3.800 USD,²²⁴ od 1999 r. współfinansowanie budowy i partycypacja w utrzymywaniu dyspensera w Kiabakari w Tanzanii, w 2001 r. wspomaganie

²¹⁹ Tamże, List ks. Krzysztofa Mroza z 17 lutego 2003 r. z parafii Makeni w Zambii.

²²⁰ Zbiory Zgromadzenia Misyjnego Służebnic Ducha Świętego w Raciborzu, ul. Starowiejska 162 (dalej: Zbiory Służebniczek Ducha Świętego), List s. Rozalii Paliczki SSpS z 13 lutego 2004 r. z Maringue w Mozambiku.

²²¹ Zbiory Fundacji, List Ewy Gawin, koordynatora ds. zdrowia diecezji Bertoua w Kamerunie z 29 sierpnia 2000 r.

²²² Zbigniew Pawłowski, *Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” 1992–1998*. „Nurt SVD” 2001 nr 3–4 s. 121–126.

²²³ *10 lat Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”*. „Fakty AM” 2002 nr 5 s. 12. – Od 1997 r. Fundacja jest członkiem Medicus Mundi International.

²²⁴ Zbiory Fundacji, List lek. med. Norberta Rehlisa, prezesa Fundacji, do s. Mirosławy Góry w Zambii z 5 lutego 1998 r.



Ryc. 9. Wolontariuszki Fundacji „Redemptoris Missio” przekazują dary siostron misjonarek ze szpitala w Katondwe w Zambii (2005 r.)

starań Komisji ds. Misji Episkopatu Polski o objęcie opieką lekarską misjonarzy przebywających w Polsce. Opiekę kliniczną nad misjonarzami zapewnił Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni oraz Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych AM w Poznaniu.²²⁵

W ostatnich latach przedsięwzięciem Fundacji budzącym największy rozgłos było zorganizowanie w 2002 r. krótkoterminowej wyprawy chirurgów do Republiki Afryki Środkowej. Z inicjatywą taką wystąpił uczestnik kursu organizowanego przez Fundację, ojciec Kordian Merta, franciszkanin z misji w Rafai w Republice Afryki Środkowej. Fundacja poparła te starania i zorganizowała wyprawę lekarzy z III Kliniki Chirurgii poznańskiej Akademii Medycznej. W kierowanej przez prof. Michała Drewsa wyprawie uczestniczyli lekarze: Tomasz Banasiewicz, Michał Głyda, Wiktor Meissner, Mikołaj Musiał, Przemysław Pyda, Szymon Smoliński i Tomasz Wierzbicki. Podczas trwającej od 16 marca do 14 kwietnia 2002 r. wyprawy udzielono konsultacji i zastosowano leczenie zachowawcze u 486 chorych. Ponadto operowano 49 osób (głównie z powodu wola endemicznego) i wykonano 765 badań laboratoryjnych.²²⁶

Misjonarze kierowali do Fundacji listy z prośbami nie tyle o leki, co o pieniądze na ich kupno w Afryce, gdzie zgodnie z ustaleniami WHO i Światowej Organizacji Handlu miały niższe ceny niż w Europie. Wszelkie dary Fundacji były przyjmowane z radością i wysoko cenione. Gdy zdarzyło się, że Fundacja przesłała leki właśnie wycofane z użycia, misjonarze przekazywali je do innego kraju. Np. w 2000 r. pracująca w Kenii siostra Ewa Norberta Kubaczyk z tych powodów przekazała misjonarzom z Sudanu paczkę z chlorochiną.²²⁷ W ostatnich latach Fundacja coraz częściej kupowała leki za pośrednictwem niemieckiej organizacji „Action Medeor”, co znacznie uprościło procedury i zapewniło dostawy leków o odpowiedniej jakości bezpośrednio do placówek misyjnych.²²⁸

Z doświadczeń misjonarzy wynikało, że wysyłanie paczek z lekami i materiałami opatrunkowymi do misyjnych placówek medycznych nie zawsze odbywało się w prawidłowy sposób.²²⁹ Wielokrotnie władze administracyjne państw afrykańskich utrudniały przyjmowanie darów, wprowadzano wysokie cła, przetrzymywano

²²⁵ 10 lat Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”. „Fakty AM. Miesięcznik AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” 2002 nr 6-8 s. 16-17. – W maju 2005 r. Fundacja uzyskała status organizacji pożytku publicznego, co zgodnie z ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych pozwoliło na przekazywanie jej kwoty 1% obowiązującego podatku dochodowego. Fundacja podejmuje wiele innych działań humanitarnych, nie opisanych w pracy, bo dotyczących innych kontynentów, m.in. wspiera ośrodek dla trędowatych w Puri w Indiach.

²²⁶ Tomasz Banasiewicz, *Bangassu 2002*. „Fakty AM. Miesięcznik AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” 2002 nr 6-8 s. 12-13.

²²⁷ Zbiory Fundacji, List s. Ewy-Norberty Kubaczyk z 17 września 2000 r. z Kanyahine Catholic Mission w Kenii.

²²⁸ Tamże, list s. Ewy-Norberty Kubaczyk z 5 marca 2001 r. z Divine Mercy Kithaty Dispensary w Kenii.

²²⁹ Tamże, *Ankieta szpitala misyjnego w Mpanshya w Zambii*.

przesyłki na granicy lub poddawano uciążliwym kontrolom, aby zmusić do zakupu leków produkowanych w Azji i krajach Afryki Wschodniej.²³⁰ W 1998 r. tak postąpiły władze Kamerunu, które obłożyły wysokim cłem leki zakupione po niskich cenach w Holandii i przewożone statkiem, aby zmusić do zakupu farmaceutyków po zawyżonych cenach z magazynów rządowych. Uzyskane w ten sposób dochody władze państw afrykańskich przekazywały na finansowanie rządowego sektora zdrowia. Niekiedy leki z darów podczas transportu rozkradano.²³¹

Środki finansowe przekazywane prowadzonym przez Polaków misyjnym placówkom opieki zdrowotnej w Afryce były i są nadal niewystarczające. Np. w Kisanгани polscy sercanie objęli opieką około pięćdziesięcioro dzieci, jednak są w stanie zapewnić im tylko trzy posiłki tygodniowo. Jedyne w tym mieście, prowadzone również przez sercanów, hospicjum dla niepełnosprawnych starców odrzuconych przez rodziny może ofiarować podopiecznym jeszcze mniej, bo tylko dwa posiłki na tydzień. Resztę pożywienia podopieczni hospicjum muszą wyżebrać na ulicach miasta.²³²

Polscy misjonarze nadal poszukują pieniędzy dla pokrycia kosztów swej działalności leczniczej, opiekuńczej i prewencyjnej w Afryce. W katolickich placówkach leczniczych i opiekuńczych na tym kontynencie brakuje nie tylko leków, ale i odżywek, mleka w proszku i mączki sojowej dla osieroconych dzieci.²³³ W tym zakresie trzeba podkreślić zasługi przede wszystkim „Caritas Polska”, a także gdańskiego ośrodka Ruchu Solidarności z Ubogimi Trzeciego Świata MAITRI, który od 2001 r. m.in. pokrywa koszty opieki sprawowanej przez polską zakonnicę nad dwudziestu żyjącymi w skrajnej nędzy sierotami w Gatara w Burundi.²³⁴

Po transformacji polityczno-gospodarczej Polski, pomoc dla misji afrykańskich bywała pozyskiwana w pomysłowy sposób także przez pojedyncze i działające z potrzeby serca osoby. Np. w 2005 r. para młodych prawników z Poznania w zaproszeniach ślubnych poprosiła gości, by zamiast kwiatów podarowali im przybory szkolne, które następnie zostały przyniesione do siedziby Fundacji „Redemptoris Misio” i wysłane do polskich misji w Ugandzie, bo *edukacja jest jedyną receptą Afryki na poprawę sytuacji gospodarczej, społecznej i zdrowotnej*.²³⁵

Lista trudnych wyzwań, którym na ogół udaje się sprostać dzięki pomocy anonimowych darczyńców jest długa. Np. w prowadzonej przez pielęgniarkę, siostrę

²³⁰ Tamże, *Kwestionariusz szpitala w Katondwe w Zambii*.

²³¹ Tamże, List s. Małgorzaty Grabowskiej z 22 lutego 1998 r. z Garoua-Boulai w Kamerunie.

²³² Broszura informacyjna Sekretariatu Misji Zagranicznych Zgromadzenia Księża Sercanów z 2004 r.

²³³ Zbiory Komisji Misyjnej, Kwestionariusz prośby ks. Marcelgo Prawicy o dotację na pomoc medyczną w Chingombe w Zambii z 8 sierpnia 2002 r.

²³⁴ *My a Trzeci Świat*. Czasopismo MAITRI on line, 2002 nr 4 (58).

²³⁵ Gabriela Majkut, *W ugandyjskim słońcu*. „Raport” 2005 nr 4 s. 1-2.

Zofię Sochę, przychodni w egipskiej miejscowości Sedfa biedni otrzymywali bezpłatnie lub kupowali za znikomą cenę leki w kasie misji, co było możliwe dzięki środkom finansowym otrzymywanym od dobroczyńców z różnych krajów, w tym z Polski.²³⁶

W sumie, polskie misje w Afryce, a zwłaszcza prowadzone przez nie szpitale, ośrodki zdrowia, przychodnie, hospicja etc. zawsze znajdowały oparcie w polskim społeczeństwie nawet wtedy, gdy Polacy sami doświadczali niedostatku. W pozyskiwaniu pomocy materialnej dla misyjnych placówek opieki zdrowotnej istotną rolę odegrały czasopisma misyjne, a w ostatniej dekadzie Komisja ds. Misji Episkopatu Polski oraz świeckie organizacje pomocy humanitarnej. Największym misyjnym przedsięwzięciem medycznym finansowanym w ostatnich latach przez Polaków była działalność szpitali w Katondwe i w Mpanshya w Zambii.

3. Warunki działalności medycznej

Konfrontacja z innością

Przybyszów z Europy Afryka zaskakiwała kontrastami. Piękno przyrody towarzyszyło ogromowi ludzkich dramatów, zmuszających do stawiania – nie znajdujących odpowiedzi – pytań o sens cierpienia. Obok siebie żyli ludzie cierpiący głód z powodu nadmiernych opadów i ludzie dotknięci kłęską nieurodzaju z powodu katastrofalnej suszy. Podobnie jak kapryśny klimat, misjonarzom trudno było zrozumieć mentalność Afrykańczyków, zdumiewających swoją odpornością na wpływy cywilizacji technicznej i nieufnością wobec zdobyczy medycyny naukowej. W Afryce wyniki leczenia często zależały od tego, czy pacjent uznaje chorobę za wynik czarów lub uroku, czy też daje się przekonać, że rzeczywiście ma ona przyczyny racjonalne. Czasami lekarze i pielęgniarki pracujący na misjach musieli przekonywać pacjentów, że potrafią „odczytać urok”, co warunkowało wiarę Afrykańczyków w skuteczność zastosowanej terapii.²³⁷

Pracująca w 1997 r. w Angoli pielęgniarka – służebniczka, Róża Gąsior odkrywała siłę pierwotnych wierzeń tubylców. *Najtrudniej jest mi zrozumieć tejsze wierzenia fetyszystyczne (trafiają się nawet nasi katolicy fetyszyści). Kilka dni temu zmarło mi dziecko w wieku 13 lat w naszym szpitalu. Dziś dotarła do mnie wiadomość, że chcą zabić matkę tego dziecka i ciocię z rodziny, bo uznano je za sprawczynię jego śmierci. Kilka tygodni temu, gdy wracałam z wioski, zatrzymał nas jeden z naszych katechistów*

²³⁶ Zofia Socha, *Wśród egipskich Koptów*. „Misjonarz” 1996 nr 1 s. 5-6.

²³⁷ Ambroży Andrzejak, Jarosław Różański, *Medycyna i ewangelizacja. Rozmowy z Wandą Błęńską*. Poznań 1996 s. 32.

prosząc o pomoc. *W jednej wiosce nasz katolik, stary człowiek, był chory, a po pewnym czasie mu się polepszyło. W międzyczasie nagle w nocy zmarło czyjeś dziecko. Wspólnota tej wioski oskarżyła owego starca, że był sprawcą tego dziecka, bo on, stary, wyzdrowiał, a dziecko zmarło. Niestety, zanim zdążyliśmy interweniować, zabili tego starego człowieka wraz z jego żoną.*²³⁸

Podobnie przebywająca wśród zairskiego plemienia Bangombe pielęgniarka – siostra ze Zgromadzenia Franciszkanek Misjonek Maryi, Małgorzata Sielużycka, z goryczą stwierdzała, że irracjonalnych obyczajów tubylców żyjących w głębokiej dżungli nie daje się zmienić. *Nie ma choroby czy śmierci, która by zdarzyła się w rodzinie, ot, tak sobie, bez żadnej przyczyny. Ktoś musiał ją zesać. To nic, że ma się, założmy, ukończone studia wyższe lub szkołę średnią i wie się, że teoretycznie malaria jest wywoływana przez plazmodium, a AIDS przez pewien wirus, ale pojawia się pytanie: kto to sprawił, że akurat moje dziecko umarło na malarię, gdy tyle innych wraca do zdrowia i kto jest przyczyną, że mój mąż miał nieszczęście zarazić się wirusem AIDS, gdy tylu innych, również niewiernych, nim się nie zaraziło? Dawaniem odpowiedzi na te pytania zajmują się nganga nikisi (czarownicy) i biada temu, na kogo wskażą. Będzie uważany w wiosce za zjadacza dusz i krwio piję w dosłownym tego słowa znaczeniu. Bardzo często ofiarami takich oskarżeń padają ludzie starzy, wtedy spokojnie można ich wyrzucić z domu lub przepędzić z wioski, choćby to był własny ojciec czy matka. Ma się w ten sposób jedną gębę mniej do wyżywienia przy najzupelniej spokojnym sumieniu. Oskarżane są też kobiety bezdzietne oraz ludzie samotni i słabi, bo nie ma kto się za nimi wstawić. W krańcowych przypadkach mogą zostać zatłuczeni na śmierć kijami lub poddani próbie trucizny. O ile byli winni, to umrą po wypiciu naparu, jeżeli nie, to trucizna im nie zaszkodzi. A trucizna jest najprawdziwsza, przygotowana przez czarownika i na ogół bardzo skuteczna, niestety.*²³⁹

Typowe afrykańskie realia i przesady utrudniające posługę leczniczą misjonarzy w Togo opisała pielęgniarka – służebniczka Rozalia Paliczka: *Pewnego dnia, a była to niedziela, wracałam z katechezy z jednym z naszych katechistów. Po drodze zatrzymano nas mówiąc, że jest u nich kobieta ukąszona przez węża, którą znaleziono w buszu przed trzema dniami. Jej stan jest bardzo ciężki. (...) Gdy zobaczyłam chorą myślałam, że dostanę szoku, młoda kobieta 23–25 lat, brudna jak nieboskie stworzenie, bo nikt nie chciał jej tknąć, tak jakby była trędowna. Łachman, który okrywał część jej ciała, był strasznie brudny. Kobieta ledwo siedziała na zydelku podtrzymując kawatek waty pod nosem, który ciągle krwarwił (jad żmiji niszczy mechanizm krzepnięcia krwi i człowiek umiera z wykrwawienia). Wzięto kobietę pod pachy, by zawieźć ją do szpitala. Zanim jednak wsadzono ją na samochód, dostała konwulsji i straciła przytomność. Kazałam więc położyć ją na ziemi, myśląc, że kona. Po chwili jednak ocknęła się, więc włożyliśmy ją do samochodu. Poniósł mnie gniew na jej rodzinę.*

²³⁸ Róża Gąsior, *Ofiary przesądów*. „Misjonarz” 1997 nr 11-12 s. 37.

²³⁹ Małgorzata Sielużycka, *W sercu dżungli*. „Misjonarz” 1993 nr 3 s. 9.

Zarzuciłam im, dlaczego jej nie umyło i nie wyprano jej ubrania. Prosiłam o miskę i kilka garnczków do szpitala, jest to tutaj niezbędne. Nikt nie chciał dać czegokolwiek. Zapytałam więc o jej męża; odpowiedziano mi, że jeśli żona jest chora, to mąż nie ma prawa jej tknąć. Oniemiałam. Na pożegnanie powiedziałam tylko, że pewnego pięknego dnia każdy z nich pozna cenę cierpienia i samotności i pojechałam.

Przyjechawszy z chorą i dwiema kobietami, które okazały się być jej matką i siostrą, do szpitala, dałam im pieniądze na szczepionkę przeciw ukąszeniom węża. Szczepionka ta jest bardzo droga i gdyby pielęgniarka nie widziała, iż dałam im pieniądze, kobiety te na pewno nie wydałyby na nią pieniędzy. Nazajutrz pojechałam odwiedzić „moją chorą”. Biedna w gorączce nie miała nawet garnuszka, aby się napić wody. Pojechałam więc na targ i kupiłam coś, z czego mogłaby pić. Wskutek wielkiego upływu krwi kobieta potrzebowała transfuzji. Na nowo walka z rodziną, nikt nie chciał dać bojąc się, że jeśli odda krew, na pewno umrze. Ofiarowałam się zapłacić za transfuzję, jeśli tylko ktoś się zgodzi. W końcu mąż swej kobiety zgodził się; ale nieszczęśliwie nie zgadzała się grupa krwi. Została ostatnia szansa – poszli szukać dawcy krwi wśród szoferów taksówek. Znaleźli jednego, który niestety kazał sobie drogo zapłacić; trochę zbiłam cenę, ale niedużo. Krew przetoczono rano, a następnego dnia chora zmarła. Ratunek przyszedł za późno. (...) Chcę pokazać, jak ludzie czekają do ostatniej chwili, gdy dla chorego już prawie nie ma szans. Boją się stracić pieniądze i szukają ratunku, gdy jest już za późno. Na pogrzeb jednak znajdują pieniądze, nawet jeśli mają się zapożyczyć.²⁴⁰

Zdaniem misjonarzy, dla niektórych Afrykańczyków katolicyzm stał się życiową szansą i sposobem na podniesienie statusu społecznego.²⁴¹ Konfrontacja z taki postawami wywoływała u misjonarzy obawę, że tubylcy nigdy nie odstąpią od wierzeń, przesądów i niszczących ich zdrowie, a niekiedy również zagrażających życiu, barbarzyńskich zwyczajów, a więc za żadne pieniądze świata nie da się zapewnić im opieki zdrowotnej i przedłużyć im życia.²⁴²

Praca w misyjnych placówkach medycznych wymagała dobrej znajomości języków obcych i lokalnych, poznawanych dopiero na miejscu, narzeczy, a także zmuszała do adaptacji do życia w wielonarodowych wspólnotach prowadzących szpitale i przychodnie misyjne. Życie w osamotnieniu spowodowanym oddaleniem od ojczyzny i wśród osób mówiących innymi językami było trudne.

Na inne aspekty życia w międzynarodowych wspólnotach żyjących wśród walczących ze sobą plemion zwróciła uwagę w 1999 r. Anna Trzepacz: *Obecnie jesteśmy tutaj we trójkę. Tak mała wspólnota i tak niezróżnicowana pod względem wiekowym (jesteśmy rówieśnicami) jest dla mnie nowym doświadczeniem. Pozostałe dwie siostry to Argentynka i Indonezyjka. Dla tutejszych ludzi, których często dzielą konflikty plemienne, taka wspólnota jest z pewnością wyzwaniem. W sumie w Etiopii*

²⁴⁰ Rozalia Paliczka, *Spóźniona pomoc*. „Misjonarz” 1994 nr 9 s. 30.

²⁴¹ Justyna Chudzio, *To jest to!* „Misjonarz” 2004 nr 3 s. 22-23.

²⁴² Zbiory Fundacji „Redemptoris Missio”, List s. Małgorzaty Grabowskiej z 22 lutego 1998 r. z Garoua-Boulai w Kamerunie



Ryc. 10. Obrzęd rytualny w Afryce

*jest nas dziewięć, ale za dwa tygodnie s. Judyta wyjeżdża, więc na pewno odczuujemy jej brak. (...) Zanim będę w stanie włączyć się w pełni w życie i pracę wspólnoty w Alem Tena, czeka mnie nauka języka. Do pracy wśród chorych potrzebne są dwa języki amharski i aromo. Pierwszego już zaczęłam się uczyć, modląc się każdego dnia o umiejętność przyswojenia sobie tych niezwykłych dźwięków, a na kurs aromo pojedę na kilka miesięcy do Addis Abeby.*²⁴³

Znajomość lokalnych narzeczy była niezbędną dla realizacji głównego celu misji, jakim było nawracanie, a także pomocna w porozumiewaniu się z pacjentami i innymi misjonarzami. W latach osiemdziesiątych Małgorzata Sielużycka, FMM, posługiwała się zairskim językiem *lingala* nie tylko w kontaktach z tubylcami, ale i we wspólnocie siostr złożonej z Francuzki, Angolijki, Kolumbijki, Hiszpanki, a przez pewien czas także Zairek i Peruwianki.²⁴⁴ Z kolei Bożena Borucka, SSpS, pracując w szpitaliku w Lome w Togo w rozmowie z siostrami pochodzącymi z Brazylii, Holandii, Indonezji i Indii wprawdzie posługiwała się językiem francuskim, ale z pacjentami musiała porozumiewać się w ich lokalnym narzeczu *ewe*.²⁴⁵ W Ugandzie natomiast misjonarze musieli nauczyć się języka *runyankore*, bo *ludzie cieszą się, gdy umiemy poprawnie odpowiedzieć na ich pozdrowienia, a jest ich nieskończona ilość, gdy choć trochę rozumiemy, czy też potrafimy coś powiedzieć*.²⁴⁶

Osoby przybyłe do Afryki po raz pierwszy zwracały uwagę na serdeczność tubylców i ich życzliwe nastawienie do obcych.²⁴⁷ Wszystkich zaskakiwały rozmiary spotykanej w Afryce nędzy: *Oddzielnym doświadczeniem są odwiedziny u rodzin, które przychodzą do naszego ośrodka dożywiania. To właśnie tam widzi się nędzę i tam ciśnie się pytanie – jak można egzystować w takich warunkach? W obecnym czasie praca misyjna odarta jest z elementów egzotyki i przygody. Często jest to spotkanie z nędzą ludzką, która przyjmuje różne formy: porzuconej żony, nieuleczalnie chorego ojca lub*

²⁴³ Anna Trzepacz, *Pierwsze kroki w Etiopii*. „Misjonarz” 1999 nr 10 s. 30.

²⁴⁴ Sielużycka, *W sercu dżungli...*, s. 9-10.

²⁴⁵ Zbiory Służebniczek Ducha Świętego, List s. Bożeny Boruckiej z marca 2004 r. z Lome w Togo.

²⁴⁶ Chyla, *Córki Bożej Miłości...*

²⁴⁷ Zbiory Służebniczek Ducha Świętego, List s. Bożeny Boruckiej z marca 2004 r. z Lome w Togo; *Dlaczego właśnie ja? O misjach w Tanzanii z siostrą Cecylią Bachalską rozmawia Wiesław Antosz*. Gorzów Wlkp. 1997 s. 8. – C. Bachalska opisała swoje codzienne spotkania z tubylcami. „Idąc do szpitala wiem, że muszę przeznaczyć sobie na drogę 5 lub 10 minut więcej, ponieważ spotkam po drodze ludzi i nigdy nie mogę przejść obok nich obojętnie. Jeżeli to będzie kobieta idąca rano po wodę, zapytam: jak ci się spało? Ona mi odpowie: spało mi się dobrze, a jak tobie się spało? Dobrze. Teraz powiedz mi, jak twój mąż, twoje dzieci, jak im się spało, czy spały dobrze? Ona mi odpowie, co się w nocy wydarzyło i odwzajemni mi się tym samym pytaniem: powiedz mi, jak współsiostrom się spało, czy wszystkie wstały zdrowe? Wtedy ja mogę znowu zadać pytanie: a jak twoim sąsiadom się spało, czy wszystko jest w porządku? Ona znowu mi odpowiada: u moich sąsiadów jest wszystko w porządku, natomiast powiedz mi, co słycać u twoich sąsiadów... Do tych pozdrowień dołączamy też pytania na temat zwierząt, np. krów, które są dla nich bardzo ważne”.

*matki rodziny, uwikłanego w krąg zemsty człowieka, czy tylko prozaicznie biednego, bez środków do życia. Często też dzieci są przeznaczone przez starsze rodzeństwo na śmierć z niedożywienia – po śmierci rodziców – choć pozornie wydaje się, że są zaakceptowane i mają prawo do życia, a jednak...*²⁴⁸

Misjonarzy przytłaczało uczucie przerażenia i bezsilności wobec cierpień spowodowanych skrajną nędzą i wynikającym z niej głodem oraz wobec bardzo częstych zgonów pacjentów (w literaturze naukowej używa się w odniesieniu do Afryki subsaharyjskiej określenia „epidemia śmierci”).²⁴⁹ W afrykańskich szpitalach bywały dni, i to liczne, podczas których na jednym oddziale umierało 10–15 osób, a personel był pozbawiony jakichkolwiek leków pozwalających na udzielenie im pomocy i mógł tylko modlić się.²⁵⁰

Tak więc, mimo wcześniejszego przygotowania teoretycznego, jakie misjonarze uzyskiwali w Polsce, zaskakiwała ich odmienność afrykańskiej rzeczywistości, polegająca na: braku udogodnień technicznych, do których byli przyzwyczajeni, różnicach kulturowych, a głównie na niewyobrażalnych rozmiarach „epidemii głodu i śmierci” jakiej zmuszeni byli stawiać czoło.

Świadkowie wojen

W latach osiemdziesiątych udzielanie pomocy medycznej w misyjnych szpitalach i przychodniach stawało się coraz trudniejsze, bo coraz częściej łączyło się z narażeniem życia. Wojna międzyplemienna, która 7 kwietnia 1994 r. wybuchła w Rwandzie, zmusiła do opuszczenia szpitala misyjnego polskie siostry ze Zgromadzenia Służek NMP Niepokalanej. Wydarzenia te utrwaliła w swej dramatycznej relacji siostra Katarzyna Grzybowska: *We wcześniejszych zamieszkach domy zakonne służyły jako azyl – w obecnej wojnie nie respektowano ich absolutnie, czego przykładem niech będzie choćby zniszczenie kaplicy księży pallotynów w Kigali. Napastnicy wiedzieli, że ukrywa się w niej grupa ludzi z prześladowanej mniejszości plemiennej, rzucili granaty obracając w ruinę kaplicę, zabijając ludzi. Ukryliśmy naszych uchodźców w salach szpitalnych oraz w domu. Trudno nam było przygotować jakiś gorący posiłek dla takiej stale wzrastającej liczby ludzi. Na szczęście dostałyśmy niedawno z Caritasu trochę sucharów odżywczych dla dzieci z chorobą głodową. Teraz mogłyśmy skorzystać z tych zapasów, aby nakarmić głodnych. W sobotę był trzeci dzień wojny. Dowiedziałyśmy się, że bandyci planują w tę noc napad i rzeź w naszym domu i w ośrodku zdrowia. Wystraszone pojechałyśmy szukać pomocy u naszego naczelnika gminy. Nie zastałyśmy go w domu. Dyrektor pobliskiej fabryki herbaty dał nam na noc jednego uzbrojonego żołnierza do obrony i czuwania nad chorymi w szpitalu i uchodźcami. (...)*

²⁴⁸ Szumił, *Żywe dzieło ojca Honorata Koźmińskiego...*

²⁴⁹ Sarah Ramsey, *Leading the way in African home-based palliative care*. „The Lancet” 2003 s. 1812–1813.

²⁵⁰ *Dlaczego właśnie ja? O misjach w Tanzanii...*

Bandyci kilkakrotnie próbowali dostać się na teren szpitala. Prowadzili w ten sposób z nami wojnę psychologiczną. Ich częste wizyty wywoływały panikę wśród ukrywających się ludzi. Drzwi do szpitala, pomimo ich nalegania, nie otworzyliśmy. Odeszli rozdrażnieni, ale jeszcze tym razem nie zaatakowali. Czekala nas kolejna nieprzespana noc z rozlegającymi się co kilka minut gwizdkami. Nad ranem w poniedziałek, kiedy trochę przysnęłam, obudziły mnie przeraźliwe krzyki ludzi na drodze. Teraz nie miałam już wątpliwości, że rozpoczęła się rzeź rannych uchodźców w salach szpitalnych. Zdażyłam tylko pomyśleć: gdzie są ci żołnierze, którzy mieli chronić naszych chorych i uchodźców? Dlaczego nie interweniują? Okazało się potem, że to co słyszałam rano to były krzyki bitych, ranionych i zabijanych, którzy biegli jeszcze schronić się do naszego ośrodka zdrowia, ale już nie zdążyli.

Poszliśmy modlić się do kaplicy, ofiarowałyśmy Panu Bogu te cierpienia niewinnych oraz naszą bezsilność wobec ich cierpienia. Po modlitwach zauważyliśmy przez okno, że bandyci stają się coraz bardziej agresywni; przybliżali się do naszej bramy, niektórzy otaczali ogrodzenie, a jeden wskoczył na podwórko w celu wybadania terenu. Było jasne, że poszukiwali ukrywanych przez nas ludzi, a szczególnie kilku naszych pracowników. Tego wszystkiego było dla nas już za wiele. Podjęliśmy decyzję wyjazdu do Karamy, naszej drugiej placówki oddalonej o około 30 km, aby tam w porozumieniu z siostrą przełożoną zadecydować, co dalej robić. Wstąpiliśmy jeszcze do szpitala, aby rozdać leki chorym na kilka dni (na wszelki wypadek, gdybyśmy nie mogły wrócić). Ukrytym ludziom nic nie powiedziałyśmy o wyjeździe, aby nie wywołać jeszcze większej paniki. Zabrałyśmy z domu tylko paszporty i ubrania na zmianę.²⁵¹

Nie wszyscy medyczni misjonarze opuszczali swoje miejsca pracy z obawy o życie zagrożone podczas wojen domowych. Dla pielęgniarek – siostr zakonnych pracujących w ośrodku zdrowia w Ruhungeri w Rwandzie wojna domowa między plemionami Hutu i Tutsi przyniosła nowe zadania, bo trzeba było zajmować się rannymi, krańcowo wycieńczonymi i zgłodzonymi ludźmi.²⁵² Ta sama wojna wywarła wpływ na działalność medycznych misji w Zairze, gdzie tylko w jednej przygranicznej parafii Rutshuru zatrzymało się w 1994 r. około 700 tysięcy uchodźców.²⁵³ W latach 1996-1997, podczas rzezi dokonanej przez rebeliantów na uchodźcach z Rwandy przebywających w obozach na terenie Zairu, w małej, położonej na wysokości 1.780 m n.p.m. misji Karhala ukrywały się dwie polskie pielęgniarki-siostry zakonne ze Zgromadzenia Służek NMPN, które prowadziły miejscowy ośrodek zdrowia. Opiekowali się nimi tubylcy, w porę ostrzegając przed błakającymi się po okolicy bandytami i dostarczając żywność.²⁵⁴

Medyczni misjonarze z Polski wielokrotnie odgrywali trudne role świadków wojen, którym towarzyszy głód i inne nieszczęścia. W 2003 r. prowadzące szpital

²⁵¹ Katarzyna Grzybowska, *Siostry Służki z Rwandy*. „Misjonarz” 1994 nr 9 s. 5-6.

²⁵² Sujka, *Siostry od Aniołów...*

²⁵³ Andrzej Sujka, *Pallotyni*. „Misjonarz” 1999 nr 6 s. 8-9.

²⁵⁴ Stanisława Zawadzka, *Sam Bóg nas ochrania*. „Echo z Afryki” 1997 s. 187-188.

w Dubie w Kongo Franciszkanki Misjonarki Maryi relacjonowały: *Misja nasza już piąty rok jest położona w okręgu okupacyjnym około 40 km od linii, która dzieli Kongo. W wiosce i okolicy mamy około 5 tysięcy wojska. Do r. 2001 – ciągle walki, dużo rannych w szpitalu. Nasz jedyny samochód ciągle do usług wojskowych. Wioska i okolice przyjęły około 12 tysięcy uchodźców z północy. To wszystko wprowadziło dużo biedy dla ludności miejscowej. Rok 2002 był dla niej katastrofą. Pola manioku i kukurydzy zostały zdewastowane przez zagłodzone wojska tak, że prawie nic nie zostało dla ludzi cywilnych. Ludzie robią wszystko, by nie umierać z głodu, ale to nie jest łatwe. (...) W szpitalu mamy ciągle zagłodzone dzieci i dorosłych też nie brakuje. Roczne dzieci ważą średnio 3,5 kg, a matka trojga dzieci 23 kg. Na pewno jest w to trudno uwierzyć, ale jestem świadkiem.*²⁵⁵

Tak więc, konflikty zbrojne zagrażały życiu misyjnych pielęgniarek oraz prowadziły do dewastacji prowadzonych przez nie placówek opieki zdrowotnej. Wojny i zamieszki zbrojne trwały nawet kilkanaście lat i zwiększały rozmiary klęski głodu będącego główną przyczyną małej odporności Afrykańczyków na wiele chorób.

Stan i wyposażenie placówek medycznych

Wprawdzie medyczni misjonarze z Polski przyczynili się do podniesienia poziomu wykształcenia i modernizacji różnych dziedzin życia rdzennych mieszkańców Afryki, lecz leczyli i pielęgnowali chorych na najprostszym, dostosowanym do skromnych możliwości finansowych poziomie, podnoszonym głównie dzięki własnej inwencji. Konieczną pomysłowość obrazuje wynalazek lekarki świeckiej, Wandy Błęńskiej; był to termos wstawiony do drewnianej skrzyni o podwójnych ścianach wypełnionych bawełną i służący jako ciepłarka. W latach pięćdziesiątych XX w. był on używany w badaniach histologicznych niezbędnych dla prawidłowego diagnozowania trądu w ośrodku w Bulubie w Ugandzie. W termosie zatapiano w parafinie kawałki skóry chorych na trąd. Wynalazek wywarł tak duże wrażenie na wizytującym ośrodek angielskim lekarzu, że dopomógł W. Błęńskiej w zakupieniu wyposażenia laboratoryjnego z prawdziwego zdarzenia.²⁵⁶ Ponadto w Bulubie dr Błęńska sama wygotowywała i sterylizowała w autoklawach bawełnę, co zapewniało jej stały dostęp do jałowych opatrunków. Gdy pojechała do zamieszkałej przez około 10.000 trędowatych wioski Bamako w Mali, zauważyła ze zdziwieniem, że w tamtejszym szpitalu chirurdzy czekali tygodniami na sterylną watę i bandaże, nie potrafiąc samodzielnie uporać się z tym problemem.²⁵⁷

Warunki pracy medycznych misjonarzy były zawsze trudne. W 1979 r. pielęgniarka – szarytka, Halina Wróbel, pisała z Mbandake w Zairze: *Pracuję w klinice,*

²⁵⁵ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumentacja pomocy finansowej za 2001 r.

²⁵⁶ *Dokta.* „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1996 s. 42-43.

²⁵⁷ Andrzejak, Rózański, *Medycyna i ewangelizacja...*, s. 72.

*w której panuje wielkie ubóstwo, nie ma lekarstw i najpotrzebniejszych rzeczy. (...) Do kliniki przychodzą ludzie już prawie na wykończeniu. Są to szkielety ludzkie owrzodzone, brudne i cuchnące, które kładzie się na łóżkach obitych i brudnych do ostateczności. Na łóżkach jest materac z gąbki, jakiś strzep, coś w rodzaju koca lub prześcieradła, para skorup, które służą za naczynia.*²⁵⁸

O posługiwaniu się lampami naftowymi w pozbawionej wody i prądu elektrycznego klinice położniczej donosiła w marcu 1980 r. dyplomowana pielęgniarka i położna, służebniczka Aniela Teresa Hornik. Na szczęście pomagali jej tubylcy i codziennie kobiety przynosiły z bardzo daleka wodę na swoich głowach, co umożliwiało pranie. Gdy poród przebiegał w nocy, siostra przy świetle lamp naftowych szukała żyły, by podać kroplówkę. W klinice nie było lekarza, więc cała odpowiedzialność spadała na Polkę, która tylko w skomplikowanych przypadkach odwoziła pacjentki do szpitala odległego o półtora godziny jazdy samochodem. Miała do pomocy cztery położne i dziesięć innych dziewcząt do prania, sprzątania, gotowania itp.²⁵⁹

Kilkanaście lat później warunki materialne w szpitalach w Zairze były podobne: *Moje podwórko pracy to szpital, który stoi jeszcze jako tako. W środku nie ma nic – jedynie Opatrzność Boża kieruje tu wszystkim. Nie ma podstawowych leków, opatrunków, narzędzi, nie wspominając o materacach. Leczenie jest bardzo drogie, co powoduje, że ludzi jest coraz mniej w szpitalu. Jedynie oddział położniczy funkcjonuje dobrze. Nieraz ratuję dzieci tylko modlitwą, a Bóg czyni tutaj cuda.*²⁶⁰

W większości szpitali rządowych, w których rozpoczynali pracę polscy misjonarze nie przestrzegano zasad higieny. Jedna z pielęgniarek – siostra zakonnych relacjonowała z Angoli: *Pracowałam na chirurgii i pediatrii razem z trzema lekarzami wietnamskimi. Chciałabym jednak powiedzieć, że szpital ten tylko w niewielkim stopniu przypomina to, co się kojarzy z tym słowem tu, w Polsce. Może lepiej byłoby powiedzieć, że chodzi tu raczej o coś w rodzaju szpitala polowego, gdzie warunki są bardzo prymitywne, gdzie brak podstawowych leków i urządzeń. Pamiętam chwilę, kiedy znalazłam się w tym szpitalu po raz pierwszy. Byłam przerażona, przede wszystkim warunkami sanitarnymi, zwykłym brudem. Wzięłam jakąś puszkę, nalałam do niej wody i zabrałam się za szorowanie łóżek. Po każdym ataku partyzantów szpital był przepelniony. To, co się wówczas działo, przerasta ludzką wyobraźnię.*²⁶¹

Podobne spostrzeżenia poczyniła lekarka, Maria Ksyk, pracownica jednej z organizacji europejskich, która w 1988 r. uczestniczyła w zwalczaniu epidemii zapalenia opon mózgowych w Czadzie: *Przepelnienie na oddziale dziecięcym podczas trwania epidemii nie da się porównać z żadną sytuacją, jaką można sobie wyobrazić w Europie. Chore dzieci leżały wszędzie: na korytarzu, w wąskich przejściach między łóżkami i*

²⁵⁸ Długowska, Rajnowska, *Praca Sióstr Szarytek...*, s. 227.

²⁵⁹ Malinowska, *Wkład Sióstr Służebniczek...*

²⁶⁰ Rita Kurdziel, *Kochani moi rodacy. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1993 s. 36-37.*

²⁶¹ Jerzmański, *Rozmowa z siostrą Sylwestrą Pietrucką...*



Ryc. 11. W szpitalu misyjnym

pod specjalnie ustawionymi na zewnątrz budynku, namiotami. Równocześnie w ambulatorium codziennie gromadziły się tłumnie matki z chorymi dziećmi. (...) Dzięki wydajnej pomocy międzynarodowej i wprowadzeniu szczepień, epidemia została stopniowo zahamowana i już w czerwcu wygasła zupełnie. Wtedy okazało się, jak wielkiemu zniszczeniu uległ oddział dziecięcy. Stan higieniczno-techniczny oddziału był w opłakanym stanie: potworny brud, łóżka zniszczone, brak dokumentacji, zmęczona ekipa pielęgniarska. Obrazu dopełniała sterta gnijących śmieci tuż obok jedyne go kranu z bieżącą wodą i kompletny brak leków. (...) Trzeba było na nowo zreorganizować oddział i zachęcić zmęczone pielęgniarki do ofiarnej służby, gdyż w czasie nasilonego upału pozostawiały chorych w ogóle bez opieki. Zespół pracujący na naszym oddziale był bardzo zróżnicowany plemiennie i religijnie. Nigdy jednak, zwłaszcza na tle religijnym, nie dochodziło do żadnych starć. Wprost przeciwnie, wszyscy okazywali sobie wzajemny szacunek i zrozumienie. W tej atmosferze narastające niezadowolone pielęgniarek i brak zaangażowania w pracy stanowiły trudny do zrozumienia zgrzyt.²⁶²

W latach 1990. w szpitalu w misji N'zeto w Angoli niczego poza ścianami i pustą podłogą nie ma a pielęgniarka – siostra zakonna to jedyna możliwość opieki medycznej dla mieszkańców około czterdziestu okolicznych wiosek.²⁶³ W tej samej dekadzie siostra Martyna Sojka zetknęła się w szpitalu w Angoli ze skrajną nędzą i ludzkim cierpieniem. Już na kilka metrów przed wejściem [do szpitala] drażni nozdrza odpychający zapach. W „przychodni” jazgoczący tłum ludzi. Brak łóżek – ktoś leży na podłodze. Ogromna kolejka matek z płaczącymi dziećmi. Obok mnie przeciska się młody człowiek z głową owiniętą w jakąś całą przesączoną krwią, cuchnącą szmatę”.²⁶⁴

Do najcięższych należały warunki panujące w Ghanie, kraju odciętym od reszty kontynentu jeziorem Wolta, przez które można było przedostać się tylko łodzią lub nieregularnie kursującym promem, w którym – mimo próśb rdzennej ludności – władze państwowe ograniczały przyjazd misjonarzy.²⁶⁵ W 1991 r., po dwunastu latach pracy w Ghanie siostra Aniela Teresa Hornik zauważała: *Nasze szereg i tutaj maleją stopniowo, a wjazd nowych misjonek jest hamowany.*²⁶⁶

W tym kraju część placówek opieki zdrowotnej była pozbawiona prądu i nie miała dostępu do wody, co zmuszało do gromadzenia deszczówki jako wody pitnej i do mycia, a także do prania w okolicznych jeziorach. Taką sytuację, panującą w przychodni misyjnej w Kwahu Tafo w Ghanie, opisała w kwietniu 1981 r. pielęgniarka – siostra Chryzostoma Wyleżych: *Bóg ma nas wszystkich w Swojej Opiece. Doznajemy jej każdego dnia. Inaczej nie byłibyśmy zdolne do codziennej, bezpośredniej pracy z chorymi na tyfus, cholera i inne choroby. Codziennie mamy 200-300 ludzi,*

²⁶² Maria Ksyk, *Wspomnienie z Czadu*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1992 s. 87-91.

²⁶³ Rafał Sojka, *Historia i współczesność Mbaza Kongo*. „Misjonarz” 1997 nr 3 s. 19.

²⁶⁴ Martyna Sojka, *Znowu się bili...* „Misjonarz” 1990 nr 1 s. 30.

²⁶⁵ Waldemar Kus, *Codziennosc i tradycja*. „Misjonarz” 1986 nr 4 s. 23.

²⁶⁶ Aniela Teresa Hornik, *Wiosenne problemy*. „Misjonarz” 1991 nr 7-8 s. 29.

*których trzeba zbadać, dać lekarstwa, pocieszyć, podnieść na duchu. W bardzo ciężkich przypadkach odsyłamy chorych do szpitala, gdyż my nie mamy lekarza. Taki jest nasz codzienny szary dzień. Jak któryś z misjonarzy do nas zawita, wtedy mamy Mszę św. W tej chwili borykamy się na placówce z problemem wody. Musimy prac w jeziorze oddalonym o 20 km. Woda deszczowa starcza nam tylko do picia i mycia.*²⁶⁷

W latach dziewięćdziesiątych stan misyjnego ośrodka zdrowia w Garoua-Boulai w Kamerunie opisała prowadząca go lekarka – dominikanka, Małgorzata Grabowska: *My nie mamy nic – guma się bardzo szybko niszczy – wszystkie aparaty do mierzenia ciśnienia są dziurawe. Zupełnie nie mogę pojąć, czemu stetoskop się rozleciał. Od trzech lat szukam sterylizatora. Gdyby ktoś z Europy zobaczył nasze laboratorium i to, co się w nim robi, poczułby się jak w epoce kamienia łupanego z testami z Instytutu Pasteura. Trzy próbówki trzymane w rolce papieru toaletowego (tak, to chyba będzie późniejszy okres, bo nie wierzę, aby w epoce kamienia łupanego używali papieru toaletowego). Aby nie zanudzać poinformuję, że tego, co potrzebuję, nie zmieściłabym na statek.*²⁶⁸

Medyczni misjonarze z Polski podchodzili do zastanych problemów w sposób konstruktywny, co ilustruje przykład działań podjętych w ostatnich latach przez lekarkę – dominikankę M. Grabowską. W jej ocenie, w Garoua-Boulai zarówno zaopatrzenie w leki podstawowe, jak i możliwości wykonywania prostych badań w kierunku chorób pasożytniczych były dosyć dobre, ale dotkliwym problemem w praktyce lekarskiej stawało się wykonanie morfologii krwi, oznaczenie transaminaz, czy ocena wymazów cytologicznych. W całym Kamerunie znajdował się tylko jeden ośrodek badań patomorfologicznych, dlatego podjęła starania o to, by diagnostykę laboratoryjną przeprowadzać samodzielnie. Początkowo jadąc na wakacje do Polski zabierała ze sobą wymazy i w kraju przekazywała patomorfologom do oceny. W 1998 r. nawiązała współpracę ze szpitalem prowadzonym w Garoua-Boulai przez misjonarzy protestanckich. Odtąd przez rok lekarze z tego szpitala kierowali do niej każdy podejrzany przypadek, aby korzystając z atlasu cytologicznego jak najszybciej nabrała wprawy w wykonywaniu badań patomorfologicznych.²⁶⁹

Kolejne wakacyjne wyjazdy do Polski M. Grabowska przeznaczała na gromadzenie wyposażenia do planowanych specjalistycznych gabinetów lekarskich. W 2003 r. dzięki pomocy Stowarzyszenia Lekarzy Polskich „Lekarze Nadziei” z siedzibą w Krakowie udało jej się zebrać sprzęt ginekologiczny i stomatologiczny, następnie wysłany na koszt poznańskiej Fundacji „Redemptoris Missio” do Kamerunu.²⁷⁰

²⁶⁷ Malinowska, *Wkład Sióstr Służebniczek...*

²⁶⁸ Zbiory Fundacji, List s. Małgorzaty Grabowskiej z 20 lutego 1999 r. z Garoua-Boulai w Kamerunie.

²⁶⁹ Zbiory Fundacji, List s. Małgorzaty Grabowskiej z 13 czerwca 1998 r. z Garoua-Boulai w Kamerunie. – W 1999 r. szpital protestancki został zamknięty.

²⁷⁰ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumentacja pomocy finansowej za 2001 r.

Z kolei pielęgniarka i siostra zakonna Danuta Woźnikowska, FMM, w połowie lat dziewięćdziesiątych wyjechała na Madagaskar, gdzie podjęła pracę pielęgniarki w stacji misyjnej oddalonej od najbliższego miasta Marondawa o pięć godzin jazdy samochodem i cały dzień podróży łódką w porze suchej, a pozbawionej możliwości jakiegokolwiek dojazdu w porze deszczowej. Mieszkała z czterema siostrami Malgaskami wśród ludzi bardzo biednych, pozbawionych dostępu do czystej wody i niedożywionych, dlatego podatnych na malarię, gruźlicę, trąd etc. Brak miejsca sprawiał, że chorzy przyjmowani byli na werandzie domu mieszkalnego siostr i tam siostra Woźnikowska wykonywała proste zabiegi chirurgiczne, ordynowała i wydawała leki oraz konsultowała chorych. W 2002 r. rozpoczęła starania o budowę ośrodka zdrowia z prawdziwego zdarzenia, znajdując dla tego celu poparcie materialne Komisji ds. Misji Episkopatu Polski.²⁷¹

Braki w wyposażeniu stanowiły cechę charakterystyczną prawie wszystkich placówek opieki zdrowotnej w Afryce. Np. w 2002 r. w szpitalu w Likuni w Malawi podczas zabiegów chirurgicznych anestezjolog pilnował sprawności aparatu tlenowego a nie stanu pacjenta, a na oddziale męskim nie było żadnego stetoskopu. W tej samej placówce brakowało leków podstawowych, a jednocześnie nadużywano antybiotyków powodując rozwój lekooporności zarazków.²⁷²

Zdobyte z olbrzymim trudem mienie misyjnych placówek medycznych bywało rozkradane przez miejscową ludność. Przed przychodnią w Pikine w Senegalu trzeba było nawet zbudować betonowe ławki dla czekających na wizytę pacjentów, bo inne znikaly.²⁷³ W marcu 2003 r. łupem złodziei stały się zgromadzone w stacji misyjnej pieniądze przeznaczone na zakup leków i wyposażenie nowego ośrodka zdrowia w Loumie w Kamerunie.²⁷⁴ W Kongo zdarzyło się, że któryś z Afrykańczyków podczas zabiegu ukradł leki, które miały być podane do jamy brzusznej. Operowanym był misjonarz, ks. Wojciech Mach, który leżał pod narkozą, gdy personel medyczny śpiesznie szukał odpowiednich leków zastępczych.²⁷⁵ W misyjnym szpitalu w Fianarantsoa na Madagaskarze leki były wydawane na recepty za minimalną odpłatnością. Uboga okoliczna ludność przychodziła ze sfalszowanymi receptami i starała się je zrealizować, by potem sprzedać leki z zyskiem na miejscowym bazarze.²⁷⁶

²⁷¹ Tamże, Kwestionariusz projektu budowy ośrodka zdrowia złożony przez s. Danutę Woźnikowską w 2002 r.

²⁷² Ewa Koźmińska, *Praktyka wakacyjna w szpitalu misyjnym w Likuni (Malawi)*. „*Medicus Mundi Polonia*” 2002 nr 6/7 s. 20.

²⁷³ Zbiory Komisji Misyjnej, Kwestionariusz projektu budowy nowego laboratorium w Pikine, opracowany przez s. Ksawerę Michalską, datowany na 19 marca 2002 r.

²⁷⁴ Zbiory Fundacji, List s. Ewy Drozdowskiej z 18 października 2003 r. z Loumie w Kamerunie.

²⁷⁵ Karasińska, *Afryka malowana sercem...*, s. 46.

²⁷⁶ Jarek Kret, *Misjonarski Madagaskar*. „*National Geographic Polska*” 2001 nr 1 (bez paginy).

Aby opis warunków pracy medycznej nie był zbyt pesymistyczny, trzeba dodać, że mimo braku elektryczności w niektórych placówkach misyjnych można było korzystać z komputera podłączonego pod baterie słoneczne i lodówek na ropę naftową.²⁷⁷

Podsumowując, przybywający do Afryki medyczni misjonarze byli zwykle zszokowani ogromem niezawinionych ludzkich tragedii, jakie spotykali na tym kontynencie. Posługę leczniczą utrudniały nie tylko złe warunki pracy i nieodpowiednie wyposażenie szpitali oraz przychodni, ale także postawy tubylczej ludności, która – żyjąc w nieporównywalnym do europejskiego ubóstwie – rozkradała mienie misji, gdy tylko miała ku temu okazję. Mimo tych przeszkód udzielano posługi leczniczej i opiekuńczej potrzebującym oraz prowadzono dla nich kursy z zakresu higieny.

4. Zakres działalności leczniczej i prewencyjnej

Pielęgniarki i położne

Ciężar prowadzenia większości misyjnych placówek opieki zdrowotnej w Afryce dźwigały siostry zakonne z dyplomami pielęgniarek i położnych. Pracowały one w szpitalach, ośrodkach zdrowia, przychodniach, izbach porodowych, leprozoriach, hospicjach, sierocińcach dla dzieci rodziców zmarłych na AIDS oraz domach opieki dla starców i osób niepełnosprawnych. Zależnie od potrzeb wydawały leki, wykonywały proste zabiegi chirurgiczne, odbierały porody, dożywiały dzieci i prowadziły edukację prozdrowotną, zwykle korzystając z pomocy przyuczonych przez siebie Afrykańczyków. W stosunku do potrzeb było ich za mało.

Poziom wykształcenia misyjnych pielęgniarek i położnych z Polski był zróżnicowany. Np. pracująca w Togo siostra Anna Olechnowicz, CSC, ukończyła kurs medycyny tropikalnej we Francji, gdy siostra Kornelia Olechno, CSC, została zaledwie przyuczona do robienia zastrzyków w szpitalu w Braniewie.²⁷⁸ Z kolei siostra Zofia Socha, organizatorka ośrodka zdrowia w egipskiej wiosce Sedfa, była dyplomowaną pielęgniarką, która przed wyjazdem do Afryki zdobyła doświadczenia zawodowe w polskich szpitalach dla nieuleczalnie chorych i dla dzieci.²⁷⁹

Uprawnienia zawodowe przyznawane pielęgniarkom były różne w poszczególnych krajach Afryki. Np. o ile w Ugandzie i Zambii posiadały one szerokie

²⁷⁷ Zbiory Służebniczek Ducha Świętego, List s. Rozalii Paliczki SSpS z 13 lutego 2004 r. z Lome w Togo.

²⁷⁸ Kornelia Olechno, *U Sióstr św. Katarzyny w Togo*. „Misjonarz” 1998 nr 5 s. 18.

²⁷⁹ Hanna i Zbigniew Kwiatkowscy, *Przez przykład i uśmiech*. „Misjonarz” 1990 nr 5 s. 18-19.

kompetencje i mogły samodzielnie decydować o farmakoterapii wielu chorób, to w Kenii nie mogły przepisywać żadnych leków.²⁸⁰

Zwykle misyjne pielęgniarki po przyjeździe do Afryki rozpoczynały pracę od zaznajamiania się z miejscową ludnością. Tę kolejność działań potwierdza przykład przybyłych w 1977 r. do Rwandy siostr ze Zgromadzenia Służek Najświętszej Maryi Panny Niepokalanej. Rozpoczęły one pracę misyjną od składania wizyt u biednych rodzin i udzielenia chorym pierwszej pomocy oraz pocieszenia ich, a dopiero później założyły ośrodek zdrowia i szkołę dla dziewcząt.²⁸¹

Poznanie mieszkańców wiosek i ich potrzeb zdrowotnych wymagało korzystania z samochodu, motocykla, roweru lub pirogi. Zwykle misyjnej przychodni lub ośrodkowi zdrowia podlegało od paru do ponad dwudziestu wiosek, co sprawiało, że wyjazd pielęgniarki w teren celem odwiedzenia wszystkich podopiecznych mógł zająć nawet kilka miesięcy.²⁸² Wizyty misyjnych pielęgniarek w wioskach uważane były za rozwiązanie tymczasowe. Perspektywicznym celem było przyuczenie wybranych tubylców, którzy jako pielęgniarze udzielaliby w wioskach pierwszej pomocy w nagłych przypadkach.²⁸³

Potrzeby chorych zmuszały misyjne pielęgniarki do dużej samodzielności zawodowej, z którą łączył się stres opisany m.in. przez pracującą w Togo, Rozalię Paliczkę, SSpS: *Gdy pracowałam w szpitalu naszych siostr w Helota, zdarzyło się, że byłyśmy tylko we dwie, siostra Welic – Argentynka, odpowiedzialna za szpital – i ja. Rano z kierowcą pojechałam do jednej wioski oddalonej o około pięć km po kobietę, która miała rodzić. Pojechaliśmy samochodem tak głęboko w busz, jak tylko się dało, a i tak trzeba było około kilometra iść piechotą. Ponieważ nie jestem położną, modliłam się o pomoc do Matki Najświętszej, by dziecko nie urodziło się w drodze. Gdy dochodziłam do domu, usłyszałam płacz; odetchnęłam z ulgą – już po wszystkim. Weszłam do zagrody, była obecna rodzina, uśmiechy od ucha do ucha; po pozdrowieniach weszłam, a raczej przeslizgnęłam się przez wąski otwór do domku z gliny pokrytej słomą. Za mną wszedł ojciec dziecka, szczęśliwie dla mnie, ponieważ mówił po francusku. Opatrzyłam malucha, zawinęłam w płótno i udaliśmy się wraz z ojcem i matką do samochodu. U nas to nie do pomyślenia, by kobieta zaraz po porodzie maszerowała kilometr o własnych siłach. Po przybyciu do szpitala dopełniłyśmy z siostrą Welic wszystkiego do końca. Z reguły podaje się dziecku i matce serię antybiotyków, gdyż warunki, w których dzieci się rodzą, są zaprzeczeniem jakichkolwiek zasad higieny – woda nie zawsze czysta, betonowa, brudna podłoga, brak czystych prześcieradeł, liche pożywienie.*²⁸⁴ Wykonywanie czynności lekarza przez dyplomowane pielęgniarki było akceptowane w większości krajów subsaharyjskich.²⁸⁵

²⁸⁰ Zbiory Fundacji, List s. Ewy-Norberty Kubaczyk z 5 marca 2001 r. z Divine Mercy Kithatu Dispensary w Kenii.

²⁸¹ Szumił, *Żywe dzieło ojca Honorata Koźmińskiego...*

²⁸² Sielużycka, *W sercu dżungli...*

²⁸³ *Miłość Chrystusa przynagla nas.* „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1989 s. 136-139.

²⁸⁴ Rozalia Paliczka, *Dwa doświadczenia.* „Misjonarz” 1992 nr 2 s. 29.

²⁸⁵ *Listy.* „Raport” 2004 nr 1 s. 4.

Największe potrzeby medyczne rdzennej ludności dotyczyły leczenia ran i ciężkich oparzeń dzieci. Gdy w 1986 r. pielęgniarka – siostra Zofia Socha przystąpiła do organizowania ośrodka zdrowia w Sedfie w Egipcie odkryła, że wielodzietne rodziny mieszkają w małych chatach, w których na środku klepiska gotuje się jedzenie. Często zdarzało się, że garnek z wrzącą zawartością przewracał się na dziecko, a matki nie od razu szukały pomocy. Wiele stanów infekcyjnych oczu i uszu było spowodowanych brudem i zaniedbaniami higienicznymi. Siostra Socha (ur. 1926 r.) przyjmowała w ośrodku w Sedfie 150-300 pacjentów dziennie. Zmęczona tropikalnym klimatem odpoczywała w środku dnia kładąc się na zimnej, kamiennej podłodze, a gdy zregenerowała siły odwiedzała chorych w domach.²⁸⁶ Opiekowała się też biednymi dziećmi, opłacając im szkołę, kupując podręczniki i odzież.²⁸⁷

Z częstymi przypadkami ciężkich oparzeń dzieci stykały się też misyjne pielęgniarki w Afryce subsaharyjskiej, m.in. w Zambii. *Jest czas zimy, w nocy temperatura spada do +2°C. Ludzie w swoich lepiankach śpią wokół rozpalonego ogniska. Nie jest rzadkością, że dzieciak zmieni pozycję i zdezorientowany ciepłem ognia „przytuli się” do niego zamiast do mamy... Skutki są straszne. Często są też poparzenia stóp dzieci, które nie wiedzą, że pod szarym popiołem czyha niebezpieczeństwo. Czasami trzeba amputować palce lub stopę. Leczenie długie, bolesne, wymagające wiele cierpliwości, miłości, no i środków opatrunkowych. Niedawno palący się busz objął część wioski. Dach jednego domu stanął w płomieniach. Matka z garstką dzieci już spała, ale szybko pozbiętała drobniarz i uciekła. Okazało się, że jeden spioch wrócił i wtulił się w ciepły koc. Matka rzuciła się z powrotem do chaty i wyrzuciła małego, ale niestety na nią spadł płonący dach. Odległość i niemożliwość kontaktu sprawiły, że do najbliższej poradni zgłosiła się po trzech dniach. Felczer radiem poinformował nas i ambulansem pojechaliśmy ją odebrać, pięć godzin jazdy po górzyściej, buszowej drodze, widok godny politowania. Ból, odór ropiejących ran, całe plecy, pośladki, głowa, ręce. Po założeniu kroplówki, podaniu środków przeciwbólowych, wyruszyliśmy w stronę szpitala. Mama zabrała z sobą pięcioletnie dziecko i czternastoletnią córkę, by się nim opiekowała. Leczenie długie, po oczyszczeniu ran lekarz w kilku miejscach dokonał przeszczepu skóry, potem długi czas fizjoterapii.*²⁸⁸

Nietypowe dla pielęgniarki zadania zawodowe zrealizowała w misyjnym szpitalu w Kwahu Tafo w Ghanie siostra służebniczka Marcelina Gruszka, która utworzyła tam laboratorium analiz serologicznych i parazytologicznych. Prowadziła je później przy pomocy przyuczonego personelu.²⁸⁹

Szeroki zakres działalności zawodowej i przeciążenie obowiązkami cechowały pracę misyjnych pielęgniarek w większości afrykańskich szpitali, ośrodków zdrowia

²⁸⁶ Kwiatkowski, *Przez przykład i uśmiech...*

²⁸⁷ Socha, *Wśród egipskich Koptów...*

²⁸⁸ Zbiory Fundacji „Redemptoris Missio”, List S. Stanisławy Smarzoż z 8 lipca 1998 r. z Mpanshya w Zambii.

²⁸⁹ Marcelina Gruszka, *W laboratorium*. „Misjonarz” 1992 nr 7/8 s. 33.

i przychodni. Np. pracujące w ośrodku matki i dziecka w Bankpassiba w Togo misyjne pielęgniarki konsultowały chorych, przeprowadzały akcje szczepień w przychodni i w wioskach, a dwa razy w tygodniu wykonywały opatrunki u dzieci w szkole. Ośrodek podlegał merytorycznie administracji państwowej, co oznaczało obowiązek przeprowadzania odpłatnych szczepień. Nie wszyscy tubylcy mogli jednak zapłacić za szczepionki, co zmuszało misjonarki do poszukiwania pomocy zagranicznych sponsorów.²⁹⁰ Także w innych placówkach trudno było realizować koordynowane przez organizacje międzynarodowe akcje szczepień, ponieważ wymóg opłacenia szczepionki był często niemożliwy do spełnienia przez ubogich, często w ogóle nie posiadających pieniędzy, pacjentów.²⁹¹

Po podjęciu reformy systemów opieki zdrowotnej w Afryce, misyjne szpitale, dyspensery i przychodnie poszerzyły zakres działalności leczniczej o profilaktykę, a także podjęły wysiłki na rzecz dożywiania i zapewniania miejscowej ludności dostępu do czystej wody. Działalność typowej dla ostatniej dekady przychodni misyjnej w Luwingu znajdującej się w jednym z najuboższych państw świata, Etiopii, opisała prowadząca ją pielęgniarka i położna, zakonnica ze Zgromadzenia Córek Maryi Wspomożycielki, Maria Domalewska: *W Etiopii największym problemem jest brak wody. Na naszej misji, którą prowadzimy wspólnie z salezjanami, mamy cztery studnie głębinowe. Dwie służą wszystkim mieszkańcom miasteczka i okolicznych osad, a pozostałe – misji. Prowadzimy przedszkole, sierociniec, szkołę podstawową, w ubiegłym roku uruchomiliśmy pierwszą klasę szkoły średniej. Mamy dwie szkoły zawodowe – dla chłopców i dziewcząt oraz piekarnię, którą ufundowały organizacje dobroczynne w czasie ostatniego głodu. Codziennie rozdajemy świeży chleb naszym dzieciom, ale bez żadnych dodatków. Sama pracuję w przychodni misyjnej razem z drugą pielęgniarką i trzema osobami miejscowymi, zatrudnionymi w rejestracji, aptece i laboratorium. Lekarz przyjeżdża do nas raz na miesiąc. Każdego dnia spotkania z pacjentami (przyjmujemy ich 30–40) zaczynamy od pogadanki na temat higieny i zapobiegania chorobom.*²⁹²

Innym przykładem realizującej działania profilaktyczne placówki opieki zdrowotnej, w której pracowała polska misjonarka, może być dyspanser założony w 1965 r. w Rushooka w Ugandzie przez pięcioosobową międzynarodową wspólnotę sióstr ze Zgromadzenia Córek Bożej Miłości, złożoną z dwóch Brazylijek, Niemki, Chorwatki i Polki. W szpitaliku dwie siostry przyjmowały chorych, wśród których przeważały dzieci z ranami na nogach lub plamami na skórze powstałymi wskutek mało wartościowego odżywiania. Aby gruntownie rozwiązać ten problem, realizowano programy edukacji kobiet, by poznały zasady higieny, racjonalnego prowadzenia domu i prawidłowego żywienia dzieci.²⁹³

²⁹⁰ Justyna Chudzio, *W trosce o chorych*. „Misjonarz” 1998 nr 5 s. 23.

²⁹¹ Ibidem.

²⁹² Salezjanki. „Misjonarz” 1999 nr 5 s. 6–7.

²⁹³ Chyla, *Córki Bożej Miłości...*



Ryc. 12. Pacjentami misyjnych szpitali często są dzieci w stanie krańcowego niedożywienia

Kolejny przykład to zawodowe losy pielęgniarki misyjnej, siostry Elwiry Zygmunt, która w 1974 r. została podjęta pracą w szpitalu rządowym w Kabwe w Zambii na liczącym 70 łóżek oddziale położniczym. Była to praca ciężka, bo z uwagi na nagłe operacje często trzeba było pełnić dyżury nocne. Po pewnym czasie została przeniesiona na oddział dziecięcy, który liczył 90 łóżek, ale zwykle miał ponad 100 małych pacjentów, bo zwyczajowo w jednym łóżku nieraz układano dwoje dzieci. Następnie pracowała na oddziale chirurgicznym dla mężczyzn i na oddziale chorób wewnętrznych dla kobiet. Siostra była świadkiem wojny domowej toczącej się w Zambii w 1978 r. Do szpitala w Kabwe zwożono wtedy 80-100 rannych dziennie.²⁹⁴

W 1990 r. polskie misjonarki Świętej Rodziny przybyły do Kenii, gdzie pielęgniarka i siostra Imelda Zimińska objęła prowadzenie przychodni w Kanyakine. W okolicy dotkniętej suszą zakres działalności przychodni wykraczał poza typową dla Europy opiekę medyczną. Miejscowa ludność była niedożywiona i dlatego bardziej podatna na różne choroby, w tym na malarię, dlatego w misyjnej przychodni wydawano ciepłe posiłki, albo produkty takie jak kukurydza czy fasola, pozwalające na przygotowanie ich w domu. Rozmiary zastanej biedy sprawiły, że siostra Zimińska rozpoczęła tzw. akcję adopcji dziecka kenijskiego, której celem było zapewnienie stałej pomocy materialnej dla dzieci z najbiedniejszych rodzin. W 1999 r., dzięki hojności ofiarodawców z Polski i Włoch zapewniła stałą pomoc 35 dzieciom, którym kupowała podręczniki do języka angielskiego, suahili i matematyki oraz mundurki szkolne. Bez tej pomocy dzieci te nie uczęszczałyby do szkoły podstawowej lub nie mogły jej ukończyć.²⁹⁵

W 2000 r. misyjną przychodnię przejęła siostra Ewa-Norberta Kubaczyk, która wkrótce po przyjeździe odkryła w pobliżu sierociniec prowadzony przez dwoje Kenijczyków w wydzierzawionym budynku. Część dzieci kierowała do sierocinca policja, inne trafiały tu jako wyrzucone z domu ofiary przemocy rodzinnej, a najmłodsze dzieci, noworodki, znajdowano na śmietniku. Niektóre dzieci były sparaliżowane, inne psychicznie lub fizycznie upośledzone, dlatego s. Kubaczyk objęła ten sierociniec opieką zdrowotną.²⁹⁶

W Zambii polskie misjonarki Świętej Rodziny poza działalnością ściśle medyczną zorganizowały szkoły gospodarstwa domowego w Kabwe, Kapivi Mposhi i w Lusace, gdzie m.in. uczyły dziewczęta – przyszłe matki – właściwej opieki nad dzieckiem. W Lusace ponadto prowadziły dom starców,²⁹⁷ a w razie potrzeby podejmowały opiekę zdrowotną w więzieniach.²⁹⁸

²⁹⁴ Rajkowska, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonarek...*

²⁹⁵ Andrzej Sujka, *Misjonarki Świętej Rodziny*. „Misjonarz” 1999 nr 11-12 s. 6-7.

²⁹⁶ Zbiory Fundacji, List s. Ewy-Norberty Kubaczyk z 17 września 2000 r. z Kanyahine Catholic Mission w Kenii.

²⁹⁷ Sujka, *Misjonarki Świętej Rodziny...*

²⁹⁸ Aniela Teresa Hornik, *Pełne ręce pracy*. „Misjonarz” 1993 nr 10 s. 30.

Bardzo często dodatkową pracą misyjnych pielęgniarek było rozdzielanie żywności, najczęściej w postaci ryżu, sorgo lub fasoli, co stanowiło sztukę, bo utrzymanie porządku w tłumie głodnych ludzi było trudne. Misjonarze usprawiedliwiali agresję Afrykańczyków: *By przeżyć, ludzie gotowi są nawet zabić. Nie dlatego, że są źli i zepsuci, ale dlatego, że doświadczenie głodu, walka o przeżycie kolejnego dnia, patrzenie na cierpienie najbliższych rodzi bardzo silne negatywne emocje i osłabia sens moralny, budzi zazdrość i często dochodzi do głosu prawo silniejszego, prawo pięści. Tydzień temu jeden z naszych pracowników zakończył dzień z odciętym uchem. To tylko jeden z wielu przykładów.*²⁹⁹

Praca w placówkach opieki zdrowotnej w Afryce dostarczała niekiedy rozterek światopoglądowych. W latach siedemdziesiątych wspomiana już siostra Imelda Zimińska ze Zgromadzenia Misjonarek Świętej Rodziny zrezygnowała z pracy w przychodni dla białej ludności w Kabwe w Zambii, bo obawiała się, że będzie zmuszona do wydawania środków antykoncepcyjnych. Przeniosła się do przychodni dla rdzennych Afrykańczyków. Tam zakres jej pracy uległ poszerzeniu, ponieważ badała przyjmowanych pacjentów, stawiała diagnozy, wypisywała recepty, wydawała leki i pouczała o sposobie ich przyjmowania. Tylko w poważniejszych przypadkach, gdy nie była pewna rozpoznania lub nie chciała ryzykować stawiania diagnozy kierowała pacjentów do lekarza. Po dwóch latach została jednak przeniesiona na połączony z przychodnią a liczący 25 łóżek oddział szpitalny, gdzie pracowała jako pomoc pielęgniarska, gdyż miała dyplom uzyskany w Polsce, a nie w Anglii. Z czasem znalazła się, jak już wspomniano, w Kenii.³⁰⁰

Od 1984 r. wszyscy kandydaci na misjonarzy odbywali przeszkolenie w – utworzonym w tym samym roku i utrzymywanym dzięki ofiarności polskich katolików – Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie. Od 1993 r. dodatkowo uczestniczyli w organizowanych przez poznańską Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” kursach z zakresu pierwszej pomocy i medycyny tropikalnej, które dostarczały wiedzy bardzo przydatnej w dobie kontrakcji świadczeń medycznych w Afryce.³⁰¹

Uogólniając, ciężar działalności misyjnych placówek medycznych dźwigały zwykle pielęgniarki – siostry zakonne. Jeżeli stan zdrowia na to pozwalał, polskie siostry zakonne – i zarazem pielęgniarki prowadziły szpitale, tzw. dyspensery, przychodnie i leprozoria nawet przez ponad dwadzieścia lat. Zakres ich czynności zawodowych był bardzo szeroki.

Lekarze medycyny, stomatolodzy i farmaceuci

W okresie kolonialnym lekarze bardzo rzadko podejmowali działalność misyjną w Afryce. Np. w 1938 r. na misjach afrykańskich pracowało 35 lekarzy

²⁹⁹ Zbiory Służebniczek Ducha Świętego, List s. Anny z 3 września 2003 r. z Waragou w Etiopii.

³⁰⁰ Rajkowska, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonarek...*, s. 102.

³⁰¹ Pawłowski, *Fundacja Pomocy Humanitarnej...*, s. 123.

katolicycy różnej narodowości,³⁰² wśród których nie było Polaków.³⁰³ Z kolei niełatwo jest rozpoznać liczbę polskich lekarzy pracujących w misyjnych szpitalach na tym kontynencie w okresie dekolonizacji. W latach 1945-1964 wyjazdy na misje były oficjalnie niemożliwe i prawdopodobnie jedyną polską lekarką, która podjęła w tym okresie pracę w Afryce była Wanda Błęńska (wyjechała w 1951 r.).

Z czasopism misyjnych, źródeł archiwalnych i relacji wynika, że w latach 1965-2003 na misjach afrykańskich pracowali przez dłuższy okres, czyli od roku do kilkudziesięciu lat, następujący polscy lekarze: Wanda Błęńska (leprolog), Janusz Furmaniuk (specjalista chorób zakaźnych), Mirosława Góra (służebniczka, chirurg), Małgorzata Grabowska (dominikanka, lekarz medycyny), Henryk Hoser (pallotyn, lekarz medycyny), Wilhelm Goili (mimo obcojęzycznego nazwiska reprezentujący polską prowincję Zgromadzenia Misjonarzy Afryki, lekarz medycyny), Elżbieta Kołakowska (brak danych o specjalizacji), Bohdan Kozłowski (dermatolog), Anna Koźmińska-Kubarska (dermatolog), Wanda Malczewska-Marczak (pediatra), Henryk Nowak (brak danych o specjalizacji), Oswald Madecki (chirurg), Zygmunt Ostrowski (brak danych o specjalizacji), Wanda Piotrowska (brak danych o specjalizacji), Jolanta Podolska (pediatra), Radosława Skrzypiec (służebniczka, lekarz medycyny) i Teresa Wiączek (służebniczka, lekarz medycyny).

Odtworzenie nazwisk wszystkich polskich lekarzy pracujących na misjach w Afryce jest trudne, bo służąc chorym zazwyczaj starali się pozostawać anonimowymi. Potwierdziły to napisane w lutym 2004 r. słowa ojca Zbigniewa T. Kusego, franciszkanina z misji w Rafai w Republice Afryki Środkowej: *W Bangui znam dwie przychodnie prowadzone przez Kościół katolicki. Nie znam sytuacji w pozostałych sześciu diecezjach. Przypadkowo wiem, że w diecezji Bouar, przy Kamerunie i Czadzie, pracuje włoski lekarz ksiądz, chyba w ich przychodni-szpitalu. W sąsiednim regionie kraju, Lobaye, pracują polscy księża z Tarnowa. Obecnie dwie Polki, lekarka i pielęgniarka, zaczynają pracę w szpitalu w ich parafii w Bangandou. Od niedawna Konferencja Episkopatu Republiki Afryki Środkowej posiada Komisję Medyczno-Sanitarną prowadzoną przez niemiecką lekarkę.*³⁰⁴

Praca lekarzy była zasadniczo podobna do obowiązków pełnionych w misyjnych placówkach opieki zdrowotnej przez pielęgniarki, z tym, że lekarze mieli daleko większe uprawnienia i ponosili większą odpowiedzialność zawodową.

³⁰² *Za granicą*. „Misje Katolickie” 1938 s. 338.

³⁰³ *Z terenów misyjnych*. „Misje Katolickie” 1938 s. 153. – W okresie międzywojennym polscy lekarze pracowali na misjach w Azji. Lekarzami i osobami duchownymi pracującymi w Azji byli m.in. Waław Szuniewicz (absolwent studiów lekarskich w Wilnie) i Helena Lalińska (absolwentka studiów lekarskich w Filadelfii i Waszyngtonie).

³⁰⁴ List o. Zbigniewa T. Kusego, z Mission Franciscaine de Bimbo w Bangui w Republice Afryki Środkowej napisany do autorki 5 lutego 2004 r.

Dla misyjnych lekarzy bardzo ważna okazywała się pogłębiona wiedza z zakresu medycyny tropikalnej i leczenia gruźlicy. Np. w 2002 r. tylko w Kenii rozpoznano 82.114 przypadki gruźlicy, podczas gdy 10 lat wcześniej – 12.320 przypadki. Szerzenie się gruźlicy w Afryce jest wynikiem epidemii HIV/AIDS.³⁰⁵ Pracując na misjach lekarze musieli pogłębiać wiedzę z zakresu diagnostyki i leczenia chorób pasożytniczych, kliniki oparzeń, chirurgii, położnictwa, dermatologii, psychiatrii, gastroenterologii etc.

Mimo tak rozległych potrzeb zdrowotnych pacjentów, możliwości zróżnicowania farmakoterapii były niewielkie, bo zazwyczaj niedofinansowanie szpitali i przychodni nie pozwalało na utrzymanie pełnego asortymentu środków z rekomendowanej przez WHO listy leków podstawowych. Na przykład w 1999 r. miesięczne zapotrzebowanie na leki w szpitalu w Katondwe w Zambii obejmowało: sulfaguanidynę – 600 tbl.; lakcid – 600 tbl.; nifuraksazyd – 600 tbl.; sulfacetamid – 150 sztuk opakowań jednorazowych; haloperidol 1 mg i 5 mg – po 100 tbl.; spiro lacton 25 mg – 600 tbl.; fluconazone 200 mg – 100 tbl.; zovirax 200 mg – 750 tbl., iniekcje zoviraxu – 50 sztuk, zovirax w postaci maści ocznej – 30 sztuk; antybiotyki wszelkiego rodzaju; przeciwbólowe i przeciwzapalne wszelkiego rodzaju; maści i antybiotyki w spray'u; leki oczne – wszelkiego rodzaju.³⁰⁶

Polscy lekarze pracowali wprawdzie w stosunkowo niedużych szpitalach, przychodniach i ośrodkach zdrowia, ale przyjmowali wielu pacjentów i oddawali na duże populacje. Np. w latach osiemdziesiątych w ośrodku zdrowia w Gikondo w Rwandzie udzielano około 50.000 konsultacji rocznie.³⁰⁷ Zmieniając styl życia mieszkańców Afryki na bardziej prozdrowotny, lekarze jednocześnie starali się ocalić tradycyjną kulturę tego kontynentu. Szczególne zasługi dla umacniania tradycji rodziny afrykańskiej miał lekarz i pallotyn, Henryk Hoser (obecnie kardynał), który w połowie lat siedemdziesiątych wyjechał do Rwandy, gdzie utworzył Rwandyjską Akcję Rodzinną, czyli zawodową sieć punktów informacyjnych, w których rozmawiano osobno z każdym małżeństwem rwandyjskim w celu wykształcenia i włączenia w życie rodziny świadomości własnej płciowości i wynikających stąd zadań życiowych oraz umiejętności wyczuwania naturalnego rytmu płodności. Pracę tę zainicjowały trzy osoby z Europy, ale kontynuowali ją Rwandyjczycy. Do wybuchu wojny domowej w 1994 r. utworzono 80 takich punktów informacyjnych. Intencją organizatorów było, aby w każdej wsi jedno małżeństwo uczyło innych sztuki życia i żeby ta sztuka przeszła do dziedzictwa kulturowego Afrykańczyków, żeby później sami rodzice przekazywali ją swoim dzieciom. Kładziono nacisk na indywidualną pracę z małżeństwami. Akcja do 1994 r. objęła 10.000 małżeństw.

³⁰⁵ Samuel Siringi, *Africa seeks new tuberculosis control methods*. „The Lancet” 2003 s. 2135.

³⁰⁶ Zbiory Fundacji, Zapotrzebowanie na leki dla szpitala w Katondwe w Zambii z 1999 r.

W ocenie H. Hosera problem kryzysu rodziny w Afryce ma kontekst polityczny, ekonomiczny i społeczny, bo: *Państwa o ograniczonej suwerenności mają tendencję do istnienia kosztem suwerenności rodziny. Większość państw afrykańskich ma ograniczoną suwerenność, bo są to państwa ekonomicznie i politycznie słabe. Aparat władzy czuje się zagrożony przez swoich obywateli, bo jest uzurpatorem tej władzy i nadużywa jej. Suwerenność rodziny ustawiłem w trzech wymiarach, które nazwałem wymiarami wolności, a które dotyczą trzech płaszczyzn istnienia rodziny. Po pierwsze, jest to bardzo prozaiczna płaszczyzna społeczno-ekonomiczna. Rodzina musi mieć zapewnione minimum egzystencji, żeby w ogóle mogła istnieć. Po drugie, jest to środowisko biologiczne. Zwróciłem uwagę na to, że medycyna w krajach Trzeciego Świata staje się coraz bardziej narzędziem polityki, że prowadzone są kampanie sterylizacyjne i propagujące przerywanie ciąży. Kampanie te ingerują w środowisko wewnętrzne rodziny, w jej biologiczną autonomię. Warto tu też wspomnieć o zagrożeniu środowiska naturalnego, co przejawia się między innymi wywożeniem odpadów przemysłowych, czyli po prostu śmieci, do Afryki. Trzeci wymiar nazwałem „aksjologicznym”. Chodzi tu o podstawowe wartości religijne, etyczne, istniejące w tkance ludów afrykańskich.*³⁰⁸

Tak jak w przypadku pielęgniarek, wszystkie dni pobytu misyjnych lekarzy w Afryce były od rana do wieczora wypełnione rutynowo zorganizowaną pracą. Np. pracująca w Bulubie w Ugandzie Wanda Błęńska codziennie wstawała o godz. 6.00. O godz. 7.00 uczestniczyła we mszy św., godzinę później jadła śniadanie, a potem do obiadu wyznaczonego na godz. 13.30 przyjmowała pacjentów w szpitalu. Po obiedzie krótko odpoczywała, by od godz. 14.30 ponownie przyjmować pacjentów, prowadzić wykłady, wykonywać badania histologiczne lub wizytować chorych w szpitalu. Po zjedzeniu kolacji o godz. 19.30 kontynuowała wykonywanie badań histologicznych lub czytała literaturę medyczną douczając się, bo przy pracy z trudem potrzebna jej była wiedza z prawie wszystkich działów medycyny, m.in. z dermatologii, neurologii, chirurgii, okulistyki, immunologii i rehabilitacji. Ten rytm zajęć dr W. Błęńska zachowywała przez ponad czterdzieści lat.³⁰⁹

Podobnie, zajęcia lekarki-chirurga – siostry służebniczki Mirosławy Góry, kierującej od ponad dwudziestu lat szpitalem w Katondwe w Zambii i jednocześnie stanowiącej cały jego personel lekarski, miały charakter rutynowy. W godz. 8.30-10.00 wizytowała chorych (zwykle wizytowanie pacjentów na wszystkich oddziałach zajmowało jej trzy dni), następnie zajmowała się chorymi w przychodni, a po spożyciu posiłku przyjmowała osoby z zewnątrz i jeśli jest to potrzebne,

³⁰⁷ Jan Palyga, *W środku Afryki. Pallotyni polscy w Rwandzie*. Poznań-Warszawa 1984 s. 163.

³⁰⁸ *Wielkie wołanie o świętość Kościoła w Afryce. Rozmowa z księdzem Henrykiem Hoserem SAC*. „Misjonarz” 1994 nr 9 s. 3-4, 7-9. – Ks. Arcybiskup H. Hoser jest obecnie sekretarzem pomocniczym Kongregacji Ewangelizacji Narodów i przewodniczącym Papieskich Dzieł Misyjnych.

³⁰⁹ Andrzejak, Róžański, *Medycyna i ewangelizacja...*, s. 31.

ponownie wracała na oddziały. We wtorki i czwartki przeprowadzała planowane operacje. Rytm dnia ulegał zakłóceniu, gdy działo się coś niepokojącego, o czym natychmiast informowały pielęgniarki. Chorzy zostawali bez nadzoru lekarskiego tylko podczas koniecznych wyjazdów siostry Góry do Lusaki. Siostra Góra korzystała z urlopu raz na cztery lata, ale tylko wtedy, gdy udawało się jej zorganizować zastępstwo.³¹⁰

Przeciążenie obowiązkami sprawiało, że misyjni lekarze bywali bliscy wyczerpania fizycznego i w listach do Polski niekiedy skarżyli się np. na dotkliwie i niepokojące bóle w klatce piersiowej.³¹¹

Prowadzone pod kierunkiem lekarzy szpitale misyjne cieszyły się dużym zaufaniem pacjentów i lokalnej administracji państwowej. Np. w 1993 r. misyjny szpital w Katondwe w Zambii stał się centrum realizacji rządowego programu walki ze skutkami suszy. Chorzy, osoby starsze i rodziny wielodzietne otrzymywali przydział 3 kg kukurydzy dziennie, a poza tym pracownicy szpitala przekazywali kukurydzę jako ekwiwalent za pracę oraz sprzedawali po obniżonej cenie potrzebującym.³¹²

Istotnym utrudnieniem pracy misyjnych lekarzy był brak odpowiednich leków na choroby tropikalne, bo ich produkcja przynosiła zbyt niskie zyski i dlatego była zaniebdywana przez światowy przemysł farmaceutyczny. Np. w latach dziewięćdziesiątych zaprzestano wytwarzania jedyne skutecznego leku przeciw śpiączce afrykańskiej, eflornithine, co zmusiło lekarzy do stosowania toksycznych i przestarzałych leków arsenopochodnych. Protesty środowisk medycznych sprawiły, że produkcję w końcu wznowiono, ale bez gwarancji utrzymywania przez wiele lat.³¹³

Wśród polskich misjonarzy pracujących w Afryce rozpoznano tylko jedną misjonarkę – stomatologa, jest nią dominikanka, Michaela Madej, w 2002 r. pełniąca posługę leczniczą w Bertoua w Kamerunie, a ponadto jedną farmaceutkę, również dominikankę, Elektę Zwolińską (ur. 1932 r.), która w latach 1987-1999 wykonywała obowiązki pielęgniarki i farmaceutki w Garoua-Boulai i Bertoua w Kamerunie. O jej powrocie do Polski zadecydowały problemy zdrowotne.³¹⁴

Tak więc, zaangażowanie polskich lekarzy w misyjną opiekę zdrowotną w Afryce zwiększyło się po 1990 r. Najdłużej na misjach afrykańskich pracowała lekarska świecka, Wanda Błęńska (43 lata), ale kilka lekarek – siostr zakonnych pracuje w Afryce ponad dwadzieścia lat. Znamienne, że praca misyjnego lekarza wymaga

³¹⁰ Zbiory Fundacji, Kwestionariusz szpitala w Katondwe, list lek. med. Rafała Sadowskiego z marca 1998 r.

³¹¹ Tamże, List s. Małgorzaty Grabowskiej z 23 kwietnia 2001 r. z Garoua-Boulai w Kamerunie.

³¹² Tamże, List s. Mirosławy Góry z 12 stycznia 1993 r. z Katondwe w Zambii.

³¹³ Nathan Ford, *Public health and company wealth*. „BMJ” 2003 s. 1296.

³¹⁴ www.dominikanki.pl.

rozległej wiedzy zawodowej i silnej osobowości oraz łączy się z dużą odpowiedzialnością.

Wolontariusze

W sytuacji utrzymującego się przez lata braku personelu fachowego w misyjnych szpitalach i przychodniach, cenną pomocą dla osób je prowadzących stawały się zorganizowane od lat dziewięćdziesiątych krótkoterminowe ekspedycje polskich lekarzy i studentów akademii medycznych. I tak, np. w 1992 r. odbyła się wyprawa lekarzy i studentów Akademii Medycznej w Krakowie, której koszty zostały pokryte m.in. ze środków zdobytych przez krakowskie siostry klawerianki.³¹⁵ Dwa lata później Fundacja Misyjno-Charytatywna im. Bł. Józefa z Szantungu, działająca przy Misyjnym Seminarium Duchownym Księży Werbistów w Pieniężnie, zorganizowała zbiórkę pieniędzy w celu sfinansowania wyjazdu do Togo trzech polskich lekarzy: internisty, pediatry i stomatologa, a także zakupu leków i narzędzi dla małego ambulansu.³¹⁶

Z kolei w 2002 r., jak już wspomniano, ośmioosobowy zespół lekarzy, kierowany przez prof. dra hab. Michała Drewsa z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu, wyjechał na kilkutygodniową ekspedycję medyczną do Rafai w diecezji Bangassu w Republice Środkowej Afryki. Tam w warunkach ambulatoryjnych skonsultowano 486 osób i przeprowadzono 49 operacji (w tym: 44 strumektomie, 2 hysterectomie, 1 operację usunięcia niedrożności jelit, 1 usunięcie torbieli jajnika, 1 usunięcie guza okolicy kości krzyżowej).³¹⁷

Stosunkowo duża grupa polskich wolontariuszy pracowała w latach dziewięćdziesiątych XX w. w Kamerunie. Grupa składała się z 4 lekarzy i 6 pielęgniarek.³¹⁸ Dla polskich lekarzy i pielęgniarek starających się o okresową pracę w misyjnych szpitalach i przychodniach przeszkodą nie do przezwyciężenia był obowiązujący w niektórych państwach afrykańskich wymóg nostryfikacji uprawnień zawodowych.

³¹⁵ *Komunikat*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1992 s. 67.

³¹⁶ *Apel o pomoc medyczną dla Togo*. „Misjonarz” 1994 nr 4 s. 12.

³¹⁷ *Misja medyczna „Operacja Bangassu 2002”*. „Raport” 2002 nr 2 s. 1-3. – Warto zaznaczyć, że krótkoterminowe (trwające zwykle do trzech miesięcy) misje medyczne są podejmowane przez lekarzy z różnych krajów, najczęściej z USA. Szacuje się, że w 2000 r. w krótkoterminowych ekspedycjach medycznych do krajów rozwijających się na różnych kontynentach uczestniczyło około 50 tysięcy Amerykanów różnych wyznań. Koszt tych ekspedycji sięgał co najmniej 50 milionów dolarów, a ich najbardziej kontrowersyjnym aspektem była niemożność uchronienia pacjentów przed alergią na leki oraz ich działaniami niepożądanymi. (Za: Michael N. Dohn, Anita L. Dohn, *Quality of Care on Short-term Medical Missions: Experience with a Standardized Patient Record and Related Issues*. „Missiology” 2003 s. 417-429).

³¹⁸ Jerzy Grzybowski, *Kamerun, Blask młodego Kościoła*. „Misjonarz” 1993 nr 2 s. 25-27.

Trwająca kilka tygodni lub kilka miesięcy praca misyjna wolontariuszy budziła kontrowersje. Np. w ocenie brata Piotra Bujnowskiego, franciszkanina z Arusha w Tanzanii, medyczni wolontariusze z Polski mają słabą formację duchową i wykazują zbyt często postawy turystów.³¹⁹ Także w opinii innych misjonarzy, wolontariusze nie zawsze się sprawdzali. Czarne siostry pracujące w ośrodkach zdrowia niekiedy nawet nie chciały z nimi jadać przy jednym stole, ani też przebywać w ich towarzystwie, wymagając, aby sami sobie przygotowywali posiłki lub – mimo braku wynagrodzenia i kieszonkowego – opłacali osobę prowadzącą im gospodarstwo domowe. Na negatywne doświadczenia w tym zakresie jednego ze szpitali misyjnych złożyła się praca polskiego wolontariusza, którym okazał się lekarz-alkoholik. Osamotnienie, chociaż trwało stosunkowo krótko, okazywało się sytuacją, której sprostanie wymagało niezwykle hartu ducha.³²⁰

Należy podkreślić, że Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie wymaga, aby wszyscy wolontariusze udający się m.in. do Afryki odbywali krótkie szkolenie „formacyjne”. Studenci medycyny i pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Poznaniu udający się na praktyki letnie na misjach z reguły przechodzą grupowe szkolenie zawodowe i krótką formację religijną.

Tak więc, kiedy nastały warunki do swobodnego korzystania z paszportu, Polacy coraz częściej włączali się w krótkoterminowe misje medyczne w Afryce. Charakterystyczne, że polscy lekarze i pielęgniarzy szukający okresowego zatrudnienia w misyjnych szpitalach, ośrodkach zdrowia i przychodniach zwykle robią to dyskretnie i pozostają anonimowymi, dlatego rozpoznanie nazwisk wszystkich medycznych wolontariuszy było niemożliwe.

Przykłady misyjnych placówek medycznych

Bertua (Kamerun)

Prowadzone z udziałem Polaków placówki ochrony zdrowia w Afryce na południe od Sahary mają różną historię i różny zakres pracy. Ośrodek pomocy medycznej w Bertoua-Tigaza w Kamerunie został utworzony wraz z misją w 1986 r., a jest prowadzony przez dwie polskie siostry-pielęgniarki ze Zgromadzenia Pasjonistek. Do pomocy mają przyuczony przez siebie personel: laboranta i dwie kobiety do robienia zastrzyków i opatrunków. Ośrodek zdrowia był początkowo pozbawiony wody, w którą z czasem został zaopatrzony dzięki pomocy finansowej ambasady kanadyjskiej w Yaounde. Codziennie zgłasza się około 100 pacjentów, wśród któ-

³¹⁹ Zbiory Fundacji, list br. Piotra Bujnowskiego z Arusha w Tanzanii z 3 maja 1999 r.

³²⁰ Tamże, List lek. med. Rafała Sadowskiego z 26 marca 1998 r.

rych najczęściej występują: malaria, choroby pasożytnicze przewodu pokarmowego i biegunki.³²¹

Buluba i Nyenga (Uganda)

Około 1930 r. irlandzkie franciszkanki utworzyły w Nyenga w Ugandzie szpital dla leczenia tuberkulicznej postaci trądu. Potrzeby chorych sprawiły, że cztery lata później siostry założyły w odległej o 35 mil miejscowości Buluba ośrodek dla leczenia guzowatej postaci trądu. Zgodnie ze stanem ówczesnej wiedzy medycznej, siostry leczyły trędowatych iniekcjami olejowymi z rośliny o nazwie *chaulmoogra*. Początkowo ośrodek w Buluba składał się z kościoła, chat dla chorych i laboratorium, w którym prowadzono dokumentację fotograficzną (dziś tego się nie robi). W 1953 r. w Buluba zbudowano szpital z dwiema salami operacyjnymi, a że w obu ośrodkach nie było prądu, decyzją przybyłej dwa lata wcześniej lekarki, Wandy Błęńskiej, dach zrobiono ze szkła, by podczas operacji korzystać ze światła dziennego. W obu ośrodkach przebywało od 500 do 750 pacjentów, a około 1.000 innych dochodziło z buszu.

W 1956 r. w Buluba i Kumi dr Wanda Błęńska zorganizowała dwuletnie kursy dla asystentów medycznych specjalizujących się w leczeniu trądu. Uczestnicy kursów, a byli nimi Ugandyjczycy i osoby zamieszkałe w sąsiednich krajach, po ukończeniu nauki zostawali kierownikami terenowych stacji leczenia trądu. W latach 1956-1982 wyszkolono 169 osób, w tym 14 dla Kenii, 5 dla Sudanu oraz 2 dla Tanzanii. Niektórzy asystenci kształcili się dalej w szkołach pielęgniarskich, co później pozwoliło zintegrować leczenie trądu z ogólną opieką szpitalną.³²²

Do rozbudowy ośrodka w Buluba przyczynił się dr James Kinnear Brown, członek angielskiego Methodist Missionary Society i naczelny leprolog Ugandy, który w tym zakresie wykorzystał doświadczenia zdobyte jeszcze w okresie międzywojennym w Uzuakoli w Nigerii, gdzie wraz z Frankiem Davey'em, naczelnym leprologiem Nigerii, wynajdywał tereny rolnicze i zakładał na nich pionierskie, umożliwiające opiekę medyczną i rehabilitację, osady trędowatych.³²³ Zrealizowaną w 1953 r. budowę nowego szpitala w Buluba sfinansował Ernest Bayer, Niemiec, który pod wrażeniem wizyty w ośrodku i działalności lekarskiej dr Błęńskiej postarał się o wsparcie Deutsche Aussatigen Hilfswerk z Würzburga, a także dotacje FAO, BELRA i Holenderskiego Stowarzyszenia Przyjaciół Trędowatych. Ośrodki

³²¹ S. Pasjonistki, *Miłość Chrystusa przynagła nas*. „Echo z Afryki” 1989 s. 136-138.

³²² A.F., *O lepsze jutro czarnej kobiety*. „Misje Katolickie” 1932 s. 85-87; Andrzejak, Rózański, *Medycyna i ewangelizacja...*, s. 24-35; Dokta. „Echo z Afryki” 1996 s. 42-43, 58-59.

³²³ Stanley G. Browne, Frank Davey, William A. R. Thomson, *Heralds of Health. The Saga of Christian Medical Initiatives*. London 1985 s. 165.

w Buluba i Nyenga miały własne szkoły dla trędowatych, w których uczyły siostry franciszkanki.³²⁴

Od 1962 r. studenci medycyny z Uniwersytetu Makarere w Kampali odbywali w Buluba tygodniowe szkolenia, a cztery lata później dr Błęńska – dotąd wykładowca m.in. medycyny tropikalnej, pielęgniarstwa, kliniki trądu i rehabilitacji w różnych ośrodkach naukowych Ugandy i Sudanu, została mianowana honorowym wykładowcą leprologii na Uniwersytecie w Kampali. Od 1967 r. w Bulubie istnieje nowoczesne centrum szkoleniowe i naukowe do badań nad immunologią i chemioterapią trądu, na cześć polskiej lekarki nazywające się „Buluba Leprosy Centre. The Wanda Blenska Training Centre”. Od połowy lat sześćdziesiątych dr Błęńskiej okresowo pomagali zaprzyjaźnieni z nią lekarze z Polski, a także tzw. ortopedystka, Janina Bartkiewicz, która wykonywała buty dla trędowatych i prowadziła ich rehabilitację.³²⁵

Osiągnięcia w organizacji walki z trędem w Ugandzie mają konkretny wymiar. W latach pięćdziesiątych na liście leczonych z powodu trądu w tych dwóch, obejmujących ludność okręgów Buganda i Busoga, ośrodkach było około 24.000 osób. Pół wieku później leczono tylko 200-300 osób, z tym, że wyleczeni potrzebowali dalszej opieki, by zmniejszyć ich cierpienia spowodowane następstwami trądu, jak porażenia i przykurcze.

Dziś dawne szpitale dla trędowatych funkcjonują w Ugandzie jako poradnie udzielające ogólnej pomocy medycznej. Należy podkreślić, że ten rodzaj integracji, polegający na przyjmowaniu do szpitala dla trędowatych pacjentów nie dotkniętych trędem, rozpoczął się dzięki pracy dr W. Błęńskiej w Buluba.³²⁶

Fianarantsoa (Madagaskar)

Szeroką działalność medyczną prowadzi położona kilka kilometrów od Marany i nawiązująca do tradycji posługi leczniczej ojca Jana Beyzyma misja Zgromadzenia Ojców Kamilianów w Fianarantsoa na Madagaskarze. Przy misji istnieją: szpital, leprozorium dla około 300 chorych (istnieje od około 100 lat, długi czas było własnością protestantów, następnie zostało przejęte przez rząd, a w 1995 r. przekazane kamilianom), apteka i centrum medyczno-socjalne dla pracowników misji i ich rodzin, z którego przychodzi korzysta około 5.000 osób. Personel medyczny jest wspólnotą międzynarodową, w skład której polskimi kamilianami (ojcami Stefanem Szymoniakiem i Zbigniewem Musielakiem) – obecnymi tu od 21 grudnia 1980 r. –

³²⁴ Doznany przez Afrykańczyków uraz pokolonialny sprawił, że w Ugandzie białym nie wolno było uczyć w szkołach powszechnych, ale zakaz nie dotyczył szkół specjalnych, czyli dla głuchoniewidomych, niewidomych lub trędowatych.

³²⁵ *Wanda Maria Błęńska – szkic biograficzny*. „Biuletyn Informacyjny AM” (Poznań) 1994 nr 5 s. 10-13.

³²⁶ A.F., *O lepsze jutro czarnej kobiety...*; Andrzejak, Róžański, *Medycyna i ewangelizacja...*, s. 24-35; *Dokta*. „Echo z Afryki” 1996 s. 42-43, 58-59.

wchodzą: Francuzi, Malgaszę, Wietnamczyk i Włosi. Stan wyposażenia misyjnego szpitala w aparaturę medyczną jest zły, a niewielkie pensje wypłaca pracownikom świeckim administracja państwowa. Czasem koszty opieki medycznej pokrywają sponsorzy.³²⁷ Sprowadzanie leków, stanowiących głównie dary organizacji kościelnych, jest coraz trudniejsze, m.in. z powodu wysokiego cła nałożonego przez rząd malgaski na najbardziej popularne środki farmaceutyczne z tzw. listy podstawowej WHO.³²⁸

Garoua-Boulai (Kamerun)

W 1989 r. wybudowano w Garoua-Boulai Katolicki Ośrodek Zdrowia służący pomocą około 40.000 mieszkańców oraz plemionom koczowniczym dwa razy w roku przechodzącym przez to terytorium. Organizatorką ośrodka była dominikanka, absolwentka studiów farmaceutycznych w Akademii Medycznej w Krakowie, s. Elekta Zofia Zwolińska. Do ośrodka przyjeżdża po darmową pomoc medyczną coraz więcej ubogich chorych nie tylko z Kamerunu, ale też z Republiki Środkowej Afryki.

Ośrodek mieści się w budynku o wymiarach 8 na 16 m, od powstania zbyt małym wobec potrzeb ludności. Kilka lat po powstaniu dobudowano do niego laboratorium i trzy sale, które nadal są niewystarczające wobec liczby osób codziennie przychodzących po pomoc.

Ośrodek prowadzi od szeregu lat dominikanka, lekarz medycyny Małgorzata Grabowska, absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, mająca do pomocy: dwóch pracowników laboratorium, pielęgniarki i asystentów medycznych oraz jedną osobę wydającą leki. Prawie całą dotychczas uzyskaną pomoc materialną ośrodek zawdzięcza parafii św. Dominika w Warszawie, laikatowi z Włoch i siostron klaweriankom, a ponadto Komisji ds. Misji Episkopatu Polski oraz Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” z Poznania. Wobec dużej śmiertelności okołoporodowej matek i dzieci, w 2005 r. siostra M. Grabowska rozpoczęła budowę sali porodowej.³²⁹

Katondwe (Zambia)

W Zambii znajdują się najstarsze szpitale prowadzone przez polskich misjonarzy. Jednym z nich jest szpital w Katondwe w dolinie rzeki Luangwa, w 1962 r. założony na bazie dotychczasowego ambulatorium przez jezuitę, ojca Jana Waligórę. Jak już

³²⁷ List o. Zbigniewa Musielaka, kamilianina z Fianarantsoa na Madagaskarze datowany na 27 listopada 2003 r.

³²⁸ Kret, *Misjonarski Madagaskar...*

³²⁹ Małgorzata Grabowska, *List*. „Raport” 2005 nr 4 s. 2-3; Grzybowski, *Kamerun, Blask...*

wspomniano, początkowo szpitalem kierowała lekarz medycyny Wanda Piotrowska, lekarka świecka korzystająca z pomocy siostr pielęgniarek, a po dwóch latach zarząd objęła lekarka – służebniczka Teresa Wiączek, z którą okresowo pracowały siostry ze Zgromadzenia Misjonarek Św. Rodziny, a następnie służebniczki.³³⁰

W dniu 1 kwietnia 1990 r. siostrę Teresę Wiączek zastąpiła lekarka ze specjalizacją w zakresie chirurgii i zarazem służebniczka Mirosława Góra, która kieruje szpitalem do chwili obecnej. Pomagały jej siostry-pielęgniarki polskie (m.in.: Zofia Chrząstek, Krystyna Matusz, Edyta Wojtowicz i Maria Żywiec) i zambijskie. I tak, w 1990 r. przyjechała siostra Teresa Schmidt, pielęgniarka, która przez 12 wcześniejszych lat pracowała w RPA, a w Katondwe zajęła się czynnościami administracyjno-gospodarczymi. Jej pomysłowość pozwoliła obniżyć koszty działalności szpitala, np. dzięki wytwarzaniu z popiołu i sody mydła do mycia podłóg.³³¹

Siostra M. Góra uruchomiła w szpitalu blok operacyjny, co pozwoliło wykonywać większość zabiegów operacyjnych na miejscu, a także salę porodową, w której odtąd odbywało się około 200 porodów rocznie. Często kobiety w ostatnich dniach ciąży nie były w stanie dotrzeć do szpitala ze względu na brak środków transportu, dlatego przeszkolono akuszerki, które podjęły pracę w odległych wioskach.

Dzięki staraniom siostr, pacjenci poza podstawowym posiłkiem z mąki kukurydzianej otrzymywali mięso, ryby, jajka i warzywa. Żywność była zwykle przywożona z Lusaki, ale w poszukiwaniu oszczędności pracownicy szpitala kupowali w wiosce dużo taniej niż w stolicy Zambii krowę, zabijali i sami ćwiartowali.

Narastającym problemem szpitala stawał się brak personelu pomocniczego, ponieważ przez kilkanaście ostatnich lat zambijskie pielęgniarki masowo wyjeżdżały zagranicę w poszukiwaniu lepszych zarobków.³³²

Praktykowane od połowy lat dziewięćdziesiątych kontraktowanie świadczeń zdrowotnych na krótko poprawiło sytuację materialną szpitala w Katondwe. Rząd Zambii wprawdzie zawarł umowę z przedstawicielami Kościoła katolickiego, na mocy której miał przekazywać 75% funduszy na funkcjonowanie szpitali misyjnych, a Kościół – 25%,³³³ ale od 1998 r. zredukował etaty w sektorze zdrowia i zminimalizował pomoc finansową dla szpitali. Odtąd szpital w Katondwe otrzymywał zaledwie około 300 kwacha (równowartość 3 bułek) dziennie na jednego pacjenta. Za pieniądze otrzymane od rządu zambijskiego należało dokonać zakupów w wyznaczonej hurtowni farmaceutycznej

³³⁰ Maria Ławecka, *Udział Sióstr Służebniczek Starowiejskich w dziele misyjnym*. [W:] Zeszyty Misjologiczne ATK, T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, cz. 1, s. 7-66; Rajkowska, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonarek...*, s. 83-86.

³³¹ Lidia Danilecka, *Szpital na peryferiach świata*. „Misyjne Drogi” 2004 nr 5 s. 35-38.

³³² Zbiory Komisji ds. Misji Episkopatu Polski (dalej: Zbiory Komisji Misyjnej), Podanie o finansowanie szpitala w Katondwe z 2002 r.

w Lusace, w której asortyment leków był bardzo mały. Ponadto leki te były generykami produkcji indyjskiej, które w ocenie misyjnych lekarzy cechowała niska biodostępność. Innym mankamentem rządowych dotacji była konieczność szybkiego wykorzystywania całej sumy przeznaczonej dla szpitala, co prowadziło do nadmiernych zakupów leków i niekiedy przeterminowywania zgromadzonych zapasów.³³⁴

W 2000 r. pomoc finansowa rządu zambijskiego wystarczyła na pokrycie zaledwie 10% potrzeb pacjentów i 30% należnych pensji personelu szpitala w Katondwe. Niedofinansowanie i wysokie ceny paliwa sprawiły, że do Lusaki po zaopatrzenie i pocztę można było jeździć tylko dwa razy w miesiącu. Dwa lata później rząd Zambii zaniechał finansowania szpitala w Katondwe, co skłoniło s. Mirosławę Górę do zwrócenia się z prośbą o pokrycie części wydatków do Komisji ds. Misji Episkopatu Polski, co zostało rozpatrzone pozytywnie.

Trudna sytuacja materialna sprawiła, że w szpitalu w Katondwe niczego nie wyrzucano. Jednostronnie zapisane kartki papieru cięto na kawałki i przygotowywano z nich skierowania na badania laboratoryjne. Z płótna, którym zabezpieczane były paczki z darami, krawcowa szyła piżamy dla dzieci. Ze zniszczonych kocy przygotowywano mopy do mycia podłóg, a z gąbki chrońiącej nadsyłane leki przygotowywano, po uprzednim wypraniu, wypełnienie szpitalnych poduszek.³³⁵

W ostatnich latach szpital borykał się z problemem braku elektryczności i wody, ponieważ stary agregat nie wytrzymał obciążenia i zmuszał do ograniczania dostępu do energii elektrycznej tylko do czterech godzin dziennie oraz do wykonywania jedynie najbardziej koniecznych operacji. W porze suchej prąd pozwala na dopompowanie wody ze strumienia do zbiornika, z którego jest rozprowadzana po całym budynku. Od około 2003 r. sala operacyjna i laboratorium korzystały z ofiarowanych przez Norwegów baterii słonecznych, których silniki wymagały około 600 litrów ropy naftowej miesięcznie. Ropę i części zamienne zakupywano w Lusace, a naprawy systemu baterii słonecznych dokonywali pracownicy szpitala, przeszkoleni przez norweskich wolontariuszy.³³⁶ Innym wymagającym rozwiązaniem problemu była konieczność wymiany półtora kilometrowego odcinka wodociągu doprowadzającego wodę ze sztucznej tamy do zbiorników w szpitalu.³³⁷

Do szpitala w Katondwe docierali pacjenci z Zambii, sąsiedniego Mozambiku i pogranicza z Malawi, których obejmowano nie tylko opieką lekarską, ale i programami profilaktyki, takimi jak np. akcje dokarmiania dzieci do 5 roku

³³³ Tamże, Wniosek o dotację dla szpitala w Mpunde w Zambii z 2003 r.

³³⁴ Zbiory Fundacji, Kwestionariusz szpitala w Katondwe z 1998 r.

³³⁵ Tamże, List s. Mirosławy Góry z grudnia 2000 r.

³³⁶ Zbiory Komisji Misyjnej, List s. Mirosławy Góry z 2003 r. z Katondwe w Zambii.

³³⁷ Zbiory Fundacji, List s. Mirosławy Góry z 18 listopada 1995 r. z Katondwe w Zambii.

życia i szczepienia przeciw poliomyelitis wszystkich dzieci bez względu na wiek, a także podawanie dużych dawek witaminy A osobom podejrzanym o jej niedobór, badanie w kierunku bilharczozy uczniów okolicznych szkół i jej leczenie etc.³³⁸

Mpanshya (Zambia)

W środku zambijskiego buszu znajduje się wioska Mpanshya, w której od 1965 r. działa założony przez jezuitów, a liczący 105 łóżek, szpital św. Łukasza. W 1977 r. prowadzeniem szpitala zajęły się polskie boromeuszki z Mikołowa. W następnych latach wspomagali je studenci medycyny z Irlandii, którzy dzielili dyżury z lekarzem i poznawali pod jego kierunkiem zagadnienia medycyny tropikalnej. W 1999 r. lekarz zrezygnował z pracy w szpitalu w Mpanshya i odtąd największym problemem sióstr boromeuszek (w latach dziewięćdziesiątych były to siostry – pielęgniarki: Sabina Habelok i Stanisława Smarzoch) stał się brak personelu fachowego. Późniejsze starania o znalezienie jego następcy, którym jak wydawało się będzie uchodźca z Rwandy, okazały się nieskuteczne. Kiedyś w szpitalu w Mpanshya podejmowali pracę polscy lekarze opłacani przez organizację Lekarze Świata, która w końcu zrezygnowała z wypłacania im wynagrodzeń. Działalność szpitala oparto w tej sytuacji na pracy wolontariuszy. Np. w 1998 r. dzięki nim udało się przeprowadzić od dawna zaplanowaną akcję szczepień i dożywiania dzieci z niedowagą.

W 2000 r. miejsce siostry Smarzoch zajęła siostra Józefa Słaba. W tym samym roku przez dwa miesiące w zamian za mieszkanie i wyżywienie pracował w Mpanshya młody polski lekarz, Marcin Czerniakow, stając się jedynym lekarzem na całą prowincję, czyli w promieniu około 200 km. W 2001 r. uruchomiono w szpitalu ośrodek dożywiania dzieci i hospicjum z 10 łózkami, które roztaczało opiekę nad przebywającymi w domach 68 dziećmi i 125 dorosłymi terminalnie chorymi na AIDS. W działalność hospicjum włączyły się grupy zambijskich wolontariuszy,³³⁹ a w 2004 r. – dzięki sfinansowaniu podróży przez Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – przez trzy miesiące pracował w nim lekarz pediatra ze Swarzędza, Jan Czosnowski.³⁴⁰

Przy szpitalu utworzono ośrodek dożywiania i prowadzono kursy higieny i prowadzenia domu. Pacjenci przybywają do Mpanshya nawet z odległości 200 km. W 2004 r. w ciągu roku hospitalizowanych było około 15.000 chorych, a w przychodni udzielano średnio 12.000 konsultacji i porad. Ministerstwo Zdrowia Zambii pokrywało tylko około połowy kosztów pobytu chorych w szpitalu,

³³⁸ Tamże, Kwestionariusz szpitala w Katondwe, list lek.med. Rafała Sadowskiego z marca 1998 r.

³³⁹ Zbiory Fundacji, Korespondencja s. Stanisławy Smarzoch i lek. med. Marcina Czerniakowa ze Szpitala św. Łukasza w Mpanshya w Zambii do Fundacji z lat 1995-2000.

³⁴⁰ *Lekarze niosą pomoc*. „Raport” 2004 nr 1 s. 4.

a pozostałe pokrywano dzięki pomocy „Caritas” i różnych innych organizacji charytatywnych.³⁴¹

Mwanga (Tanzania)

Od 1985 r. w miejscowości Mwanga w diecezji Singida w Tanzanii istnieje misja katolicka, przy której działa przychodnia należąca do katolickiego narodowego systemu opieki zdrowotnej. Przychodnię prowadzi międzynarodowa wspólnota Sióstr Białych (Zgromadzenie Sióstr Misjonarek NMP Królowej Afryki). Tutaj przez 12 lat pracowała polska pielęgniarka ze Zgromadzenia Misjonarek NMP Królowej Afryki, siostra Cecylia Bachalska.

Odległość między Mwanga a najbliższym miastem, Arusha, w którym można zaopatrzyć się w leki i materiały medyczne, wynosi 360 km, a dotarcie do najbliższej poczty wymaga pokonania drogi długości 72 km. Podobnie jak większa część Tanzanii, misyjna przychodnia jest pozbawiona prądu elektrycznego. Bardzo skromne wyposażenie przyczynia się do udzielania pomocy medycznej w ograniczonym zakresie. Codziennie do przychodni zgłasza się 200-300 osób (w czasie pory deszczowej jeszcze więcej), które w przypadku otrzymania leków muszą za nie zapłacić. Pacjenci przychodzą z wiosek odległych nawet o 50-60 km.

W 2003 r. w przychodni byli zatrudnieni: 3 lekarze, 7 pielęgniarek, 3 położne, 7 pomocniczek pielęgniarek, 2 laboranci, 2 rejestratorki i 30 osób wybranych z miejscowej ludności i przyuczonych przez siostry a stanowiących personel pomocniczy. Zdarzało się, że do przychodni przyjeżdżali medyczni wolontariusze, którzy podpisywali dwuletnie kontrakty, rezygnując z wynagrodzenia, a całą swoją wiedzę i umiejętności oddając Afryce.

Jeden lekarz i jedna pielęgniarka byli opłacani przez administrację państwową, a pozostały personel utrzymywany był przez diecezję wspomaganą niekiedy przez sponsorów. W przychodni w Mwanga były systematycznie prowadzone szkolenia w zakresie oświaty sanitarnej.³⁴²

Ruhungeri (Rwanda)

W 2004 r. w Rwandzie prywatny sektor zdrowia był o połowę mniejszy od państwowego i składał się ze 120 ośrodków zdrowia i przychodni, 15 gabinetów lekarskich i 35 prywatnych szpitali.³⁴³ Jednym z nich było utworzone w 1965 r.

³⁴¹ Zbiory Fundacji, Kwestionariusz szpitala w Katondwe.

³⁴² List s. Cecylii Bachalskiej do autorki z 10 grudnia 2003 r. z Mwanga w Tanzanii.

³⁴³ Dane pochodzą z National University of Ruanda, Faculty of Medicine, B.P: 117, Butare. – W 2004 r. w państwowym sektorze opieki zdrowotnej w Rwandzie pracowało zaledwie 150 lekarzy rodzinnych i 50 lekarzy specjalistów. Sektor ten składał się z 300 ośrodków zdrowia, 34 szpitali okręgowych i 2 szpitali referencyjnych.

Centrum Zdrowia Nyakinama, które stanowi ściśle współpracujący z administracją państwową ośrodek kościelny należący do diecezji Ruhungeri. Początkowo ośrodek był prowadzony przez dwie siostry dominikanki z Belgii, potem przez świeckie wolontariuszki z Francji, a w latach 1975-1991 przez różne osoby pochodzące z Rwandy lub Burundi. Od 1991 r. Centrum prowadzą polskie siostry zakonne z bezhabitowego Zgromadzenia Sióstr od Aniołów. Mają dyplomy pielęgniarek uzyskane w Polsce i często dodatkowe kwalifikacje zdobyte na kursach organizowanych w Europie Zachodniej.

W latach 1991-1998 Centrum kierowała siostra Ewa Małolepsza, po niej przez kilka miesięcy Rwandyjczyk, Emmanuel Sekomini, w latach 1999-2001 – siostra Barbara Pustulka, następnie do 2003 r. siostra Barbara Perkowska, a od 2003 r. – siostra Halina Kania, dyplomowana pielęgniarka, która po dwóch latach przeniosła się do Zairu (nazwisko siostry obecnie kierującej Centrum nie zostało rozpoznane).

Rocznie w Centrum przyjmowano około 15.000 pacjentów, wśród których jedną trzecią stanowiły dzieci do czwartego roku życia. Codziennie rano przed rozpoczęciem konsultacji siostry wygłaszały pogadankę na temat higieny. W Centrum udzielano porad (w tym dla chorych na AIDS), prowadzono mały szpital i oddział porodowy, wykonywano badania prenatalne i szczepienia. Ponadto prowadzono ośrodek dożywiania dla dzieci. W uzasadnionych wypadkach pacjenci byli przewożeni do odległego o 10 km szpitala.

W Nyakinama urządzono laboratorium analiz lekarskich na tyle dobrze wyposażone, że można w nim było wykonywać podstawowe badania krwi, także na malarię, badanie kału na pasożyty i badanie płwociny na gruźlicę. Inne badania (np. pod kątem HIV/AIDS), po pobraniu na miejscu materiału biologicznego, były wykonywane w laboratorium pobliskiego szpitala. Dość dobrze była wyposażona porodówka, ale brakowało w niej inkubatora dla wcześniaków. Najgorzej przedstawiało się wyposażenie sali opatrunkowej, w której brakowało narzędzi i lampy do wyjaławiania.

Centrum było prawie samowystarczalne finansowo. Duża część kosztów leczenia pokrywali pacjenci, ale to nie wystarczało i dlatego siostry zmuszone były do nieustannego poszukiwania pomocy finansowej różnych organizacji.³⁴⁴

Podsumowując, w misyjną działalność medyczną były zaangażowane najczęściej kobiety, pielęgniarki i zarazem siostry zakonne. Znacznie rzadziej pracę na misjach podejmowali polscy lekarze, a jeżeli decydowali się na wyjazdy, to zazwyczaj krótkoterminowe. Obraz działalności konkretnych misyjnych placówek opieki zdrowotnej prowadzonych przez zgromadzenia zakonne i instytucje kościelne w Afryce był i jest podobny, bo wszędzie brakowało i brakuje pieniędzy na zakup podstawowego

³⁴⁴ Sujka, *Siostry od Aniołów...*

³⁴⁵ Jan Opara SVD, *Tam, gdzie drogi nie mają pieśni*. „Misjonarz” 1990 nr 3-4 s. 3-4.

wyposażenia medycznego i leków oraz na wynagrodzenia dla personelu. Stałym obowiązkiem medycznych misjonarzy było zatem poszukiwanie źródeł finansowania działalności medycznej i prewencyjnej.

5. Pacjenci

Charakterystyka ogólna

Pacjentami prowadzonych przez Polaków misyjnych szpitali i przychodni byli najubożsi mieszkańcy Afryki.³⁴⁵ Ogrom ludzkich tragedii wynikających z niemożności zakupu leków i opłacenia kosztów fachowej pomocy medycznej był tak poruszający, że nawet misjonarze duchowni pozbawieni wykształcenia medycznego podejmowali się realizacji zadań związanych z opieką zdrowotną, takich jak budowa nowych przychodni i szpitali, czy transport chorych. Z takich powodów np. w 2003 r. ks. Zbigniew Trał z parafii św. Józefa w Mpanshya w Zambii rozpoczął budowę małego szpitala w stacji misyjnej Lubalashi.³⁴⁶

Personel misyjnych placówek medycznych obejmował opieką zdrowotną wszystkich potrzebujących bez względu na wyznanie religijne i przynależność narodową lub plemienną. Jeżeli chory był zbyt biedny, żeby zapłacić, leczono go za darmo lub za symboliczną opłatę. Pacjenci docierali do misyjnych ośrodków zdrowia pieszo lub na rowerze, pokonując dystans najczęściej 20-25 km, ale niekiedy znacznie dłuższy. Zdarzało się, że do szpitala zgłaszała się rodzina chorego prosząc o udostępnienie samochodu z uwagi na jego ciężki stan, a niekiedy ciężko chorzy byli przywożeni przez krewnych na taczkach.³⁴⁷ Liczba osób najbiedniejszych korzystających z pomocy medycznej polskich misjonarzy medycznych była znaczna. Np. do wybudowanego w 1989 r. ośrodka zdrowia w Garoua-Boulai zgłaszało się około 15 tysięcy pacjentów rocznie. Byli to ludzie bardzo biedni, żyjący z uprawy ziemi na terenach występowania szarańczy, a więc często pozbawieni jakichkolwiek plonów, a także jakiegokolwiek zgodnej z prawem możliwości zdobycia pieniędzy. Mimo braku pieniędzy każdy z nich otrzymywał niezbędną pomoc medyczną, co było możliwe dzięki wsparciu materialnemu udzielanemu placówce przez anonimowych ofiarodawców z Polski i Włoch.³⁴⁸

W praktyce lekarzy i pielęgniarek misyjnych dużym problemem był brak obycia rdzennej ludności z właściwymi dla medycyny naukowej lekarstwami.

³⁴⁶ Zbiory Komisji Misyjnej, List ks. Zbigniewa Trała z 17 lutego 2003 r. z Mpanshya w Zambii.

³⁴⁷ Justyna Chudzio, *Upalna Wielkanoc*. „Misjonarz” 1993 nr 9 s. 30.

³⁴⁸ Grabowska, *List...*, s. 3.

Zdarzało się, że chorzy zażywali całą dawkę tygodniową naraz, co powodowało ciężkie zatrucie polekowe. Z konieczności wymagano więc, aby pacjenci nawet z dalekich wiosek przychodzili po lekarstwa codziennie lub by podczas farmakoterapii mieszkali w prowizorycznych chatkach zbudowanych w pobliżu szpitala bądź przychodni. Innym problemem było upodobanie tubylców do wszelkich iniekcji. Ponieważ najczęściej stykali się z iniekcjami penicyliny prokainowej, wyglądającej w strzykawce jak biały płyn, czasami miejscowi czarownicy przygotowywali wodną zawiesinę mąki z manioku i wstrzykiwali chorym, powodując u nich bolesne i trudne do wyleczenia ropnie pośladek. Misyjny personel medyczny zdawał sobie przy tym sprawę, że starsi wiekiem czarownicy dysponowali wiedzą o lekach tradycyjalnych skutecznych nawet w przypadku zatruć umyślnych.³⁴⁹

Znaczącym atutem misyjnych przychodni, ośrodków zdrowia i szpitalików była ich lokalizacja na terenach wiejskich, czyli po prostu w buszu. Kultuwujący tradycyjne afrykańskie wartości i obyczaje mieszkańcy wiosek łatwiej znosili pobyt w pobliskim misyjnym szpitalu, którego pracowników znali z wizyt w swoich chatkach, niż w odległej o dziesiątki kilometrów rządowej lecznicy pełnej obcego personelu medycznego i źle zorganizowanej.³⁵⁰

Rozpiętość wieku podopiecznych misyjnych placówek opieki zdrowotnej była znaczna, od noworodków do osób po 80 roku życia. Pacjentami bywali ludzie żyjący na marginesie społecznym i odrzuceni przez lokalne społeczności. Siostra Bożena Rogowska prosząc Komisję ds. Misji Episkopatu Polski o dotację opisała czworo swoich podopiecznych: pięcioletnią Louise Loumilie, porzuconą przez rodziców głuchoniemą, opóźnioną fizycznie i umysłowo dziewczynkę; Josepha Tchinala, trzylatka urodzonego z rozszczepem podniebienia, który dzięki pomocy Polaków przeszedł już jedną operację i oczekiwał następnej; sześcioletnią Catherine Mbamtibi, która po przejściu malarii częściowo ogłuchła i zachorowała na padaczkę; a także dziesięcioletnią Gilamle, półsierotę z paralizem prawostronnym i padaczką, pozostającą pod stałą opieką misji.³⁵¹ W Zimbabwie katolickie placówki misyjne otoczyły opieką ludzi chorych na AIDS i wszystkich odrzuconych przez społeczeństwo, jednak pomoc materialną przekazywano im dopiero wtedy, gdy zaczęli się organizować i usamodzielniać.³⁵²

Częściej pomocy medycznej potrzebowały kobiety niż mężczyźni, co wynikało z czynników kulturowych i z dotkliwej biedy. Na obszarach dotkniętych klęskami żywiołowymi kobiety były często niedożywione, ponieważ za wszelką cenę starały się utrzymać przy życiu swoje dzieci, nawet odejmując sobie od

³⁴⁹ Pałyga, *W środku Afryki...*, s. 164-166.

³⁵⁰ Zbiory Komisji Misyjnej, List ks. Jana Krzysztonia z 16 stycznia 2004 r. Kabwe w Zambii.

³⁵¹ Tamże, Dokumenty dotyczące pomocy finansowej na 2004 r.

³⁵² Rafał Sojka, *Trzeba zacząć od Biblii*. „Misjonarz” 1997 nr 10 s. 18-19.

ust.³⁵³ Sytuację taką opisała pracująca w szpitalu misyjnym w Kenii pielęgniarka – salezjanka, Helena Kamińska, której pacjentkami były kobiety osłabione z powodu głodu tak bardzo, że nie były w stanie chodzić i jedzące z powodu braku pożywienia niedojrzałe, powodujące szereg dolegliwości owoce mango.³⁵⁴ Kobiety wprawdzie przygotowywały posiłki, ale tradycyjna afrykańska obyczajowość pozwalała im jeść dopiero wtedy, gdy mężczyźni najedli się. Na samym końcu mogły jeść dzieci, które szanse na pełnowartościowy posiłek miały najmniejsze, dlatego często chorowały na wynikający z deficytu białka kwashiorkor. Trzeba dodać, że szereg pokarmów stanowił tabu dla kobiet, np. nie mogły one jeść niektórych gatunków ryb i mięsa.³⁵⁵

Potrzeby zdrowotne kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu sprawiały, że w wielu szpitalach misyjnych organizowano oddziały położnicze lub sale porodowe. Śmiertelność okołoporodowa kobiet jest w Afryce bardzo wysoka, np. w 1997 r. w Mali na 100.000 porodów umierało 2.000 kobiet (a więc co pięćdziesiąta), a w Botswanie na 100.000 porodów – 200 kobiet (a więc co pięćsetna). Mimo najlepszych chęci personelu medycznego, w większości afrykańskich szpitali i ośrodków zdrowia nie było warunków, by kontrolować poziom hemoglobiny i ciśnienie krwi kobiet w ciąży.³⁵⁶ W wywiadzie przeciętna 45-letnia pacjentka podawała, że była 15 razy w ciąży, przy czym 5 razy poroniła, 5-cioro dzieci zmarło, a tylko 5-cioro żyło.³⁵⁷ Europejczyków zadziwiała odporność wywodzących się z rdzennej ludności kobiet na ból, ponieważ rodząc nigdy nie krzyczały. Także mężczyźni nie okazywali cierpienia fizycznego, co uważali za sprawę honoru.³⁵⁸

Potrzeby zdrowotne pacjentek w Kenii opisali polscy lekarze-wolontariusze: *Główną zgłaszaną dolegliwością, zwłaszcza przez kobiety, były bóle kregostupa i stawów, co niewątpliwie wiąże się z bardzo ciężką pracą fizyczną. Często bowiem kobieta dźwiga na głowie kilkudziesięciolitrowe wiadro wody lub około 2–30 kilogramową kiść bananów. Na plecach ma przypasane chustą dziecko, a w rękach jeszcze niesie pakunki. Powszeczne też było zapalenie spojówek, które wiązaliśmy ze wszechobecnym pyłem, promieniowaniem słonecznym oraz przygotowywaniem potraw na palenisku.*³⁵⁹

Drugą liczną grupę pacjentów stanowiły dzieci. W misyjnych szpitalach oddziały pediatryczne zawsze były przepełnione. Często przyjmowano noworodki

³⁵³ Zbiory Służebniczek Ducha Świętego, List s. Anny Trzepacz z 3 września 2003 r. z Waragou w Etiopii.

³⁵⁴ Stefania Blecharczyk, *Krótką informacja na temat zaangażowania misyjnego polskich Sióstr Salezjanek w Kościele*. „Nurt SVD” 2001 s. 179-184.

³⁵⁵ Sielużycka, *W sercu dżungli...*

³⁵⁶ Kelsey A. Harrison, *The importance of the educated healthy woman in Africa*. „The Lancet” 1997 s. 644-647.

³⁵⁷ Koźmińska, *Praktyka wakacyjna...*

³⁵⁸ Pałyga, *W środku Afryki...*, s. 166.

³⁵⁹ *Kenia w oczach wolontariuszy*. „My a Trzeci Świat”. Pismo MAITRI, 2003 nr 2, on line.



Ryc. 13. Rdzenne mieszkanki zachodzą w ciążę nawet kilkanaście razy, ale z ich dzieci przeżywają nieliczne

z tężcem spowodowanym złymi warunkami sanitarnymi panującymi w chatach, w których rodziły kobiety mieszkające zbyt daleko od szpitala.³⁶⁰ Do szpitali przyjmowano dzieci w coraz gorszym stanie z powodu niedożywienia.³⁶¹ Większość dzieci zgłaszających się do szpitala jest w stanie beznadziejnym, a to wszystko z niedożywienia – giną jak muchy. (...) W szpitalu również ogromne braki, np. na 100 łóżek mamy zaledwie 5–6 kocy i to wszystko, a obecne noce są chłodne i dzieci cierpią z zimna.³⁶²

Żniwo śmierci zbierał wśród dzieci nie tylko tężec, ale również odra i malaria.³⁶³ W przypadku epidemii odry umierało 10–15 i nawet więcej dzieci dziennie, a wobec permanentnego braku leków i szczepionek personel misyjnych szpitali nie potrafił temu zaradzić.³⁶⁴ Gdy w 2001 r. w Garoua-Boulai wystąpiła epidemia odry obejmująca dzieci od trzeciego miesiąca życia do osób czterdziestoparoletnich, mimo maksymalnego wysiłku lekarki, siostry Małgorzaty Grabowskiej śmiertelność wyniosła około 20%. Tak wysoka śmiertelność wynikała z faktu, że pacjenci trafiali do szpitala w stanie agonijnym i na leczenie było za późno, gdyż zgodnie z miejscowymi zwyczajami tubylcy najpierw zgłaszali się do czarownika.³⁶⁵

Najwięcej zgonów dzieci powodowała zbyt późno leczona malaria, ponieważ dostępne w misyjnych szpitalach i przychodniach leki przeciwzimmnicze, chloroquine i fansidar, przestały być efektywne, a środki farmaceutyczne nowej generacji były za drogie. O podatności na choroby infekcyjne i związanej z nimi wysokiej śmiertelności dzieci w Afryce świadczyły relacje wielu medycznych misjonarzy. U dzieci mniejsza odporność na choroby zakaźne spowodowana była zwykle anemią wywołaną chorobami pasożytniczymi albo brakiem białka w diecie.³⁶⁶

W latach dziewięćdziesiątych XX w. nową grupę podopiecznych szpitali misyjnych stały się niemowlęta zarażone HIV w łonie matek, nie zdających sobie sprawy ze swego zarażenia (w 2001 r. było to 800.000 przypadków na całym kontynencie), a także dzieci osierocone przez rodziców zmarłych na AIDS. Tylko w Zimbabwie żyją 94.000 takich sierot.³⁶⁷ W większości krajów subsaharyjskich opieka społeczna nie istnieje, dlatego osierocone dzieci są przynoszone lub same przychodzą szukać pomocy do misyjnych placówek opieki zdrowotnej.

³⁶⁰ Rajkowska, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonarek...*, s. 101.

³⁶¹ www.who.int – W 2003 r. w Afryce subsaharyjskiej liczbę dzieci z niedowagą spowodowaną niedożywieniem szacowano na 37 milionów (dla porównania, w 1990 r. – 29 milionów).

³⁶² Tamże, s. 100.

³⁶³ www.who.int – W 2002 r. w Afryce subsaharyjskiej zmarło z powodu malarii ponad 800.000 dzieci w wieku do 4 lat.

³⁶⁴ Kurdziel, *Kochani moi rodacy...*

³⁶⁵ Zbiory Fundacji, List s. Małgorzaty Grabowskiej z 23 kwietnia 2001 r. z Garoua-Boulai w Kamerunie.

³⁶⁶ Justyna Chudzio, *Upalna Wielkanoc*. „Misjonarz” 1993 nr 9 s. 30.

³⁶⁷ Schultz, *Health economics and applications...*, s. 637–639.

Na przykład w szpitalu w Katondwe w 2004 r. zarejestrowano 1.000 sierot, które otrzymywały żywność i odzież i które w miarę swoich możliwości pomagały na wyznaczonych przez szpital polach kukurydzianych, za co mogły zbierać kukurydzą na własne potrzeby. Dzieci potrzebujących pomocy było dużo więcej, ale szansą objęcia ich opieką stał się wprowadzony dopiero w 2004 r. program WHO obejmujący zwalczanie AIDS, gruźlicy i malarii. Realizatorami programu stali się m.in. polscy misjonarze medyczni.³⁶⁸

W wielu krajach Afryki źródłem chorób była zanieczyszczona woda czerpana z rzek, potoków i kałuży, nie przegotowywana z braku naczyń, które mogłyby do tego celu służyć. Rodzina zwykle posiadała zaledwie 1-2 garnki, w których trzeba było ugotować posiłek. Relacje sióstr zakonnych – pielęgniarek dowodziły całkowitego braku wiedzy Afrykańczyków o zasadach higieny, co odbijało się na stanie zdrowia dzieci, cierpiących z powodu zaropiałych oczu, ran i wrzodów pełnych robactwa oraz chorób pasożytniczych przewodu pokarmowego.³⁶⁹

Edukacja matek w zakresie higieny i przygotowywanie dziewcząt do przyszłej opieki nad dziećmi znajdowały się w centrum uwagi wszystkich misyjnych szpitali i przychodni. Aby matki dobrze odżywiały dzieci i trafnie oceniały ich rozwój, pielęgniarki korzystały z diagramu UNICEF-u dotyczącego prawidłowego wieku i wagi, na który podczas każdej wizyty w wiosce nanosiły punkt odpowiadający aktualnemu ciężarowi dziecka. Po połączeniu punktów powstawał właściwy dla każdego dziecka wykres, łatwy do oceny przez niepiśmienną matkę.³⁷⁰

Coraz liczniejszą grupą pacjentów misyjnych szpitali były osoby chore psychicznie, które nie wytrzymały konfrontacji z cywilizacją zachodnią, jej tempem i zupełnie inną od afrykańskiej skalą wartości oraz moralnością.³⁷¹ Egzotycznymi, ale stosunkowo częstymi, urazami leczonymi przez misyjny personel medyczny były pogryzienia przez krokodyle i hipopotamy.³⁷²

Misjonarze w swoich relacjach podkreślali swoistą geografę chorób w Afryce. W regionach suchych panowały choroby z niedożywienia, w rejonach wilgotnych – malaria, w głębi kontynentu, tam dokąd biali dotarli stosunkowo niedawno i rdzenna ludność nie miała okazji do wcześniejszego przystosowania się do cywilizacji zachodniej – choroby psychiczne, a wzdłuż tras komunikacyjnych oraz szlaków migracji ludzi szukających stałej lub sezonowej pracy – AIDS, syfilis i inne choroby weneryczne.

Tak więc, wśród pacjenci zgłaszali się do misyjnych placówek medycznych z różnymi dolegliwościami, których leczenie stwarzało polskim pielęgniarkom i lekarzom wiele trudności z uwagi na: brak środków leczniczych i szczepionek, niemożność

³⁶⁸ Zbiory Fundacji, Dokumentacja szpitala w Katondwe w Zambii.

³⁶⁹ Katarzyna Kołodziejczyk, *Burundi, W oczekiwaniu na rozstrzygnięcia*. „Misjonarz” 1986 nr 3 s. 25-28.

³⁷⁰ Sielużycka, *W sercu dżungli...*

³⁷¹ Pałyga, *W środku Afryki...*, s. 167.

³⁷² Zbiory Fundacji, List s. Mirosławy Góry z Katondwe w Zambii z 5 czerwca 2004 r.

leczenia według standardów medycyny naukowej, brak doświadczenia w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, powtarzalność występowania i nierozwiązywalność problemu mającego źródło w uwarunkowaniach społecznych etc.

Udział Polaków w opiece nad trędowatymi

Od czasów zaborów polskie społeczeństwo wykazywało szczególną wrażliwość na tragiczne doświadczenie trądu, choroby powodującej stygmatyzację i wyrzucenie poza nawias społeczeństwa. Polacy współczuli ludziom wyrzuconym poza nawias społeczeństwa i skazanym na cierpienie w samotności z powodu choroby deformującej ciało i trwale naznaczającej stygmatem nieczystości i winy. Mimo odkrycia w 1873 r. przez norweskiego lekarza, Armauera Hansena, prątka *Mycobacterium leprae*, medycyna jeszcze długo była bezradna wobec trądu. Jako pierwszy postawę sprzeciwu wobec stygmatyzacji trędowatych wykazał – jak już wspomniano – polski jezuita, Jan Beyzym (1850-1912). Pochodził z rodziny ziemiańskiej, ale zrezygnował z rodzinnego majątku i wstąpił do Towarzystwa Jezusowego zamierzając wyjechać na misje wśród trędowatych. Przez siedemnaście następnych lat przełożeni powierzali mu zadania wychowawcy w nowicjacie, aż w 1898 r., w wieku 48 lat, przybył na misję jezuicką na Madagaskar, gdzie poświęcił się opiece nad około 150 trędowatymi żyjącymi w drastycznie złych warunkach w schronisku w Ambahivoraka.³⁷³

Beyzym był pionierem nowoczesnej opieki nad trędowatymi, w tym specjalnie dla nich opracowywanej terapii zajęciowej. Wymiernym sukcesem ojca Beyzyma było zmniejszenie liczby zgonów jego podopiecznych z 5-7 na tydzień do 5-7 na rok. Dzięki pieniądзом zebranych w znajdującej się pod zaborami Polsce udało mu się wybudować szpital w Maranie w pobliżu Fianarantsoa, który otwarto w 1911 r., a więc na rok przed jego śmiercią.³⁷⁴

Warto zaznaczyć, że dla wprowadzenia nowoczesnej opieki nad trędowatymi szczególne zasługi miał Albert Schweitzer (1875-1965), protestant, który w 1913 r. porzucił karierę lekarską w Europie i wyjechał do Gabonu, by w miejscowości Lambaréné założyć szpital i leprozorium, za co w 1953 r. otrzymał Pokojową Nagrodę Nobla.

Działania A. Schweitzera były jednak zapewne nieznanne jezuitcie, ojcu Apoloniuszowi Kraupowi, który w 1914 r. w Katondwe podjął opiekę nad trędowatymi. Według zanotowanych przez o. Kraupa wypowiedzi rdzennej ludności była to choroba dziedziczna zwana *phere*, ujawniająca się pod wpływem błędu dietetycznego polegającego na zjedzeniu nawet małej ilości mięsa lub tłuszczu krokodyla, hipopotama,

³⁷³ *Błogosławiony Ojciec Jan Beyzym SJ – Apostoł Madagaskaru. Wybór listów*. Warszawa 2002, s. 74-192

³⁷⁴ Kret, Misjonarski Madagaskar...



Ryc. 14. Trędowata pacjentka misyjnego ośrodka w Arusha w Tanzanii

słonia czy nosorożca. Kraup zauważył, że postęp trądu można zahamować poprzez modyfikację diety i leczenie ran korzeniami znanej tubylcom rośliny, którą uważał za odpowiednik występującego na ziemiach polskich trędownika, *Scrophularia nodosa*, stosowanego w Europie podczas średniowiecznych epidemii trądu. Terapia, jaką A. Kraup stosował wobec trędowatych, polegała na gruntownym oczyszczeniu ran karbolem lub sublimatem, następnie „piekielnym kamieniem” (prawdopodobnie był to azotan srebra), a w końcu zakładał maść otrzymaną od krakowskich karmelitanek. U chorych przychodzących do niego dłuższy czas i przyjmujących dodatkowo środek przeczyszczający w postaci soli gorzkiej, zauważył zahamowanie postępu choroby. Prawdopodobnie A. Kraup stykał się z chorymi na lżejszą, tuberkuliczną postać trądu, obejmującą skórę i obwodowy układ nerwowy, a cechującą się powolnym przebiegiem i stopniową utratą czucia, co mogło powodować rany i zniekształcenia.³⁷⁵

Dzięki współpracy z lekarzami angielskimi, szczególny wkład w rozwój farmakoterapii trądu miała pracująca od 1951 r. w Buluba w Ugandzie Wanda Błęńska. W latach pięćdziesiątych współpracowała ze znanym angielskim leprologiem, R. G. Cochrane i podobnie jak on stała się pionierem w stosowaniu w terapii trądu dapsonu, leku z grupy sulfonów (po kilku latach okazało się, że powoduje on lekooporność prątków trądu). Od 1984 r. stosowała leczenie wielolekowe rekomendowane przez WHO (rifampicyna, dapsonu i clofazymina lub etionamid), które sprawiło, że w latach osiemdziesiątych XX w. trąd uznano za chorobę uleczalną.³⁷⁶

Inny charakter miał udział polskich pielęgniarek – siostr zakonnych w prowadzeniu leprozoriów w Afryce. Zapoczątkowała go w 1974 r. pielęgniarka ze Zgromadzenia Służebniczek NMP Śląskich, Krystyna Teresa Ignaczak (ur. 22.05.1935 r.), która do 1977 r. opiekowała się trędowatymi w Figuil w Kamerunie.³⁷⁷ Od 1981 r. pielęgniarka – józefitka, Damiana Rojek, pracuje w leprozorium położonym 7 km od stacji misyjnej w Brazzaville (Kongo), w której mieszkała. Codziennie dojeżdża na motocyklu, by opiekować się około 50 chorymi – różnych wyznań – na trąd postaci lepromatycznej (wieloprątkowej). Proces chorobowy w tej złośliwej postaci trądu prowadzi do trwałych okaleczeń i deformacji ciała. Chorzy przebywają w szpitalu przez kilka miesięcy, po czym wracają do swego środowiska. Leprozorium było pozbawione lekarza i dlatego od ćwierć wieku siostra Rojek nadzoruje całokształt jego działalności, organizuje pracę pozostałego personelu i wykonuje kontrolne badania na obecność prątków. W jej ocenie, uciążliwość pracy w leprozorium wynika z upału, monotonii oraz cuchnących ran pacjentów i przez nich samych była

³⁷⁵ Grzebień, Kozłowiecki, *Wśród ludu Zambii*. T. I..., s. 146.

³⁷⁶ Anna Koźmińska-Kubarska, *Nowe kierunki w leczeniu trądu*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1983 s. 1439-1441.

³⁷⁷ Andrzej Halemba, *Polscy misjonarze w Afryce wczoraj i dziś*. „Annales Missiologicae Posnaniensis” T. 12 2001 s. 161.

łagodzona, bo wprawdzie czasami bywają zniecierpliwieni, ale częściej wykazują wrodzony optymizm i pogodę ducha.³⁷⁸

Na udział Polaków w opiece nad trędowatymi składała się też postęga kamilianów przebywających od 1981 r. w misji w Fianarantsoa na Madagaskarze.³⁷⁹ Ponadto od 1986 r. w zamieszkałej głównie przez Pigmejów stolicy wschodniej prowincji Kamerunu, Bertoua, siostry pasjonistki z Warszawy prowadziły przychodnię w kolonii dla trędowatych.³⁸⁰ W końcu tej samej dekady rozpoczęły posługę trędowatym w szpitalu w Kifangondo w Angoli pielęgniarki – służebniczki: Sylwestra Pietrucka i Martyna Sojka,³⁸¹ a w następnych latach polskie Siostry Białe podjęły pracę w leprozorium w Arusha w Tanzanii.³⁸²

W ostatnim ćwierćwieczu potrzeby w zakresie opieki nad trędowatymi zmalały. Dzięki wczesnemu wykrywaniu i nowym możliwościom terapii liczba chorych na trąd została istotnie zmniejszona. Np. w 1989 r. w Nigerii żyło około 250.000 trędowatych, a w 1999 r. liczba chorych na trąd w tym kraju wynosiła około 7.000. Problem wykrywania i leczenia trądu nie stracił jednak aktualności, bo od 2001 r. zauważalny jest wzrost zachorowań, a ponadto nadal potrzebna jest rehabilitacja osób, u których trąd zaleczono.³⁸³

Rozpoznając zaangażowanie Polaków w służbę trędowatym należy odnotować działalność założonego w grudniu 1989 r. w Krakowie Towarzystwa Przyjaciół Trędowatych, które objęło szczególną troską materialną m.in. ośrodki leczenia trędowatych w Kamerunie i na Madagaskarze.³⁸⁴ Jego działalność nie była wyjątkowym zjawiskiem, ale zawierała się w nurcie poczynań takich międzynarodowych organizacji charytatywnych jak: International Federation of Anti-Leprosy Associations z siedzibą we Francji, czy International Leprosy Association z siedzibą w USA, które w drugiej połowie XX w. i na początku XXI w. wspomagały walkę z trądem prowadzoną przez WHO.³⁸⁵

Podsumowując, Polacy w rozmaity sposób okazywali postawę nieobojętności wobec ludzi dotkniętych trądem. Godne podkreślenia jest zaangażowanie Pola-

³⁷⁸ Damiana Rojek, *Siostry Józefitki na nowej placówce*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1985 s. 18-20.

³⁷⁹ Ankieta wypełniona dla autorki przez o. Zbigniewa Musielaka, kamilianina z misji w Fianarantsoa na Madagaskarze w 2004 r.

³⁸⁰ Henryk Jerzmański, *Poznać ludzi, zdobyć zaufanie...* „Misjonarz” 1990 nr 2 s. 6-8.

³⁸¹ Sylwestra Pietrucka, *Norwe powołania*. „Misjonarz” 1989 nr 3 s. 30.

³⁸² Zbiory Fundacji, korespondencja z misyjnymi placówkami medycznymi w Arusha w Tanzanii z lat 1996-1999.

³⁸³ E. N. Nnoruka, I. Obiagboso, *Leprosy: From the Clinics of a Tertiary Institution in South Eastern Nigeria*. „Leprosy Review” 2003 s. 279.

³⁸⁴ *Towarzystwo Przyjaciół Trędowatych*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1992 s. 33-34.

³⁸⁵ Katarzyna Kołodziejczyk, *Od trądu się nie umiera*. „Misjonarz” 1987 nr 2 s. 10-11. – Uświadomieniu faktu, że na trąd – według różnych szacunków – nadal choruje od 15 do 20 milionów ludzi, służy Światowy Dzień Trędowatych obchodzony w ostatnią niedzielę stycznia.

ków w organizację nowoczesnych ośrodków wykrywania, leczenia i rehabilitacji trędowatych w Afryce, a także przekazywanie przez polskie społeczeństwo darów materialnych na ten cel.

Misje a zwalczanie HIV/AIDS

Przydomkiem „trądu XX w.” obdarzono AIDS, na który w 2002 r. tylko w Afryce subsaharyjskiej chorowało 25–29 mln osób, co stanowiło 70% wszystkich przypadków na świecie.³⁸⁶ W 2004 r. wśród zarażonych HIV w Afryce subsaharyjskiej, 57% stanowiły kobiety i dziewczęta, a odsetek ten od lat stale rośnie.³⁸⁷

Afrykańscy wykazują różne postawy wobec tej choroby, w większości dowodzące trwałości ich pradawnej kultury i bardzo płytkich wpływów cywilizacji zachodniej. Np. w Botswanie będący autorytetami dla rdzennej ludności czarownicy, czyli *ngaka ya dishotswa*, uważają, że jest to „nowoczesna” choroba przyniesiona przez białych i dlatego leki medycyny tradycyjnej są wobec niej bezskuteczne. Inni czarownicy uważają, że jest to choroba występująca u mężczyzn, którzy naruszyli tabu seksualne, współżycie z kobietą miesiączkującą lub przez pewien okres po porodzie, co spowodowało zanieczyszczenie jej krwi.³⁸⁸

W Kamerunie na AIDS wymierają całe rodziny i dlatego chorym nie ma kto pomóc. Mimo dramatycznego przebiegu epidemii, wiedza mieszkańców Kamerunu na temat przyczyn tej choroby jest niewielka. Zdaniem tubylców jej przyczyną są czary.³⁸⁹

Podobnie Zambijczycy uważają, że zachorowanie na AIDS jest rezultatem rzucenia czarów, dlatego opłacają sownie czarownika, aby wykrył sprawcę choroby. Następnie mieszkańcy wsi dokonują samosądu na wskazanej osobie. W Zambii, podobnie jak w większości innych krajów afrykańskich, czarownicy wykonują rytualne nacięcia żyłką skóry osób z HIV/AIDS i zdrowych członków ich rodzin, przyczyniając się do szerzenia epidemii. W Zambii nawet do 40% mieszkańców miast oraz 50% mieszkańców wsi jest zainfekowanych wirusem HIV. W przypadku położnic zgłaszających się do szpitala w Katondwe odsetek zarażonych HIV w końcu lat dziewięćdziesiątych XX w. wynosił około 15%.³⁹⁰

Także w Mozambiku, podobnie jak w większości krajów Afryki, ludność nadal nie zdaje sobie sprawy, co jest przyczyną epidemii HIV/AIDS. Jak w 2004 r.

³⁸⁶ Stjernswärd, *Uganda: Initiating a Government Public...*, s. 257.

³⁸⁷ www.who.int

³⁸⁸ Cecil G. Helman, *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*. Oxford-Boston-Johannesburg 1998 s. 356–357.

³⁸⁹ Zbiory Fundacji, List s. Małgorzaty Grabowskiej z 13 czerwca 1998 r. z Garoua-Boulai w Kamerunie.

³⁹⁰ Zbiory Fundacji, list lek.med. Rafała Sadowskiego z marca 1998 r.

relacjonowała pielęgniarka i służebniczka, Rozalia Paliczka: *Zachorują, chodzą od znachora do znachora, ten zaś oskarża zmarłych dziadków, ciotki, przodków, a oni muszą płacić sporo. Płacą najczęściej kozami, bo nie każdy ma pieniądze, a kończą zawsze tak samo – śmiercią... Tu otwarcie nie można jeszcze mówić rodzinie, czy bliskim, że ten ktoś jest chory na AIDS, najczęściej to gruźlica, biegunka. Jest to temat tabu, co sprzyja szybkiemu rozprzestrzenianiu się choroby. (...) My przez plakaty, pogadanki, filmy, dyskusje staramy się uświadomić ludziom grozę sytuacji. Nasz cmentarz przyszpitalny zapełnia się coraz to młodszymi zmarłymi i ludzie nie wiedzą dlaczego. To dosyć trudno powiedzieć młodemu człowiekowi, że jest skazany na śmierć. Reakcja może być bardzo różna, nawet wśród naszych chrześcijan. Wielu jest takich, którzy nie chcą umrzeć samotnie, więc dowiadując się o swojej chorobie zarażają innych! (...) Są też inne tradycje seksualne – dla nas trudne do zrozumienia – które sprzyjają szybkiemu rozprzestrzenianiu się choroby.*³⁹¹

W wielu krajach Afryki, np. w Demokratycznej Republice Kongo, Kenii, Rwandzie, Sudanie, Tanzanii, w plemieniu Luo w Ugandzie i w Zambii, szerzeniu HIV/AIDS sprzyjają właśnie owe tradycje seksualne. Zgodnie z nimi tożsamość i status społeczny kobiety są określane przez wspólnotę klanową męża, dlatego po śmierci męża, także w przypadku zgonu na AIDS, kobieta jest „dziedziczona” przez któregoś z jego braci lub dalszych krewnych wydłużając w ten sposób łańcuch zachorowań.³⁹²

Opanowanie AIDS w szeregu krajów było i jest niemożliwe w sytuacji legalnej poligamii. Np. w Senegalu prawo nadal pozwala mieć cztery żony jednocześnie, które w dodatku łatwo jest zmieniać, co sprzyja szerzeniu się zakażeń HIV/AIDS i chorób wenerycznych. Ten stan wymuszał reorganizację misyjnych przychodni w Senegalu tak, by mogły w nich funkcjonować laboratoria analiz lekarskich niezbędne dla wykrywania coraz to nowych zarażonych, co z kolei pochłania duże sumy pieniędzy i zmusza do permanentnego poszukiwania coraz to nowych darczyńców.³⁹³

Ogrom wyzwań stojących przed placówkami medycznymi w związku z epidemią HIV/AIDS w Afryce obrazuje również przykład szpitala w Likuni w Malawi, w którym w 2002 r. zdarzały się dni, kiedy wszyscy pacjenci mieli oznaki immunosupresji i dni, kiedy umierała nawet jedna trzecia hospitalizowanych pacjentów. W tym kraju ludzie nie wierzą w istnienie HIV, bo przyczyną śmierci stają się powikłania AIDS, takie jak: gruźlica, nowotwory, infekcje dróg oddechowych etc., a więc „niewidzialny” wirus HIV nie istniał.³⁹⁴

³⁹¹ Zbiory Służebniczek Ducha Świętego, List s. Rozalii Paliczki z 13 lutego 2004 r. z Maringue w Mozambiku.

³⁹² Isaac Luginaak, David Elkins, Eleanor Maticka-Tyndale, Tamera Landry, Mercy Mathui, *Challenges of a pandemic HIV/AIDS-related problems affecting Kenyan widows*. „Social Science & Medicine” 2005 s. 1219-1228.

³⁹³ Zbiory Komisji Misyjnej, Kwestionariusz projektu budowy nowego laboratorium w Pikine, opracowany przez s. Ksawerę Michalską, datowany na 19 marca 2002 r.

³⁹⁴ Koźmińska, *Praktyka wakacyjna...*

W zakresie opieki nad chorymi i profilaktyki HIV/AIDS Kościół katolicki pozostał najaktywniejszą strukturą pozarządową w Afryce subsaharyjskiej. W obliczu zakorzenionych w dawnych wierzeniach religijnych postaw tubylców, Kościół jest inicjatorem takich programów walki z tą epidemią, by – używając pojęć antropologicznych – nosicielami zmiany postaw wobec AIDS stawali się przedstawiciele miejscowej ludności.³⁹⁵

Dla przykładu, w 1992 r. szpital misyjny w Katondwe w Zambii uruchomił pierwszy program zapobiegania AIDS w oparciu o bardzo skromne finansowanie i niewielki zespół ludzi, by z czasem stać się wzorcowym ośrodkiem szkolenia w tym zakresie. Na pierwsze doświadczenia zespołu tego szpitala w zakresie walki z AIDS złożyły się działania związane z wykonywaniem testów w kierunku AIDS, zawsze poprzedzane rozmową wstępną przeprowadzaną przez zambijski personel wyjaśniający naturę badania i choroby. Pacjent miał prawo odmówić badania krwi, a jeśli wyraził zgodę na test i wynik wskazywał na zakażenie HIV, mógł dodatkowo poprosić o wizyty domowe przeprowadzone przez pracowników szpitala. Chorzy w stanie terminalnym obejmowani byli opieką domową polegającą na dostarczaniu leków i żywności do miejsca zamieszkania. W 1995 r. szpital był wizytowany przez delegację Danchurch Aid, która wysoko oceniła rzetelność finansową w realizacji tego programu zapobiegania i leczenia AIDS. Uznanie duńskiej komisji wzbudziła też organizacja edukacji prozdrowotnej, opieka domowa nad chorymi i działalność opiekuńcza wobec sierot po rodzicach zmarłych na AIDS. Pozytywna ocena sprawiła, że odtąd dotowali realizację programu walki z HIV/AIDS w Katondwe.³⁹⁶

Skalę epidemii HIV/AIDS w Zambii unaocznia relacja wolontariuszki w szpitalu w Katondwe, pielęgniarki Anny Wachowiak, z 1998 r.: *Obecnie orientacyjnie na 50 pacjentów 35 ma „kapcia”, co oznacza, iż są HIV pozytywni. Oni sami wiedzą o nosicielstwie lub chorobie, ale ze względu na osoby współżycujące w tej samej sali nie używa się określeń HIV/AIDS, pozytywny, negatywny. Każdy ma prawo zachować wynik badania dla siebie. Stąd właśnie sformułowanie „kapeć”, które z czasem może zostać zastąpione innym, niczego nie sugerującym okolicznym mieszkańcom. W oddziale izolacyjnym przebywała dziewczynka (14 lat) upośledzona umysłowo. Miała „kapcia”. Kiedy się do niej podchodziło, zachowywała się jak zaszczute zwierzątko. S. Mira [Góra] podejrzała, że to może jej ojciec był sprawcą infekcji i nie chciała wypisać jej do domu, mimo, że on przychodził do szpitala i nawet dość troskliwie się swoją córką zajmował. Zgodził się też na jej badanie w kierunku HIV, a gdy wynik okazał się dodatni, także na swoje własne. On jednak był zdrowy. W rozmowie przyznał następnie, że był taki moment w życiu jego i jego zmarłej żony, kiedy on miał kogoś „na boku” i ona również.*

³⁹⁵ Editorial, *Impact of HIV on delivery of health care in sub-Saharan Africa: a tale of secrecy and inertia*. „The Lancet” 1995 s. 1315-1317.

³⁹⁶ Zbiory Fundacji, List s. Mirosławy Góry z 18 listopada 1995 r. z Katondwe w Zambii.



Ryc. 15. Pacjent z AIDS w szpitalu w Katondwe

*Można więc przypuszczać, że to tamten kochanek zainfekował najpierw matkę dziewczynki, a później ją samą.*³⁹⁷

Realizowany w Katondwe program walki z HIV/AIDS miał koordynatora podlegającego zarządowi szpitala. Z kolei koordynatorowi podlegał tzw. *Core Team*, zespół podstawowy, w skład którego wchodziły cztery sekcje: opieki domowej (przynajmniej raz w tygodniu wyjeżdżała w teren, by odwiedzić chorych i zaopatrzyć ich w leki oraz żywność); sekcja sierot (w 2004 r. mająca około 1.200 podopiecznych, bo mimo znacznie większych potrzeb do większej liczby osób nie dałoby się dotrzeć), którym z pomocą różnych organizacji charytatywnych kupowano pomoce naukowe, odzież, żywność etc.; sekcja edukacyjna organizująca szkolenia na temat AIDS realizowane w formie np. spektakli teatralnych; a także zespół pracy pastoralnej przekazujący miejscowej ludności szeroko pojęte wartości chrześcijańskie.³⁹⁸

Wartościowe próby leczenia HIV/AIDS podjęły siostry ze szpitala misyjnego w Maringue w Mozambiku, które od kilku lat przygotowują własnoręcznie leki z aloesu lub afrykańskiego ziemniaka i podają je chorym zarażonym wirusem HIV dla wzmocnienia systemu odpornościowego. *Nie jest jeszcze dokładnie zbadane, jakie dają efekty, ale jedna z naszych chrześcijanek bierze lek już rok i czuje się bardzo dobrze, tak samo jak dwóch młodszych synów. Jak na razie choroba się nie ujawniła. Mąż owej kobiety zmarł ponad rok temu.*³⁹⁹ Siostry o tym nie wiedziały, lecz zasadność stosowania leków z afrykańskiego ziemniaka (*Solanum delegoense*) w leczeniu AIDS została potwierdzona badaniami naukowymi przeprowadzonymi w 1997 r. przez Swedish Agency for Research and Co-operation in Developing Countries.⁴⁰⁰

Kościelne hospicja dla chorych na AIDS były zwykle zakładane przez misyjne pielęgniarki – siostry zakonne, a także przez księży (prowadząc posługę duchową dla chorych na AIDS niekiedy brali odpowiedzialność za finansowanie hospicjów, w których oni przebywali) lub przeszkolone osoby świeckie. Warto zaznaczyć, że część wiosek, w których powstały hospicja, nie miała wcześniej dostępu do fachowej pomocy medycznej ani żadnego kontaktu z edukacją na temat zapobiegania AIDS.⁴⁰¹

Powstawanie hospicjów dla chorych na AIDS w Afryce stanowi fenomen ostatnich kilkunastu lat i dlatego zestawienie ich kompletnej listy jest trudne. Np. w połowie lat dziewięćdziesiątych w stolicy Zambii, Lusace, boromeuszka, siostra Leonia Kornas, zorganizowała hospicjum dla chorych na AIDS, a siostra Ryszarda Piękoś, salezjanka, przystąpiła do realizacji projektu „Miasto Nadziei” („City of

³⁹⁷ Tamże, list Anny Wachowiak z Katondwe z maja 1998 r.

³⁹⁸ Danilecka, *Szpital na peryferiach...*, s. 35-38.

³⁹⁹ Zbiory Służebniczek Ducha Świętego, List s. Rozalii Paliczki z 13 lutego 2004 r. z Maringue w Mozambiku.

⁴⁰⁰ Ndubani, Höjer, *Traditional healers...*, s. 15-25.

⁴⁰¹ List ks. Zbigniewa Chwaji, sercanina i przez wiele lat misjonarza w RPA, do autorki datowany na 11 grudnia 2003 r.

Hope”) i na przyznanym przez rząd terenie współtworzyła szkołę dla dziewcząt osieroconych przez rodziców zmarłych na tę chorobę.⁴⁰²

Kościelne programy walki z HIV/AIDS obejmowały też opiekę nad dziećmi rodziców zmarłych na AIDS, np. w Botswanie w parafialnych sierocińcach wprowadzono zasadę utrzymywania kontaktu podopiecznych z dalszą rodziną, aby po opuszczeniu ośrodka i usamodzielnieniu podopieczni nie czuli się wyobcowani z klanowej wspólnoty.⁴⁰³

Katolickie programy zapobiegania i zwalczania AIDS w Afryce budziły zainteresowanie różnych organizacji charytatywnych i indywidualnych darczyńców, którzy chętnie przekazywali pieniądze na ten cel. W 2001 r. specjalną dotację w wysokości 3.000 USD otrzymała od Komisji Misyjnej Episkopatu Polski siostra Krystyna Starek, Misjonarka Św. Rodziny, która potrzebowała pieniędzy na zorganizowanie w Lusace spotkań z młodzieżą z marginesu społecznego, a więc najbardziej zagrożoną AIDS, celem przekazania wiedzy o zapobieganiu zarażeniom HIV.⁴⁰⁴ Jest godne podkreślenia, że kościelne szpitale i ośrodki zdrowia zostały uznane przez WHO za najrzetelniejsze kanały dystrybucji leków antyretrowirusowych dla potrzebujących.⁴⁰⁵

Reasumując, chociaż misyjne placówki opieki zdrowotnej funkcjonowały dla wszystkich potrzebujących, pewne zakresy posługi leczniczej i opiekuńczej budziły szczególne zainteresowanie i aktywność polskich misjonarzy medycznych. Była to opieka nad trędowatymi oraz zwalczanie epidemii AIDS w Afryce. Działania polskich misjonarzy na rzecz trędowatych i chorych na AIDS były przemyślane, racjonalne i często uważane za wzorcowe, ale wymagały od nich niezwykłej determinacji i odwagi cywilnej.

5. „Portrety” wybranych misjonarzy

Autorem pierwszego portretu literackiego misjonarzy był Henryk Sienkiewicz, który w 1891 r. pod wrażeniem podróży do Zanzibaru napisał o nich: *Nie widziałem nigdzie – ja, który wiele jeździłem – ludzi podobnie zadowolonych, nawet i ze swej doczesnej doli. Uderzało mię to i w Zanzibarze, i w Bagamoyo, i w położonej głębiej Manderze. Po naszymu możnaby to znów wytłumaczyć chyba tym, że owe życiowe troski, owe gorączkowe zabiegi, owa walka o byt, o bogactwa, wygody, o zapewnienie sobie przyszłości, kończy się zawsze u bram misji... Ci ludzie zdotali sobie wytworzyć na świecie to, co na pierwszy rzut oka wydaje się niedościgłym – zupełną pewność przyszłości i zupełne jej bezpieczeństwo.*

⁴⁰² Kazimierz Cichecki, *Niech będzie pochwalony Jezus Chrystus*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1997 s. 186.

⁴⁰³ Janusz Prud, *Wigilia pod drzewem palmowym*. „Misjonarz” 2004 nr 1 s. 33.

⁴⁰⁴ Zbiory Komisji Misyjnej, Podanie s. Krystyny Starek z Lusaki z 2002 r.

⁴⁰⁵ Siringi, *AIDS drugs being sold...*, s. 377.

*Każdy z nich wie doskonale, co go czeka, to jest, że czeka go praca i śmierć, ale obie otoczone spokojem niewzruszonym, którego żadne zmiany losu zmącić nie zdołają. To też pobożność nie ma tu twarzy surowej, ascetyzm nie tylko nie jest ponury, ale po prostu wesoły. Tąż samą ewangeliczną sielankę, która uderzyła mój umysł artystyczny w Zanzibarze, odnalazłem u Bagamoyo, dalsza zaś obserwacja nauczyła mnie, że to jest stały nastrój wszystkich misji. Prostota tu tak wielka jak i praca. Ale poza tym i poza działalnością swą czysto religijną, mają one i inne znaczenie.*⁴⁰⁶

Owym innym znaczeniem było, według Sienkiewicza, okazywanie sprzeciwu wobec wszelkiej krzywdy zadawanej tubylcom przez kolonizatorów. Niezgoda na erozję tradycyjnych wartości moralnych w Afryce i na wyzysk rdzennej ludności pojawiała się także sto lat później w wypowiedziach pracującego w Rwandzie lekarza i pallotyna, Henryka Hosera. Zwracał on uwagę opinii publicznej, że Deklaracja z 1978 r. z Ałma-Aty zapoczątkowała erę upolitycznienia zdrowia publicznego, w którym decydujące znaczenie zaczęła mieć ekonomika zdrowia, a nie osoba chorego.

Jak z goryczą mówił w 2001 r. w gdańskiej Akademii Medycznej H. Hoser: *Nowa strategia „zdrowia dla wszystkich” będzie zależała od nowych kryteriów opłacalności. Są nimi najpierw środki finansowe będące w dyspozycji w danym społeczeństwie, grupie społeczeństw czy kategoriach społecznych. Skala priorytetów dotyczy również jednostek w zależności od tego, czy są one aktywne, a więc przydatne, czy nieaktywne, a więc zbędne. Oceniać też trzeba prawdopodobieństwo w zakresie prognozy, stąd chroniczne choroby starości nie będą uważane za priorytetowe. Do „nowego paradygmatu”, o którym tak często mówił dyrektor generalny WHO, dr Hiroshi Nakajima, zalicza się ścisła kontrola ilościowa i jakościowa w dziedzinie przekazywania życia. W konsekwencji, w centrum zainteresowania jest ciągle „zdrowie reprodukcyjne”. Kontrola liczby urodzin i postawa eugeniczna stają się „nadrzędną racją” ciała społecznego. W ten sposób „zdrowie publiczne” jest uważane za rodzaj podmiotu praw mającego pierwszeństwo przed wymogami zdrowia jednostki.*⁴⁰⁷

Podobnie jak H. Hoser, także wielu innych misjonarzy wyjeżdżało z Polski do Afryki z potrzeby czynienia dobra wobec ludzi najuboższych i najbardziej pokrzywdzonych przez los. Np. lekarz medycyny, Zygmunt Ostrowski zdecydował o wyjeździe na misję w Sudanie, gdy ciężko ranny w wypadku samochodowym znalazł się w stanie śmierci klinicznej i prawie cudem został przywrócony do życia. Na początku lat osiemdziesiątych podjął pracę w obozach dla dzieci znalezionych przez pracowników Czerwonego Krzyża w wioskach spalonych przez rebeliantów na pograniczu Ugandy i Sudanu. Sprawował nad nimi opiekę lekarską i pomagał

⁴⁰⁶ Henryk Sienkiewicz, *List z Zanzibaru*. „Misje Katolickie” 1892 s. 1-4.

⁴⁰⁷ Henryk Hoser, *Obosieczny miecz globalizacji. Refleksje nad szansami zdrowia publicznego w świecie*. „Gazeta AMG” 2001 nr 1, wersja on line.

w zdobywaniu środków na utrzymanie obozu organizując wystawy prac malarskich swoich pacjentów.⁴⁰⁸

Związana przez ponad 40 lat z ośrodkami leczenia trędowatych w ugandyjskich wioskach Buluba i Nyenga (przed nią było dwóch lekarzy świeckich, z których każdy odchodził po roku) Wanda Błęńska wyjaśniała swoją potrzebę pracy na misjach następująco: *Człowiek, który cierpi, nie jest szczęśliwy. Człowiek, który jest ciężko chory, który jest odepchnięty, jest nieszczęśliwy i to jego nieszczęście jest jak głąz na drodze. Usunąć – do pewnego stopnia – ludzkie cierpienie – to moje zadanie.*⁴⁰⁹

Wanda Błęńska (ur. 30. 10. 1911 r.) w 1934 r. ukończyła studia lekarskie na Uniwersytecie Poznańskim. Po studiach pracowała w szpitalu a następnie w toruńskiej filii Państwowego Zakładu Higieny. W Toruniu ponadto w 1937 r. ukończyła kurs mikrobiologii. Po wybuchu II wojny światowej wstąpiła w szeregi Armii Krajowej, gdzie jako „Szarotka” vel „Grażyna” prowadziła szkolenia zespołów sanitarnych w Okręgu Pomorze – Puszcza Tucholska i Obwodu Toruń, za co była w 1944 r. więziona. Po wojnie w ramach Pomocniczej Wojskowej Służby Kobiet pracowała w polskich szpitalach wojskowych w Niemczech i Anglii, a po zdemobilizowaniu – w szpitalu Billercay – Essex koło Londynu. Od młodości planując podjęcie pracy lekarskiej wśród trędowatych, w 1947 r. ukończyła kursy medycyny tropikalnej w Hamburgu (1947) i Liverpool (1984), kurs mezoterapii w Paryżu (1981) i kurs organizacji leczenia trądu w Carville w USA (1983), znanym z pierwszego zastosowania w 1941 r. leku przeciwtrądowego o nazwie promin.

Dzięki wytrwałym staraniom w 1950 r. wyjechała do Afryki i do 1993 r. pracowała jako lekarz w ośrodkach dla trędowatych w Bulubie i Nyenga, gdzie przez pierwsze 15 lat pracy dobrze poznała uczucie osamotnienia, bo prowadzące misję siostry franciszkanki przebywały w ścisłej klauzurze, a więc poza pacjentami nie miała do kogo się odezwać. Pustkę wieczorów wypełniała sobie najpierw przypomnianiem wyuczonych w szkole wierszy, później cieszyła się towarzystwem ofiarowanych jej zwierząt: psa, kota i małpki, a gdy tylko zaczęła otrzymywać paczki z książkami, ich lektura wypełniała jej samotne chwile.⁴¹⁰

Polscy lekarze i pielęgniarki, zarówno osoby duchowne jak i świeckie, pracujący przez wiele lat na misjach podkreślają, że ich praca nie jest świadectwem wyjątkowej odwagi, czy samozaparcia, bo: *my służymy na miarę sił, ale bez specjalnego heroizmu (tacy już dawno opuścili Afrykę, albo zupełnie nie są w stanie pracować lub żyć normalnie).*⁴¹¹ Wskazują, że ich wybór drogi życiowej był całkowicie dobrowolny i że innej pracy po prostu sobie nigdy niewyobrażali.

⁴⁰⁸ Norberta Piękoś, *Wiadomości z Ugandy*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1995 s. 4-5.

⁴⁰⁹ Andrzejak, Różański, *Medycyna i ewangelizacja...*, s. 49, 95.

⁴¹⁰ Andrzejak, *Wanda Maria Błęńska – szkic biograficzny...*; Kołodziejczyk, *Od trądu się nie umiera...*, s. 23-43. – Wanda Błęńska jest dr honoris causa AM w Poznaniu.

Misyjne pielęgniarki zaznaczają, że nie mogą *co prawda zmienić sytuacji ogólnej, ale liczy się każda odrobina nadziei, jaką dajemy tym ludziom. Jesteśmy świadome niebezpieczeństwa, jakie nam towarzyszy każdego dnia, ale chcemy tam być i służyć ludziom. Chcemy im dać trochę radości.*⁴¹²

O tym, jak w praktyce wyglądało owe „dawanie nadziei” mówi relacja pielęgniarki – siostry zakonnej pracującej w 1985 r. w szpitalu w Kenii: *Postanowiłam w duchu pokuty oczyścić rany mojego pacjenta. Jego stopy były pełne ropy. Paznokcie chyba od urodzenia nie obcinane. Uzbroiłam się w cierpliwość. Podgrzałam w sterylizatorze wodę, wysypałam soli do miednicy i w tym roztworze wymoczyłam nogi Ibrachima. Po pół godziny wzięłam się do dzieła. „Jigi” – pchły tak zagnieżdżyły się w stopy i paznokcie, że była to jedna ogromna rana. Po obcięciu paznokci mogłam wyciągnąć zagnieżdżone w palcach pchły. Całą tę kurację robiłam godzinę. Na koniec zasypałam rany talkiem, wkładając między palce watę. Mężczyźni, którzy byli na sali przyglądali się temu, co robię. Jeden przez drugiego powtarzał: „Muzungu Sister”, biała siostra może takie rzeczy robić, bo studentom się tego nie chce, a pielęgniarki tym się nie przejmują, bo ich przecież nie boli. Pomimo ogromnego zmęczenia czuję wielką radość, że mogę sprawić ulgę innym.*⁴¹³

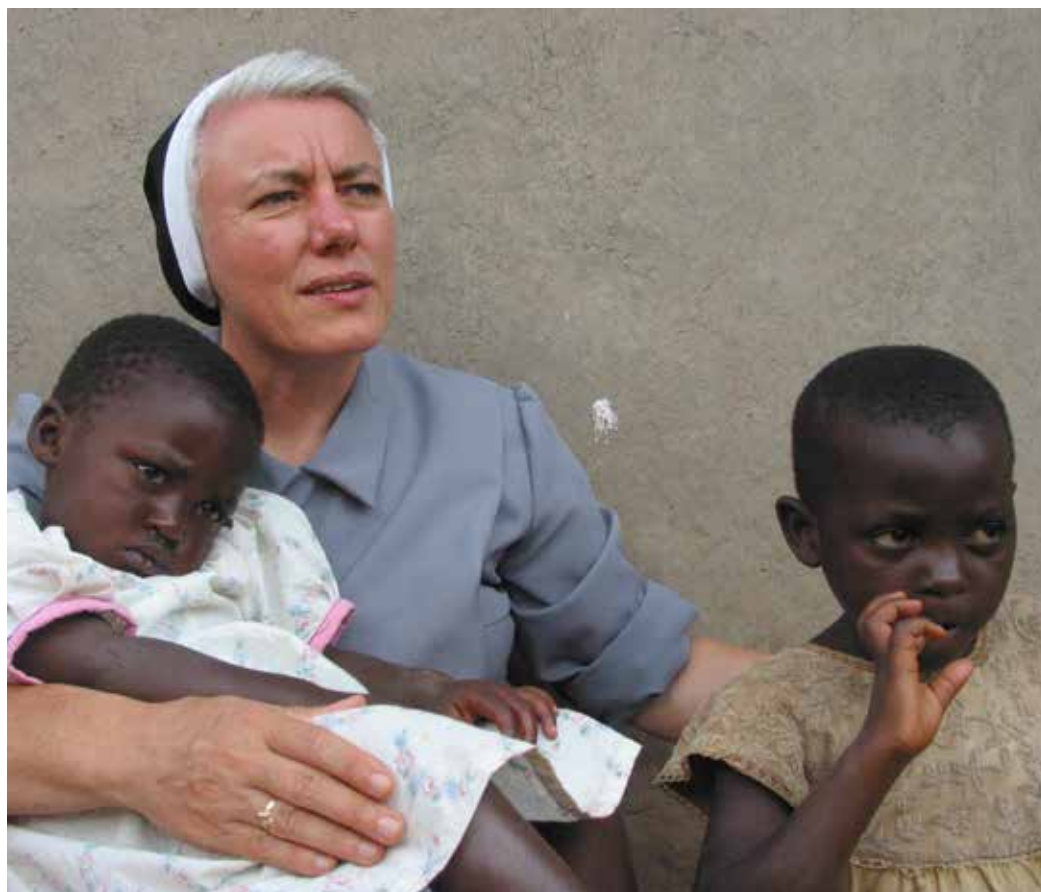
Z wypowiedzi wszystkich osób pełniących posługę leczniczą w Afryce wynika, że większość z nich od młodości marzyła o wyjeździe na misje. Chirurg, Oswald Madecki (ur. 28.02.1920 w Cieszynie – zm. 11.11.1985 w Abeokucie w Nigerii) był absolwentem studiów lekarskich w Akademii Medycznej we Wrocławiu. W 1951 r. podjął pracę w szpitalu w Siemianowicach i uzyskał specjalizację z chirurgii. Za cel życia uważał jednak pracę lekarza na misjach w Afryce, dlatego pokonując szereg trudności wyjechał do Rzymu, gdzie w Kongregacji Ewangelizacji Narodów zabiegał o skierowanie do pracy misyjnej w Afryce. Wobec braku rezultatów, zdecydował się więc przedostać do Niemiec, gdzie przez rok pracował jako lekarz i nawiązywał kontakty z różnymi organizacjami misyjnymi. Z ich pomocą w 1958 r. udało mu się wyjechać do miasta Abeokuta w Nigerii, gdzie podjął pracę w małym szpitalu położonym na przedmieściach miasta. Tam zebrał fundusze i rozbudował istniejący od okresu międzywojennego – szpital (Sacred Heart Hospital), stając się jego projektantem, murarzem, inżynierem etc., ale przede wszystkim lecząc i operując. W 1970 r. nowy budynek szpitala został oddany do użytku. W następnych latach O. Madecki przyczynił się do powstania nowoczesnego Centrum Badania Gruźlicy w Abeokuta. Na wniosek Episkopatu Nigerii, otrzymał Medal św. Grzegorza, a rząd Niemiec przyznał mu Order Zasługi Pierwszej Klasy.⁴¹⁴

⁴¹¹ Zbiory Fundacji, List s. Mirosławy Góry z 24 listopada 1991 r. z Katondwe w Zambii.

⁴¹² Jerzmański, *Rozmowa z siostrą Sylwestrą Pietrucką...*

⁴¹³ *Z Kenii. „Echo z Afryki i innych kontynentów”* 1985 s. 20.

⁴¹⁴ *Afryka. „Misje Katolickie”* 1932 s. 295; Henryk Kałuża, *Służył chorym. „Misjonarz”* 1989, 2, s. 10-11.



Ryc. 16. Szpital w Katondwe – siostra misjonarka z podopiecznymi

Przez wiele lat dążyła do wyjazdu na misje afrykańskie lekarka – pediatra, Jolanta Podolska, absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie, która od 1997 r. pracuje w szpitalach w Zambii. Przed wyjazdem z Polski sprzedała cały swój dobytek, by w Zambii skuteczniej starać się o etat rządowy i pozostać w Afryce na zawsze.⁴¹⁵

Długoletnią posługę medyczną w Afryce pełniła lekarka Wanda Marczak-Malczewska z Zakopanego, która przez 25 lat pracowała na oddziałach chorób wewnętrznych i pediatrycznych w szpitalach w Ugandzie, przez 19 lat (do 1995 r.) w ośrodku leczenia trędowatych w Bulubie w Ugandzie, a w 1997 r. przez kilka miesięcy wspomagała siostry misjonarki w Katondwe w Zambii.⁴¹⁶

Podobnie Ewa Gawin, świecka pielęgniarka z Tarnowa, długo dążyła do wyjazdu na misje i dlatego m.in. studiowała misyjną katechezę na Uniwersytecie Urbanianum w Rzymie. W 1989 r. przebywający na urlopie w Paryżu ordynariusz diecezji Bertoua w Kamerunie, ks. Lambert von Heygen, zaproponował jej pracę w miejscowym ośrodku zdrowia. I tak, w lutym 1990 r. wyjechała do Kamerunu, gdzie obecnie koordynuje pracę służby zdrowia czterech diecezji (28 przychodni, 1 centrum dla niepełnosprawnych, 1 szpital dla chorych na trąd, gruźlicę i AIDS). Jej praca polega na dokonywaniu zakupów leków i materiałów medycznych, organizowaniu remontów, przygotowywaniu kursów etc.⁴¹⁷

Misjonarze mieli niepospolite osobowości i niespokojne losy. Potwierdza to sporządzony przez jednego z wolontariuszy portret pielęgniarki, siostry Teresy Schmidt, która: *w RPA (12 lat) zajmowała się m.in. dziećmi przebywającymi w więzieniach apartheidu (strażnicy od klawisza do dyrektora więzienia byli czarni). Dzieci były torturowane, s. Teresa jako pielęgniarka opatrywała je, pocieszała. Udało się Kościołowi trochę tych dzieci przemyścić do Europy i USA, przemycono też za granicę materiały, dowody o tych torturach w więzieniach dla dzieci. S. Teresa była szykanowana, wielokrotnie zatrzymywana, przetrząsano jej rzeczy. W więzieniu kazano jej rozbierać się do naga, że pewnie próbuje przemyścić jakieś materiały. Czarnego księdza, który jej towarzyszył przytknęli w więzieniu, wyszedł jako „warzywo”. Podejrzewali, że to on powiedział ludziom na zewnątrz, że jakaś kobieta jest matką jednego ze strażników w tym więzieniu. Na oczach s. Teresy ludzie wrzucili na nią opony wypełnione benzyną i podpalili – długo płonęła. S. Teresa nie miała jeszcze 40 lat, gdy wyjechała z RPA (przeniesiono ją ze względów zdrowotnych), a była już zupełnie siwa. Jest to zresztą wspaniały człowiek, bardzo skromny, otwarty na ludzi, nie zamykający się w dogmatach. Ludzie tutaj bardzo ją szanują. (...) Gdy ktoś się na wsi pobije, żona wyrzuci z domu pijanego męża, jakieś małżeństwo przechodzi kryzys (niekoniecznie katolickie) przychodzą po pomoc, sprawiedliwość, mediację i ostateczne orzeczenie do s. Teresy.*⁴¹⁸

⁴¹⁵ Zbiory Fundacji, List lek. med. Rafała Sadowskiego z Katondwe z maja 1998 r.

⁴¹⁶ Tamże, Kwestionariusz szpitala misyjnego w Katondwe w Zambii.

⁴¹⁷ Izabela Karasińska, *Afryka malowana sercem. Śladem tarnowskich misjonarzy w Kongo*. Warszawa 1998 s. 128-129.

⁴¹⁸ Zbiory Fundacji, List lek. med. Rafała Sadowskiego z Katondwe z maja 1998 r.

Niezwykłą osobą była Janina Bartkiewicz z Torunia, z wykształcenia laborantka, a w Ugandzie – ortopedystka. Była przyjaciółką Wandy Błęńskiej z lat młodości i podobnie jak ona miała za sobą harcerską i żeglarską przeszłość. Zamierzając wyjechać na misję, zapisała się na kursy rehabilitacji i fizjoterapii prowadzone przez prof. Wiktora Degę w Akademii Medycznej w Poznaniu. Nauczyła się szyc sandały na nogi dotknięte trędem i robić protezy dla trędowatych. Po przyjeździe w 1967 r. do Buluby robiła tam sztuczne stopy z odpowiednim zamocowaniem do kikuta nogi, a także sandały na te protezy. Przygotowywała też kandydatów na asystentów do niesienia pierwszej pomocy w warunkach nagłego zaskoczenia. Egzamin z tego przedmiotu *był to klasyczny „bieg harcerski” z przeszkodami w postaci sfingowanych złamań, oparzeń, ukąszeń itp., gdy trzeba było robić nosze i łupki z tego tylko, co w danym miejscu można było znaleźć i gdy szło o czas, gdyż „bieg harcerski” to rodzaj wyścigów, w których liczy się umiejętność, ale także i doskonałość, uczciwość, słowem – postawa. (...) Chłopcy byli bardzo przejęci, bo nie wiedzieli, co ich czeka, gdy Janina (równie przejęta) stanęła przed nimi trzymając w ręce tajemnicze koperty, a przyglądał się temu bardzo elegancki doktor Pappinutti, który właśnie przyjechał do Buluby jako delegat WHO w celu zapoznania się z tutejszą robotą. On także nie rozumiał, dlaczego wszyscy chłopcy po otwarciu kopert na dany znak runęli nagle z sali i rozbiegli się po polach i buszu. Wyjaśniło się, gdy wrócili zadyszani, jeden po drugim. W kopertach były wypisane zadania do wykonania. To, co przynieśli, przeszło oczekiwania. Pomysłowość, zręczność, przydatność i piękno tego, co każdy z nich samotnie, nie widząc się wzajemnie, zrobił na oczekaniu z gałęzi, patyków, pnączy i traw, pokazały, jak bardzo oni wszyscy są dziećmi przyrody, jak wiele z niej umieją czerpać. Doktor był oczarowany. Powiedział: Jeszcze nigdy nic takiego nie widziałem. Nie znam takiej metody egzaminu.*⁴¹⁹ Janina Bartkiewicz zmarła w 1975 r. z powodu choroby nowotworowej, lecz wyszkolony przez nią personel kontynuował wytwarzanie specjalnych sandałów i protez dla trędowatych.⁴²⁰

Prowadząca jako jedyny lekarz szpital w Katondwe w Zambii, Mirosława Góra wstąpiła do Zgromadzenia Sióstr Służebniczek Starowiejskich po ukończeniu studiów lekarskich i stażu podyplomowego. Następnie w ciągu kolejnych siedmiu lat specjalizowała się w chirurgii ogólnej oraz doksztalała się w Instytucie Medycyny Tropikalnej w Liverpoolu. W 1990 r. objęła kierownictwo szpitala w Katondwe, by – jak już wspomniano – po roku otworzyć w nim nie używany od 15 lat blok operacyjny, w którym wykonywała także operacje okulistyczne. W listach do Polski pisała, że jej poglądy na medycynę tropikalną całkowicie zmieniły się po zetknięciu z epidemią AIDS, zjawiskiem nieskuteczności leków przeciwmalarycznych i niechęcią Afrykańczyków wobec jakichkolwiek zachowań prozdrowotnych. Rdzenną ludność nie chciała nawet

⁴¹⁹ *Dokta.* „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1996 s. 73-74.

⁴²⁰ *Dokta.* „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1996 s. 90-91.

przetapliwać wody, co sprawiało, że uczenie ich zapobiegania chorobom było równie trudne jak ewangelizowanie. Najcięższy i najbardziej tragiczny dzień jej pracy w Afryce nastąpił, gdy w pobliskiej miejscowości autobus spadł z wysokiego pobocza i przez trzy dni i trzy noce prawie nie odpoczywając operowała i opatrywała rannych.⁴²¹ Według siostry Góry w Afryce nie wystarczy być lekarzem profesjonalistą, bo tutaj ludzie potrzebują pomocy nie tylko typowo medycznej, ale także socjalnej i duchowej, a więc rozmów i świadectwa, dlatego najważniejszymi cechami misjonarza są: cierpliwość, umiejętność słuchania innych i promieniowanie radością.⁴²²

Kiedyś do misyjnych szpitali wyjeżdżali ludzie dojrzały, 40-50-letni, ale w ostatnich latach – osoby znacznie młodsze. W 1988 r. absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, Małgorzata Grabowska, wstąpiła do Zgromadzenia Sióstr św. Dominika w Krakowie. W latach 1993-1994 jako siostra Józefina odbyła przeszkolenia w instytutach medycyny tropikalnej w Gdyni i w Tuluzie we Francji. Dwa lata później wyjechała na misję i po rocznym stażu w różnych ośrodkach zdrowia rozpoczęła pracę w Garoua-Boulai, małym kameruńskim miasteczku położonym w najbardziej zacofanej i ubogiej prowincji tego kraju.

Prowadzona przez nią przychodnia przyciąga coraz więcej chorych możliwością uzyskania pomocy lekarskiej, w tym niekiedy darmowych lub prawie darmowych leków. Z czasem budynek stał się za ciasny, laboratorium niewydolne, a brak sal szpitalnych oraz sali porodowej coraz wyraźniej odczuwalny. Siostra M. Grabowska zaczęła więc powoli kompletować personel pomocniczy, co roku kierując na odpowiednie przeszkolenia dwie osoby z miejscowej ludności. W 2001 r. wybudowano asfaltową drogę łączącą misję w Garoua-Boulai ze światem, co dla przychodni miało istotne znaczenie.⁴²³

Wśród medycznych misjonarzy z Polski zdecydowanie przeważały kobiety. Interesująco przedstawił postaci sióstr spotkanych w szpitalu misyjnym w Katondwe młody lekarz-wolontariusz: *Według potocznych sądów bardzo często uważa się, że do zakonu idą takie bidulki, takie szare myszki, takie życiowe niedorajdy, które całe życie siedziały w kącie jękając się, dukające paciorki i wreszcie wstępujące do zakonu, aby przed życiem i ludźmi uciec. Okazuje się, że nic bardziej błędnego. Te siostry tutaj to są wspaniałe osobowości z ciekawą historią, silne charaktery. Np. s. Teresa Schmidt – dwanaście lat w RPA, osiem lat w Katondwe – tytan, Atlas, na którego barkach trzyma się misja – bardzo ciepła, wyrozumiała, mądra, ale mimo na pewno już skończonych 60 lat – pogodna, uśmiechnięta, kochająca życie. Nie była żadną szarą myszką – bardzo towarzyska, kilkanaście lat baletu klasycznego. Taka znowu*

⁴²¹ Zbiory Fundacji, List s. Mirosławy Góry z 24 listopada 1991 r. z Katondwe w Zambii.

⁴²² Danilecka, *Szpital na peryferiach...*, s. 35-38.

⁴²³ Zbiory Fundacji, List s. Małgorzaty Grabowskiej z 23 kwietnia 2001 r. z Garoua-Boulai w Kamerunie.



Ryc. 17. „Życiowe troski, owe gorączkowe zabiegi, owa walka o byt (...) kończy się zawsze u bram misji” (H. Sienkiewicz, *List z Zanzibaru*, 1892)

S. Maria [Żywiec], wysportowana, zrezygnowała z AWF dla zakonu, ale przy tej sprawności fizycznej również sprawna umysłowo – była przed zakonem w kadrze Polski juniorów w szachach. S. Mirosława [Góra] – wspaniały lekarz, trzymająca ten szpital w garści – wstąpiła do zakonu już po studiach. Na studiach wyprawę ze znajomymi wzdłuż i w poprzek dostępnej części Europy, przenosząc się z miejsca na miejsce. Przez całe studia uprawiała sport – kadra Polski w kajakarstwie, pięciobój. Przez całe studia w pierwszej drużynie koszykówki w AM w Gdańsku (w czasie, gdy na mistrzostwach AM w koszykówce kobiet zawsze Gdańsk wygrywał). Oprócz tego wszelkie możliwe sporty już dla przyjemności: żeglarstwo, jeździectwo, narty biegowe.⁴²⁴

Wizerunek medycznych misjonarzy byłby niepełny, gdyby nie zaznaczyć, że większość z nich kilka, a nawet kilkadziesiąt razy, chorowała na oporną na leki malarię, a niekiedy też na inne choroby, np. dur brzuszny i choroby pasożytnicze, co czasem zmuszało ich do przedwczesnego powrotu do Polski.⁴²⁵ Tropikalny klimat i choroby oraz wyczerpanie fizyczne podcinały zdrowie wielu polskich misjonarzy, dlatego od lat dziewięćdziesiątych opiekę medyczną nad wszystkimi polskimi misjonarzami sprawują: Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej w Poznaniu i Międzywydziałowy Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej Akademii Medycznej w Gdańsku (z siedzibą w Gdyni).

Z badań przeprowadzonych w 2001 r. w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Tropikalnych Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni wynika, że w grupie 596 misjonarzy (439 mężczyzn i 157 kobiet) w wieku 20-62 lat, przebadanych w latach 1991-2000 i pracujących na różnych kontynentach, znajdowało się 430 osób prowadzących działalność misyjną w Afryce. Ich średni czas pobytu w krajach afrykańskich mieścił się w granicach 6-10 lat (najdłużej w Kongo – 23 lata), a najwięcej osób przebywało w Kamerunie (110 osób), Zambii (46) i Angoli (40). Tak więc, u 2,7% misjonarzy (wszyscy przebywali w Kamerunie lub Republice Środkowej Afryki) stwierdzono filariozę; u takiego samego odsetka występowała pełzakowica (stwierdzono ją u osób przebywających w Czadzie, Ghanie, Kongo, Kamerunie, RPA, Rwandzie, Zairze i Zambii); u 7,4% przebadanych misjonarzy występowały robaczyce (przebywali w: Angoli, Burundi, Ghanie, Rwandzie, Zambii, a także u osób pracujących poza Afryką); a u 3,6% rozpoznano malarię (byli to misjonarze z Angoli, Ghany, Kamerunu, Kenii, Republiki Środkowej Afryki, Togo, Zairu, Zambii i misji poza Afryką).⁴²⁶ Choroby sprawiają,

⁴²⁴ Zbiory Fundacji, list lek.med. Rafała Sadowskiego z Katondwe z marca 1998 r.

⁴²⁵ Stanisław Szmidt, *Słowo wstępne*. [W:] *Przyszedłem aby im służyć... Wybór listów misjonarzy salezjańskich – wychowanków Wyższego Seminarium Duchownego w Łądzie*. Oprac. Stanisław Szmidt SDB. Łódź 1979 s. 7-16.

⁴²⁶ Iwona Felczak-Korzybska, Leszek Nahorski, Tomasz Kryger, Jolanta Goljan, Jacek Górski, *Konsekwencje zdrowotne długotrwałego pobytu w tropiku. Obserwacje polskich misjonarzy w latach 1991-2000*. „Nurt SVD” 2001 s. 137-142. – W badaniu nie wyróżniono grupy misjonarzy pracujących w Afryce, dlatego poniższe dane liczbowe dotyczą także osób przebywających w Azji i Oceanii.

że niekiedy trzeba ewakuować misjonarzy z prowadzonych przez nich placówek. Takie przyczyny zadecydowały o sprowadzeniu w 1997 r. do Polski pielęgniarki – dominikanki Faustyny Teresy Szulc (ur. 1958 r.), która przez siedem lat prowadziła ośrodek zdrowia w Kamerunie.⁴²⁷

Podobnie jak rdzenna ludność, misjonarze żyli – i nadal żyją – często w warunkach skrajnego ubóstwa, a skomplikowane przepisy celne w krajach misyjnych utrudniały – i dalej utrudniają – przychodzenie im z pomocą materialną. Trzeba dodać, że nowym zagrożeniem stało się HIV/AIDS, którego misyjny personel medyczny boi się tak samo, jak wszyscy inni lekarze i pielęgniarki, a z którym stykają się znacznie częściej niż ma to miejsce na innych kontynentach.⁴²⁸

Tak więc, medycznych misjonarzy cechowało bogactwo i siła osobowości. Mówili o sobie bez egzaltacji, że po prostu pracują, lecz należy pamiętać, że wielu z nich zapłaciło wysoką cenę – w postaci utraty zdrowia i niekiedy nawet życia – za swoją pełną poświęcenia służbę najbardziej chorym.

⁴²⁷ www.dominikanki.pl

⁴²⁸ Zbiory Fundacji, List s. Ewy-Norberty Kubaczyk z 17 września 2000 r. z Kanyahine Catholic Mission w Kenii.

Podsumowanie

W ponad stuletnich dziejach zaangażowania Polaków w misyjną opiekę zdrowotną w Afryce dokonała się ewolucja jego form, zakresu i znaczenia, od zaimprovizowanej posługi leczniczej do udzielania fachowej pomocy medycznej w misyjnych szpitalach, ambulatoriach i przychodniach włączonych do realizacji międzynarodowych programów ochrony zdrowia. Do ewolucji tej przyczyniła się, z jednej strony, reorientacja działalności misyjnej Kościoła katolickiego (wykazana w pierwszej części pracy), a z drugiej, szereg czynników politycznych, ekonomicznych i społecznych (przedstawionych w drugiej części pracy).

Do zmiany celów misji przyczyniło się wyodrębnienie misyjnej antropologii stosowanej, będące zasługą: Wilhelma Schmidta (1868-1954), Josefa Schmidlina (1876-1944) i Louisa Luzbetaka (ur. 1918). Nowe cele działalności misyjnej Kościoła zostały określone w takich dokumentach papieskich, jak: dekret „Ad gentes” (1965) oraz encykliki: „Redemptor hominis” (1979) i „Redemptoris missio” (1990).

Momentami przełomowymi w dziejach katolickiej misyjnej opieki zdrowotnej w Afryce były wydarzenia polityczne i przemiany gospodarcze, dlatego można wyróżnić w ich historii trzy okresy: kolonialny, postkolonialny i erę globalizacji. W trwającym do połowy XX w. okresie kolonialnym rozwój misji katolickich został zahamowany dwiema wojnami światowymi, podczas których misjonarzy internowano a ich placówki zamykano. Pochodzącymi z tego okresu i trwałymi osiągnięciami niektórych zgromadzeń zakonnych stały się nowatorskie misyjne ośrodki opieki nad trędowatymi (np. na Madagaskarze i w Ugandzie), gdzie chorym zapewniono rehabilitację i godne warunki życia.

W okresie postkolonialnym, mającym umowne granice czasowe od 1950 r. do połowy lat osiemdziesiątych XX w., na rozwój misyjnej opieki zdrowotnej w Afryce wpłynęło wiele czynników, jak: powstanie Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari w Padwie, specjalizującego się w kształceniu personelu medycznego dla misyjnych szpitali, wprowadzenie leków syntetycznych do leczenia trądu (dapsone), aktywizacja WHO na arenie międzynarodowej, a także – polegająca na eliminacji wszelkich pozostałości kolonializmu i wpływów białego człowieka – afrykanizacja życia społecznego przeprowadzona przez rządy wszystkich państw subsaharyjskich,



Ryc. 18. Wolontariuszka, lek. med. Gabriela Majkut podczas pracy w szpitalu misyjnym w Ugandzie

której efektem była nacjonalizacja misyjnych szpitali, ambulatoriów i innych kościelnych placówek leczniczo-opiekuńczych oraz usuwanie z nich misjonarzy.

W trwającej umownie od połowy lat osiemdziesiątych erze globalizacji, kryzys ekonomiczny obejmujący obszar Afryki subsaharyjskiej przyczynił się do bankructwa istniejących w nich szpitali i przychodni oraz do wyraźnego pogorszenia stanu zdrowia rdzennej ludności. Wobec nieskuteczności działań reformatorskich wymuszanych przez Bank Światowy i Międzynarodowy Fundusz Walutowy, w latach dziewięćdziesiątych, rządy niektórych państw afrykańskich (np. Ghany, Tanzanii i Zimbabwe) nawiązały bezpośrednią współpracę z instytucjami kościelnymi, co pozwoliło na włączenie misyjnych szpitali i przychodni w system podstawowej opieki zdrowotnej. W tym okresie zwiększyło się znaczenie Medicus Mundi International, międzynarodowej organizacji katolickiej podejmującej działania na rzecz reformy strukturalnej opieki zdrowotnej w Afryce (kontraktowanie usług medycznych, decentralizacja zarządzania i najwyższy z możliwych poziom świadczeń zdrowotnych). Inicjatywy międzynarodowe i podejmowane na poziomie krajowym doprowadziły do powstania w Afryce powiązanych z instytucjami kościelnymi narodowych systemów opieki zdrowotnej, w niektórych krajach zapewniających prawie połowę wszystkich udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki medycznej (ok. 50% w Tanzanii, po ok. 40% w Kamerunie i Ugandzie).

W tej samej dekadzie doszło do masowej emigracji zarobkowej lekarzy i pielęgniarek z Afryki do Europy, USA i Kanady, przyczyniającej się do dalszego wzrostu znaczenia instytucji religijnych jako dostawców świadczeń medycznych w Afryce. Misyjne szpitale, ambulatoria, czy przychodnie są prowadzone przez jedną lub dwie dyplomowane pielęgniarki – siostry zakonne przeszkolone w zakresie chorób tropikalnych i rozdzielające leki, zmieniające opatrunki, wykonujące proste zabiegi chirurgiczne oraz odbierające porody, a także rozdające żywność cierpiącym głód i prowadzące akcje szczepień oraz kursy w zakresie higieny życia codziennego oraz opieki nad małymi dziećmi. Stałym elementem działalności medycznych misjonarzy jest kształcenie personelu pomocniczego pozyskiwanego z miejscowej ludności.

W tym żywym nurcie przemian politycznych, ekonomicznych i społecznych zawierała się działalność medyczna polskich misjonarzy, duchownych i świeckich, w Afryce. Jej tradycje sięgały końca XIX w., kiedy polscy jezuici z prowincji galicyjskiej założyli misję w Dolnej Zambezi i uruchomili w niej infirmerię, a ponadto jezuita, Jan Beyzym, podjął pionierską opiekę nad trędowatymi na Madagaskarze. Równie długie tradycje miały działania społeczne Polaków na rzecz pozyskiwania funduszy dla misji, z których największy rozgłos zyskały poczynania Marii Teresy Ledóchowskiej, założycielki Zgromadzenia Klawerianek i redaktorki wydawanego w kilku mutacjach czasopisma „Echo z Afryki”.

W II Rzeczypospolitej nastały warunki do swobodnego podejmowania działalności misyjnej w Afryce, jednak zubożałe po latach zaborów społeczeństwo mogło ofiarować relatywnie małą, w stosunku do państw zachodnioeuropejskich i USA, pomoc materialną dla misji. Środki finansowe pozyskiwane drogą różnych zbiórek

społecznych prowadzonych przez redakcje czasopism wydawanych przez zgromadzenia misyjne były niewielkie, dlatego Polacy szerszej działalności misyjnej w tym okresie nie podejmowali. W latach międzywojennych najważniejszymi miejscami posługi medycznej Polaków stały się ambulatoria medyczne istniejące przy stacjach misyjnych polskich jezuitów w Katondwe i w Chingombe w dzisiejszej Zambii.

Po II wojnie światowej komunistyczne władze Polski wstrzymały wydawanie paszportów misjonarzom i dlatego nieliczne osoby duchowne lub świeckie podjęły pracę na misjach w Afryce. Polityka władz PRL wobec misjonarzy została złagodzona w 1964 r. i odtąd udział Polaków w misyjnej działalności medycznej w Afryce zwiększył się.

Na początku lat dziewięćdziesiątych zaangażowanie Polaków w misyjną opiekę zdrowotną w Afryce wzrastało i przyjmowało coraz bardziej zorganizowane formy. Na misje medyczne wyjeżdżały osoby mające dyplomy pielęgniarek, lekarzy medycyny, albo – rzadziej – kwalifikacje położnych, stomatologów czy farmaceutów. Powstałe w Warszawie Centrum Formacji Misyjnej organizowało szkolenia przygotowujące przyszłych misjonarzy do duchowego wymiaru ich pracy, a we współpracy z Kliniką Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Fundacją Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” przeprowadzało dla nich kursy z zakresu medycyny tropikalnej.

W ostatniej dekadzie środki finansowe przekazywane przez kraje rozwinięte na opiekę zdrowotną w Afryce znacząco zmalały, co zwiększyło znaczenie pomocy materialnej przekazywanej misyjnym placówkom leczniczym i opiekuńczym przez Komisję ds. Misji Episkopatu Polski, „Caritas Polska”, Fundację „Redemptoris Missio” oraz inne organizacje charytatywne powstałe w Polsce po 1990 r. Mimo pomocy materialnej napływającej z Polski i innych krajów, wyposażenie misyjnych placówek zdrowotnych w Afryce było i nadal pozostaje niewystarczające wobec potrzeb. Brakowało i nadal brakuje pieniędzy na stetoskopy, aparaty do mierzenia ciśnienia, sterylizatory i podstawowe leki oraz materiały opatrunkowe.

W działalności misyjnej Polaków na szczególne podkreślenie zasługują ich zasługi dla opieki nad trędowatymi oraz udział w programach zwalczania HIV/AIDS. Udział Polaków w zwalczaniu tych chorób można ocenić jako znaczny.

W sytuacji kryzysu gospodarczego utrzymującego się w większości państw afrykańskich, znaczenie misyjnej działalności medycznej, edukacyjnej i charytatywnej Polaków, wśród których – co trzeba podkreślić – jest coraz więcej świeckich lekarzy i pielęgniarek, dla stanu zdrowia rdzennej ludności stale rośnie, pozostając istotnym elementem ewangelizacji oraz modernizacji tego kontynentu.

Piśmiennictwo

ŹRÓDŁA ARCHIWALNE

Zbiory Fundacji „Redemptoris Missio”

- Ankiety i kwestionariusze szpitali misyjnych: w Katondwe i w Mpanshya w Zambii oraz hospicjum w Chilanga w Zambii;
- Zapotrzebowanie na leki dla szpitala w Katondwe w Zambii z 1999 r.
- Listy
 - o. Dana Anzorge z Eldoret (27.08.1999 r.),
 - br. Piotra Bujnowskiego z Arusha w Tanzanii (03.05.1999 r.),
 - P. Chrószczka z Mang w Kamerunie (23.03.2002 r.),
 - ks. Andrzeja Cieszkowskiego z St. Peter and Paul Kaparu Mission w Zambii (10.07.1999 r.),
 - s. Ewy Drozdowskiej z Loumie w Kamerunie (30.09.2002 r.; 18.10.2003 r.),
 - o. Czesława Dudy z Thumbu w Kongo (29.06.2000 r.),
 - Ewy Gawin, koordynatora ds. zdrowia diecezji Bertoua w Kamerunie (29.08.2000 r.),
 - s. Mirosławy Góry z Katondwe w Zambii (grudzień 2000 r.; 24.11.1991 r.; 12.01.1993 r.; 18.11.1995 r.; 05.06.2004 r.) i z Kasisi w Zambii (03.05.1998 r.),
 - s. Małgorzaty Grabowskiej z Garoua-Boulai w Kamerunie (22.02.1998 r.; 13.06.1998 r.; 20.02.1999 r.; 23.04.2001 r.),
 - ks. Jana Krzysztonia z misji Mpunde w Zambii (z lat 1996-2000),
 - s. Ewy-Norberty Kubaczyk z Kanyahine Catholic Mission w Kenii (17.09.2000 r.) i z Divine Mercy Kithatu Dispensary w Kenii (05.03.2001 r.),
 - s. Remigii Kujawskiej z Djouth w Kamerunie (22.10.2000 r.),
 - s. Maksymiliany ze Zgromadzenia św. Józefa (30.04.1999 r.),
 - ks. Mariusza Misiorowskiego z Djouth w Kamerunie (04.07.2000 r.),
 - s. Maksymiliany Piaseckiej ze Zgromadzenia Św. Józefa (10.08.1998 r.),

- lek. med. Jolanty Podolskiej z Chikuni Mission Hospital (07.06.1999 r.),
- ks. Marcelego Prawicy z Chingombe Mission (17.02.2003),
- lek. med. Norberta Rehlisa do s. Mirosławy Góry w Zambii (05.02.1998 r.),
- Bożeny Rogowskiej z Molounde w Kamerunie (niedatowany),
- lek.med. Rafała Sadowskiego z Katondwe w Zambii (26.03.1998 r.; maj 1998 r.),
- s. Stanisławy Smarzoch i lek. med. Marcina Czerniakowa ze Szpitala św. Łukasza w Mpanshya w Zambii (z lat 1995-2000),
- Anny Wachowiak, wolontariuszki szpitala w Katondwe (maj 1998), misyjnych placówek medycznych w Arusha w Tanzanii (z lat 1996-1999).

Zbiory Komisji ds. Misji Episkopatu Polski:

- Korespondencja i dokumentacja pomocy finansowej dla misji w Afryce udzielanej w latach 2001-2004 i projektu „Dzieci Afryki” za lata 2002 i 2003.
- Kwestionariusze:
 - projektu budowy kliniki w Kalambie, wypełniony przez s. Damianę Żoczek (niedatowany),
 - projektu budowy nowego laboratorium w Pikine, wypełniony przez s. Ksawerę Michalską (19.03.2002 r.),
 - projektu budowy ośrodka zdrowia, wypełniony przez s. Danutę Woźnikowską (15.09.2002 r.),
 - projektu dotyczącego kliniki w Kazimva w Zambii, wypełniony przez ks. Marka Czarneckiego (2002 r.),
 - projektu dotyczącego szpitala w Mwange, wypełniony przez ks. Waldemara Molendę (listopad 2002 r.),
 - projektu medycznego opracowanego przez ks. Krzysztofa Mroza z Zambii (05.06.2002 r.),
 - prośby ks. Marcelego Prawicy o dotację na pomoc medyczną w Chingombe w Zambii (08.08.2002 r.).
- Listy:
 - s. Elżbiety Czajkowskiej z Nyakinama w Rwandzie (2003 r.),
 - s. Mirosławy Góry z Katondwe w Zambii (2003 r.),
 - ks. Jana Krzysztonia z Kabwe w Zambii (16.01.2004 r.),
 - ks. Krzysztofa Mroza z parafii Makeni w Zambii (07.02.2003 r.),
 - ks. Zbigniewa Trała z Mpanshya w Zambii (17.02.2003 r.).
- Podania o dotację:
 - s. Mirosławy Góry z Katondwe (2002 r.),
 - s. Damiany K. Jasińskiej z Lusaki w Zambii (niedatowane),
 - s. Krystyny Starek z Lusaki (2002 r.),
 - dla szpitala w Mpunde w Zambii (2003 r.).
 - s. Urszuli Żarów z Kigali (niedatowane).

- Rozliczenia z otrzymanej pomocy finansowej:
 - ks. Jana Krzysztonia za 2003 r.,
 - misji Kazimwa za 2002 r.,
 - napisane przez ks. Jacka Frysia za 2003 r.

Zbiory Zgromadzenia Misyjnego Służebnic Ducha Świętego w Raciborzu

- Listy:
 - s. Bożeny Boruckiej i Aldony Wysockiej z Lome w Togo (marzec 2004 r.),
 - s. Rozalii Paliczki z Lome w Togo (13.02.2004 r.),
 - s. Anny Trzepacz z Waragou w Etiopii (03.09.2003 r.).
- Listy misjonarzy do Autorki:
 - Mrs. Abbey, administratorki National Catholic Health Service w Ghanie (28.04.2004 r.),
 - s. Cecylii Bachalskiej z Mwanga w Tanzanii (10.12.2003 r.),
 - ks. Zbigniewa Chwaji, przez wiele lat misjonarza w Afryce Południowej (11.12.2003 r.),
 - o. Zbigniewa T. Kusego z Mission Franciscaine de Bimbo w Bangui w Republice Środkowej Afryki (05.02.2004 r.),
 - Petera Lochoro z Uganda Catholic Medical Bureau w Kampali w Ugandzie (luty 2004 r.),
 - o. Zbigniewa Musielaka, kamilianina, z Fianarantsoa na Madagaskarze (27.11.2003 r.),
 - Joanny Nwosu z Nigerii (28.01.2004 r.),
 - ks. Marka Przybysia z Aliwal North w RPA (12.12.2003 r.),
 - Tima Smitha, dyrektora Catholic Health Care w RPA (01.08.2003 r.),
 - ks. Stanisława Święcha, przez szereg lat misjonarza w Republice Demokratycznej Kongo (10.12.2003 r.),
 - br. Łukasza Woźniaka, sekretarza misyjnego kapucynów (07.12.2003 r.).
- Oświadczenie pisemne ks. Czesława Noworolnika, Sekretarza Komisji Episkopatu ds. Misji i delegata ds. misjonarzy z 15 września 2004 r.

ŹRÓDŁA DRUKOWANE

Relacje, sprawozdania, dokumenty i statystyki

- A.F., *O lepsze jutro czarnej kobiety*. „Misje Katolickie” 1932 s. 85-87.
- *Afryka*. „Misje Katolickie” 1929 s. 142.
- *Afryka*. „Misje Katolickie” 1932, s. 39.
- *Afryka równikowa*. „Misje Katolickie” 1882 s. 73-87.
- *Akcja Togo!* „Misjonarz” 1990 nr 3-4 s. 13.
- *Apel o pomoc medyczną dla Togo*. „Misjonarz” 1994 nr 4 s. 12.
- Banasiewicz Tomasz, *Bangassu 2002*. „Fakty AM. Miesięcznik AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” 2002 nr 6-8 s. 12-13.
- Bleharczyk Stefania, *Krótką informacją na temat zaangażowania misyjnego polskich Sióstr Salezjanek w Kościele*. „Nurt SVD” 2001 s. 179-184.
- *Breviarium Missionum*. Wybór dokumentów Kościoła dotyczących dzieła misyjnego. Oprac. Bernard Wadecki, Franciszek Wadecki, Feliks Zapłata. Cz. I. Warszawa 1979 s. 371-419.
- Broszura informacyjna Sekretariatu Misji Zagranicznych Zgromadzenia Księżąt Sercanów z 2004 r.
- Chudzio Justyna, *To jest to!* „Misjonarz” 2004 nr 3 s. 22-23.
- Tejże, *Upalna Wielkanoc*. „Misjonarz” 1993 nr 9 s. 30.
- Tejże, *W trosce o chorych*. „Misjonarz” 1998 nr 5 s. 23.
- Chyla Angelika, *Córki Bożej Miłości*. „Misjonarz” 1999 nr 9 s. 8-9.
- Cichecki Kazimierz, *Niech będzie pochwalony Jezus Chrystus*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1997 s. 186.
- Tenże, *Więści z Lusaki*. „Echo z Afryki” 1997 s. 160.
- Czajkowska Agnieszka, *Prosimy was o modlitwę za Rwandę*. „Echo z Afryki” 1995 s. 133-134.
- *Czekają na naszą pomoc*. „Misjonarz” 1998 nr 4 s. 19.
- *Czytelnicy piszą*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1993 s. 14.
- Danilecka Lidia, *Szpital na peryferiach świata*. „Misyjne Drogi” 2004 nr 5 s. 35-38.
- *Dla Misyj*. „Misje Katolickie” 1929 s. 518.
- *Dokta*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1996 s. 42-43, 58-59, 73-74, 90-91.

- Dudek Anna, *Geografia misji polskiego Kościoła. Misyjne ABC*. „Nurt SVD” 2002 nr 3 s. 43.
- Gańsor Róża, *Ofiary przesądów*. „Misjonarz” 1997 nr 11-12 s. 37.
- *Gest dobroci*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1989 s. 31.
- G.K., *Okaleczony kraj*. „Misjonarz” 1991 nr 9 s. 18.
- *Głosy wdzięczności*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1993 s. 8.
- Gruszka Marcelina, *W laboratorium*. „Misjonarz” 1992 nr 7/8 s. 33.
- Gruzińska Teodora, *Misyjne Drogi nas łączą*. „Misyjne Drogi” 2004 nr 2 s. 32.
- Grzech Marek, *Polskie misjonarki w Namibii*. „Misjonarz” 1996 nr 11-12 s. 5-6.
- Tenże, *Schronienie dla niepełnosprawnych*. „Misjonarz” 1999 nr 5 s. 30-31.
- Tenże, *Siostry Klawerianki w służbie misjom*. „Misjonarz” 1991 nr 7-8 s. 7.
- Grzybowska Katarzyna, *Siostry Służki z Rwandy*. „Misjonarz” 1994 nr 9 s. 5-6.
- Grzybowski Jerzy, *Ona kocha Boga, bo kocha nas... ..* „Misjonarz” 1996 nr 1 s. 7-8.
- Hornik Aniela Teresa, *Pełne ręce pracy*. „Misjonarz” 1993 nr 10 s. 30.
- Tejże, *Wiosenne problemy*. „Misjonarz” 1991 nr 7-8 s. 29.
- Jagusz Michał, *Nędza wśród Czarnych Afryki Południowej*. „Misje Katolickie” 1932 s. 269-272.
- Jerzmański Henryk, *Poznać ludzi, zdobyć zaufanie...* „Misjonarz” 1990 nr 2 s. 6-8.
- Kallen Wim van der, *Nie ma takiego miejsca, gdzie mógłbym być bardziej szczęśliwy...* „Misjonarz” 1986 nr 2 s. 7-9.
- Kałuża Henryk, *Służył chorym*. „Misjonarz” 1989, 2, s. 10-11.
- Karasińska Izabela, *Afryka malowana sercem. Śladem tarnowskich misjonarzy w Kongo*. Warszawa 1998 s. 128-129.
- *Komunikat*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1992 s. 67.
- *Kongo Belgijskie*. „Misje Katolickie” 1932 s. 39.
- Konieczny Ryszard, *Po trzydziestu latach niepodległości*. „Misjonarz” 1993 nr 10 s. 23.
- Tenże, *Zair potrzebuje odnowy*. „Misjonarz” 1994 nr 10 s. 38-39.
- Tenże, *Zmartwychwstały nadzieją Czarnego Lądu*. „Misjonarz” 1994 nr 4 s. 6-7.
- Kowalczyk Jakub, *Praktyka w misji w Essiengbot, Kamerun*. „Medicus Mundi Polonia” 2004 nr 15 s. 3-4.
- Koźmińska Ewa, *Praktyka wakacyjna w szpitalu misyjnym w Likuni (Malawi)*. „Medicus Mundi Polonia” 2002 nr 6/7 s. 19-20.
- Krzyszkowski Józef, *Czerwoni misjonarze*. „Misje Katolickie” 1931 s. 11-13.

- Tenże, *Czy za wiele*. „Misje Katolickie” 1928 s. 1-7.
- Tenże, *Międzynarodowy Akademicki Zjazd Misyjny w Poznaniu*. „Misje Katolickie” 1927 s. 490-494.
- Kubat Kazimierz, *Kochani, pomóżcie modlitwą*. „Echo z Afryki” 1996 s. 34.
- Kurdziel Rita, *Kochani moi rodacy*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1993 s. 36-37.
- Kus Waldemar, *Codziennność i tradycja*. „Misjonarz” 1986 nr 4 s. 23.
- Kusiak Marian, *Lekarze – misjonarzami*. „Misje Katolickie” 1931 s. 295.
- Kwiatkowski Hanna i Zbigniew, *Przez przykład i uśmiech*. „Misjonarz” 1990 nr 5 s. 18-19.
- Lebdowicz Tadeusz, *Pokochać Murzynów*. „Misjonarz” 1991 nr 10 s. 7-8.
- Ledóchowska Maria Teresa, *Dla Afryki*. Rzym: Sodaliczja Klaweriańska 1920.
- *Lekarze niosą pomoc*. „Raport” 2004 nr 1 s. 4
- Ligęza Judyta, *Na misji w Alem Tena*. „Misjonarz” 1996 nr 1 s. 14-15.
- Majkut Gabriela, *W ugandyjskim słońcu*. „Raport” 2005 nr 4 s. 1-2.
- *Miłość Chrystusa przynagła nas*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1989 s. 136-139.
- *Misja medyczna „Operacja Bangassu 2002”*. „Raport” 2002 nr 2 s. 1-3.
- *Misjonarze polscy w świecie*. Nasza Rodzina: Paris 1976.
- *My a Trzeci Świat*. Czasopismo MAITRI on line, 2002 nr 4 (58).
- *Ofiary nadesłane*. „Echo z Afryki” 1922, s. 4.
- *Okulary nadal potrzebne*. „Misjonarz” 2004 nr 2 s. 14.
- Olechno Kornelia, *U Sióstr św. Katarzyny w Togo*. „Misjonarz” 1998 nr 5 s. 18.
- Opara Jan, *Tam, gdzie drogi nie mają pieśni*. „Misjonarz” 1990 nr 3-4 s.3-4.
- Paliczka Rozalia, *Dwa doświadczenia*. „Misjonarz” 1992 nr 2 s. 29.
- Tejże, *Spóźniona pomoc*. „Misjonarz” 1994 nr 9 s. 30.
- Tejże, *We wspólnocie w Inyanzonja*. „Misjonarz” 1999 nr 10 s. 30-31.
- Pasjonistki, *Miłość Chrystusa przynagła nas*. „Echo z Afryki” 1989 s. 136-138.
- Pawlik Jacek Jan, *Podwójny jubileusz w Togo*. „Misjonarz” 1992 nr 11-12 s. 3-4.
- Pietrucka Sylwestra, *Nowe powołania*. „Misjonarz” 1989 nr 3 s. 30.
- Piękoś Norberta, *Wiadomości z Ugandy*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1995 s. 4-5.
- *Placówki misyjne Sióstr Służebnic Ducha Świętego*. „Misjonarz” 1989 nr 6 s. 18-19.

- *Praca przymusowa na koloniach.* „Misje Katolickie” 1930 s. 314-316.
- Prud Janusz, *Wigilia pod drzewem palmowym.* „Misjonarz” 2004 nr 1 s. 33.
- Ramsey Sarah, *Leading the way in African home-based palliative care.* „The Lancet” 2003 s. 1812-1813.
- Rojek Damiana, *Siostry Józefitki na nowej placówce.* „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1985 s. 18-20.
- *Salezjanki.* „Misjonarz” 1999 nr 5 s. 6-7.
- *Salezjański Wolontariat misyjny*, informacje on line.
- *Salezjański Wolontariat Misyjny.* „Nurt SVD” 2001 s. 175-176.
- Sejbuk Cz., *Marana.* „Misje Katolickie” 1938 s. 94-95.
- Sieluzyczna Małgorzata, *W sercu dżungli.* „Misjonarz” 1993 nr 3 s. 9.
- Socha Zofia, *Wśród egipskich Koptów.* „Misjonarz” 1996 nr 1 s. 5-6.
- Sojka Martyna, *Znowu się bili...* „Misjonarz” 1990 nr 1 s. 30.
- Sojka Rafał, *Ewangelizacja, szkoła i medycyna.* „Misjonarz” 1997 nr 6 s. 14-15.
- Tenże, *Historia i współczesność Mbaza Kongo.* „Misjonarz” 1997 nr 3 s. 19.
- Tenże, *Trzeba zacząć od Biblii.* „Misjonarz” 1997 nr 10 s. 18-19.
- *Sprawozdanie z pracy i działalności misyjnej SS. Karmelitanek Dzieciątka Jezus w Sosnowcu.* „Nurt SVD” 2001 nr 3-4 s. 177.
- *Statystyka misyjna i sytuacja misyjna świata.* „Nurt SVD” 2002 nr 3 s. 27.
- Sujka Andrzej, *Misjonarki Świętej Rodziny.* „Misjonarz” 1999 nr 11-12 s. 6-7.
- Tenże, *Pallotyni.* „Misjonarz” 1999 nr 6 s. 8-9.
- Tenże, *Siostry od Aniołów.* „Misjonarz” 1999 nr 1 s. 6-7.
- *Towarzystwo Przyjaciół Trędowatych.* „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1992 s. 33-34.
- Trzepak Anna, *Pierwsze kroki w Etiopii.* „Misjonarz” 1999 nr 10 s. 30.
- *Trzydzieści lat cywilizacyjnej pracy.* „Misje Katolickie” 1929 s. 203-210.
- *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005.* WHO Geneva 2002.
- *Wiadomości bieżące z misji.* „Misje Katolickie” 1892 s. 28.
- Wolnik Bruno, *Koło Przyjaciół Misji Polskiej w Rodezji.* „Misje Katolickie” 1938 s. 161.
- Wunenberger O. K., *Missya w Królestwie Humbe nad rzeką Cunena.* „Misje Katolickie” 1890 s. 270-274.
- www.dominikanki.pl.
- www.karmel.pl

- www.who.int/entity/mdg/publications/MDGChapter1.pdf
- *Wykaz datków*. „Echo z Afryki” 1921, 54-60.
- *Wyprawa do francuskiego Kongo i misje w tym kraju*. „Misje Katolickie” 1892 s.253-259.
- *Z Kenii*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1985 s. 20.
- *Z terenów misyjnych*. „Misje Katolickie” 1938 s. 153.
- *Za granicą*. „Misje Katolickie” 1938 s. 338.
- Zawadzka Stanisława, *Sam Bóg nas ochrania*. „Echo z Afryki” 1997 s. 187-188.

Listy, pamiętniki i wspomnienia misjonarzy oraz wywiady z nimi

- Andrzejak Ambroży, Różański Jarosław, *Medycyna i ewangelizacja. Rozmowy z Wandą Błęńską*. Poznań 1996.
- *Błogosławiony Ojciec Jan Beyzym SJ – Apostoł Madagaskaru. Wybór listów*. Warszawa 2002.
- Boroń Józef, *Pamiętnik z lwiej kniei. Przygody misjonarza w afrykańskiej puszczy*. Kraków 1994.
- Christie J. W., *Medical Missionary to Africa*. New York 1966.
- *Dlaczego właśnie ja? O misjach w Tanzanii z siostrą Cecylią Bachalską rozmawia Wiesław Antosz*. Gorzów Wlkp. 1997.
- Gądek Julian, *Wśród ludów Bantu*. Kraków 2003.
- *Kenia w oczach wolontariuszy*. „My a Trzeci Świat”. Pismo MAITRI, 2003 nr 2, on line.
- *Krótką informacją na temat zaangażowania misyjnego polskich Sióstr Salezjanek w Kościele*. „Nurt SVD” 2001 nr 3-4 s. 181.
- Grabowska Małgorzata, *List*. „Raport” 2005 nr 4 s. 2-3.
- Jerzmański Henryk, *Rozmowa z siostrą Sylwestrą Pietrucką*. „Misjonarz” 1991 nr 2 s. 18-19.
- Kabat Kazimierz, *Listy z Afryki i nie tylko*. Oborniki Śląskie 2000.
- Krok Paweł, *Gdzie słonie walczą, tam trawa cierpi*. Kraków 2004.
- Krzyszkowski Józef, *Polska misja w Afryce*. Kraków 1923.
- Krzysztoń Jan, *List*. „Raport” 2006 nr 3 s. 3.
- Ksyk Maria, *Wspomnienie z Czadu*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1992 s. 87-91.

- *Listy*. „Raport” 2004 nr 1 s. 4.
- *Listy misjonarzy*. „Misje Katolickie” 1928 s. 335.
- Pawlak Anna, *W sercu Afryki: pamiętnik misjonarki*. Warszawa 1999.
- *Przyszedłem aby im służyć... Wybór listów misjonarzy salezjańskich – wychowanków Wyższego Seminarium Duchownego w Łądzie*. Oprac. Stanisław Szmidt SDB. Łódź 1979.
- Rachel Maria, *List*. „Raport” 2006 nr 3 s. 4.
- Sienkiewicz Henryk, *List z Zanzibaru*. „Misje Katolickie” 1892 s. 1-4.
- Siostra Celestyna, *List*. „Raport” 2006 nr 3 s. 2-3.
- Szurgot Jerzy, *Afryka – Zambia. Wspomnienia, tradycje, czary*. Warszawa 2003 s. 16.
- *Wielkie wołanie o świętość Kościoła w Afryce. Rozmowa z księdzem Henrykiem Hoserem SAC*. „Misjonarz” 1994 nr 9 s. 3-4, 7-9.
- *Z listów polskich misjonarzy werbistów*. Pieniężno 2001.
- Żukowski Waldemar, *List*. „Raport” 2005 nr 4 s. 4.



Ryc. 19. W afrykańskiej wiosce

OPRACOWANIA

- Addae Stephen, *History of Western Medicine in Ghana 1880-1960*. Edinburgh-Cambridge-Durham (USA) 1997.
- *Afryka*. Warszawa 1979.
- Allwood Clifford, *Mission as Healing the Sick: Christian Medical Missions in South Africa*. „Missionalia” 1989 s. 115-119.
- Baker Colin, *Tax collection in Malawi: An administrative History, 1891-1972*. „The International Journal of African Historical Studies” 1975 s. 40-62.
- Białek Czesław, *Jezuici polscy w misji zambeskiej*. Warszawa 1980.
- Bate Stuart C., *Inculturation of the Christian Mission to Heal in the South African Context. Studies in the History of Missions*, vol. 17, Lewiston-Queenston-Lampeter (USA) s. 294.
- Beck Ann, *Medicine, Tradition and Development in Kenya and Tanzania 1920-1970*. Waltham (USA) 1981.
- Beyer Joy A. de, Preker Alexander S., Feachem Richard G. A., *The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership*. „Social Science & Medicine” 2000 s. 169-176.
- Bocian Alfred, *Na szlakach bezinteresownej służby*. „Misjonarz” 1993 nr 2 s. 21-22.
- Tenże, *Przyjaciel „czarnych piskląt”*. „Misjonarz” 1993 nr 10 s. 21-22.
- Bodart Claude, Servais Gérard, Mohamed Yansané L., Schmidt-Ehry Bergis, *The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso*. „Health Policy and Planning” 2001 s. 74.
- Branch Adam, Mampilly Zachariah Cherian, *Winning the war, but losing the peace? The dilemma of SPLM/A civil administration and the tasks ahead*. „The Journal of Modern African Studies” 2005 s. 1-20.
- Browne Stanley G., Davey Frank, Thomson William A. R., *Heralds of Health. The Saga of Christian Medical Initiatives*. London 1985.
- DeLombard Jeannine, *Sisters, Servants, or Saviors? National Baptist Women Missionaries in Liberia in the 1920s*. „The International Journal of African Historical Studies” 1991 s. 323-347.
- Długowska Bożena, Rajnowska Gabriela, *Praca Sióstr Szarytek w krajach misyjnych*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne ATK*, T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, cz. 1, red. Kowalak Władysław, Warszawa 1985.
- Dohn Michael N., Dohn Anita L., *Quality of Care on Short-term Medical Missions: Experience with a Standardized Patient Record and Related Issues*. „Missiology” 2003 s. 417-429.

- Duda Czesław, *Pierwszy polski pasjonista misjonarz w Zairze*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1985 s. 3-4.
- Dusza Tadeusz, *Czasopisma misyjne w polskich bibliotekach*. Warszawa 1980.
- *10 lat Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”*. „Fakty AM” 2002 nr 5 s. 12.
- *10 lat Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”*. „Fakty AM. Miesięcznik AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” 2002 nr 6-8 s. 16-17.
- *Editorial, Impact of HIV on delivery of health care in sub-Saharan Africa: a tale of secrecy and inertia*. „The Lancet” 1995 s. 1315-1317.
- *Editorial, Kickstarting the revolution in health systems research*. „The Lancet” 2004 s. 1745.
- Felczak-Korzybska Iwona, Nahorski Leszek, Kryger Tomasz, Goljan Jolanta, Górski Jacek, *Konsekwencje zdrowotne długotrwałego pobytu w tropiku. Obserwacje polskich misjonarzy w latach 1991-2000*. „Nurt SVD” 2001 s. 137-142.
- Ford Nathan, *Public health and company wealth*. „BMJ” 2003 s. 1296.
- Gąsik Józef, *Kongo – serce Afryki*. „Wstań” 2003 nr 4 s. 22-23.
- Gelfand Michael, *Christian Doctor and Nurse. The History of Medical Missions in South Africa from 1799-1976*. Sandton 1977.
- Tenże, *Godly Medicine in Zimbabwe. A History of its Medical Missions*. Gweru (Zimbabwe) 1988.
- Gifford Paul, *African Christianity: Its Public Role*. Bloomington 1998.
- Gilson Lucy, *Management and health care reform in Sub-Saharan Africa*. „Social Science and Medicine” 1995 s. 695-710.
- Górski Jan, *Mały słownik misjologiczny*. Katowice 2004, s. 33-34.
- Gruzzińska Teodora, *Misyjne Drogi nas łączą*. „Misyjne Drogi” 2004 nr 2 s. 32.
- Grzebień Ludwik, Kozłowiecki Adam, *Wśród ludu Zambii*. T. I: Ludwik Grzebień: *Pionierski trud misjonarzy słowiańskich 1881-1969*. T. II: Kozłowiecki Adam: *Listy z misyjnego frontu*. Wyboru dokonał i do druku przygotował Grzebień Ludwik. Kraków 1977.
- Grzybowski Jerzy, *Angola, Nadzieja na pokój*. „Misjonarz” 1991 nr 11-12 s. 27-28.
- Tenże, *Etiopia. Wśród chrześcijan przedchalcedońskich*. „Misjonarz” 1993 nr 10 s. 25-27.
- Tenże, *Kamerun, Blask młodego Kościoła*. „Misjonarz” 1993 nr 2 s. 25-27.
- Tenże, *Tanzania, Kościół pod znakiem baobabu*. „Misjonarz” 1990 nr 7-8 s. 25-26.
- Gwatkin Davidson R., *How well do health programmes reach the poor?* „The Lancet”, wersja on line February 4, 2003.

- Halemba Andrzej, *Polscy misjonarze w Afryce wczoraj i dziś*. „Annales Missiologicae Posnaniensis” T. 12 2001.
- Hanson Klara, Atuyambe Lynn, Kamwanga Jolly, McPake Barbara, Mungule Oswald, Ssenooba Freddie, *Towards improving hospital performance in Uganda and Zambia: reflections and opportunities for autonomy*. „Health Policy” 2002 s. 75-77.
- Harrison Kelsey A., *The importance of the educated healthy woman in Africa*. „The Lancet” 1997 s. 644-647.
- Hastings Adrian, *Kościół i misje w Afryce*. Warszawa 1971.
- Helman Cecil G., *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*. Oxford-Boston-Johannesburg 1998.
- Hoser Henryk, *Obosieczny miecz globalizacji. Refleksje nad szansami zdrowia publicznego w świecie*. „Gazeta AMG” 2001 nr 1, wersja on line.
- Janzen John M., Arkinstall William, *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley Los Angeles London 1978 s. 225.
- Jennings Michael, *‘This Mysterious and Intangible Enemy’; Health and Disease Amongst the Early UMCA Missionaries, 1860-1918*. „Social History of Medicine” 2002 s. 66-68.
- Jeppson Anders, Birungi Harriet, Östergren Per-Olaf, Hagström Bo, *The global-local dilemma of a Ministry of Health Experiences from Uganda*. „Health Policy” 2005 s. 311-320.
- Kaleta Andrzej, *Polskie katolickie czasopiśmiennictwo misyjne w II Rzeczypospolitej*. Kalisz 2001.
- Kałuża Henryk, *Co naprawdę ma sens? Śp. O. Bruno Kozieł, misjonarz Zgromadzenia Słowa Bożego – wspomnienie*. Nysa 2005.
- Karol Andrzej, *Ojciec Maksymilian Rylto: z Połocka do Niniwy*. „Misjonarz” 1986 nr 4 s. 18-19.
- Kołodziejczyk Katarzyna, *Botswana – wielka fortuna ubogiego kraju*. „Misjonarz” 1986 nr 5 s. 25-27.
- Tejże, *Burundi, W oczekiwaniu na rozstrzygnięcia*. „Misjonarz” 1986 nr 3 s. 25-28.
- Tejże, *Kamerun – droga skromnego dobrobytu*. „Misjonarz” 1987 nr 6 s. 25-27.
- Tejże, *Madagaskar, Żaden raj dla turystów*. „Misjonarz” 1989 nr 3 s. 25-26.
- Tejże, *Od trądu się nie umiera*. „Misjonarz” 1987 nr s. 10-11.
- Koszorz Antoni, *Polscy księża fidei doniści*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne ATK*, T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, cz. 2, Warszawa 1985.
- Kowalak Władysław, *Misjolog prof. dr Karl Müller SVD (1918-2001)*. [W:] *W trosce o głoszenie Ewangelii. Karl Müller SVD – warmiński misjolog i ekumenista*. Red. Jacek Jan Pawlik. Warszawa 2002.

- Koźmińska-Kubarska Anna, *Nowe kierunki w leczeniu trądu*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1983 s. 1439-1441.
- Kret Jarek, *Misjonarski Madagaskar*. „National Geographic Polska” 2001 nr 1 (bez paginy).
- Kurek Antoni, *Inkulturacyjne problemy misji czarnoafrykańskiej*. „Misjonarz” 1994 nr 4 s. 3-4.
- Tenże, *Udział polskich oblatów w ewangelizacji niechrześcijan*. [W:] *Misjonarze polscy w świecie. Materiały Sympozjum Misjologicznego 1982. Zeszyty Misjologiczne ATK*, T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, cz. 2, red. Władysław Kowalak, Warszawa 1985 s. 93-103.
- Leonard Kenneth L., *When both states and markets fail: asymmetric information and the role of NGOs in African health care*. „International Review of Law and Economics” 2002 s. 61-80.
- Levy Micha, Reidenberg Marcus M., *What has been the impact of the concept of essential drugs?* „Clinical Pharmacology & Therapeutics” 2003 s. 275-278.
- Livingstone, David. [W:] *The Encyclopaedia Britannica*. Vol. XVII, Cambridge 1911 s. 813-814.
- Luginaak Isaac, Elkins David, Maticka-Tyndale Eleanor, Landry Tamera, Mathui Mercy, *Challenges of a pandemic HIV/AIDS-related problems affecting Kenyan widows*. „Social Science & Medicine” 2005 s. 1219-1228.
- Luzbetak Louis J., *Kościół a kultury. Nowe perspektywy w antropologii misyjnej*. Przekład Stanisław Tokarski. Warszawa 1998.
- Ławecka Maria, *Udział Sióstr Służebniczek Starowiejskich w dziele misyjnym*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne ATK*, T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, cz. 1, 1985, s. 7-66.
- Madhava Valsa, Burgess Christine, Drucker Ernest, *Epidemiology of chronic hepatitis C virus infection in sub-Saharan Africa*. „The Lancet. Infectious Diseases” 2002 s. 295.
- Malinowska Ewa, *Wkład Sióstr Służebniczek Ducha Świętego w dzieło misyjne Kościoła*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne Akademii Teologii Katolickiej*. T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, Red. Władysław Kowalak, SVD, cz.1, 1985, s. 252-253.
- Małek Roman, Skóra Bronisław, Wesoły Waldemar, *Werbisci w służbie misji. W stulecie istnienia Zgromadzenia Słowa Bożego (1875-1975)*. Płock 1976.
- *Materiały z sympozjum z okazji 25-lecia polskich sercanów w Zairze*. Red. Eugeniusz Ziemann, Józef Wróbel. Stadniki 1997.
- Merrimon Anne, *Uganda: Current Status of Palliative Care*. „Journal of Pain and Symptom Management” 2002 s. 252-256.
- *Misje po Soborze Watykańskim II*. Płock 1981.
- *Misjonarze Afryki – Ojcowie Biali*. Oprac. Zakrzewski Władysław. Lublin 1988.

- Mueller Karl, W trosce o głoszenie Ewangelii. Warszawa 2002.
- Murray Christopher J. L., *Towards an analytical approach to health sector reform.* „Health Policy” 1995 s. 93-100.
- Murray Rachel, Wheatley Steven, *Groups and the African Charter on Human and Peoples’ Rights.* „Human Rights Quarterly” 2003 s. 213-236.
- Murray Scott A., Grant Elizabeth, Kendall Marylin, *Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers.* „BMJ” 2003 s. 368.
- Natrass Nicoli, *Trading off Income and Health?: AIDS and the Disability Grant in South Africa.* „Journal of Social Policy” 2005 s. 3-19.
- Ndubani Phillimon, Höjer Bengt, *Traditional healers and the treatment of sexually transmitted illness in rural Zambia.* „Journal of Ethnopharmacology” 1999 s. 15-25.
- Ngom Pierre, Binka Fred N., Phillips James F., Pence Brian, Macleod Bruce, *Demographic surveillance and health equity in sub-Saharan Africa.* „Health Policy and Planning” 2001 s. 337-344.
- Nnoruka E. N., Obiagboso I., *Leprosy: From the Clinics of a Tertiary Institution in South Eastern Nigeria.* „Leprosy Review” 2003 s. 279.
- Oyaya Charles O., Ritkin Susan B., *Health sector reforms in Kenya: an examination of district level planning.* „Health Policy” 2003 s. 113-127.
- Paliczka Rozalia, *We wspólnocie w Inyanzonnia.* „Misjonarz” 1999 nr 10 s. 30-31.
- Pałyga Jan, *Pallotyni w Rwandzie i Zairze.* Warszawa 1991.
- Tenże, *W środku Afryki. Pallotyni polscy w Rwandzie.* Poznań-Warszawa 1984.
- Parkhurst Justin Oliver, Penn-Kekana Loveday, Blaauw Duane, Balabanova Dina, Danishevski Kirill, Rahman Syed Azizur, Onama Virgil, SsengoobFreddie a, *Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison.* „Health Policy” 2005 s. 135.
- Patel Vikram, *Recruiting doctors from poor countries: the great brain robbery?* „Health System Trust”, 17 December 2003, on line.
- Pawłowski Zbigniew, *Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” 1992-1998.* „Nurt SVD” 2001 nr 3-4 s. 121-126.
- Tenże, *Posługa lecznicza Kościoła.* „Medicus Mundi Polonia” 2003 nr 11 s. 15-16.
- Pettifer Julian, Bradley Richard, *Missionaries.* Woodlands 1990 s. 48-49.
- Pietrzak Andrzej, *Opcja na rzecz ubogich znakiem wiarygodności Kościoła.* Pięniężno 2002.
- *Polska.* „Echo z Afryki” 1997 s. 221.
- *Posługa lecznicza Kościoła.* „Medicus Mundi Polonia” 1: 2001 nr 1 s. 11-12.



Ryc. 20. Osada w Tanzanii

- Putato G., *Italy – The CUAMM*. „Dolentium Hominum” 2000 s. 46-49.
- Rajkowska Bronisława Zofia, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonarek św. Rodziny*. „Zeszyty Misjologiczne ATK” T. VI, cz. 1, s. 67-86.
- Różański Jarosław, *„Drzewo pokornie zasadzone wyrosło i wypuściło nowe gałęzie”. Misje polskich Oblatów Maryi Niepokalanej w Kamerunie Płn.* Poznań 1994.
- Tenże, *Promocja ludzka w działalności misyjnej w Kamerunie północnym*. „Annales Missiologicae Posnaniensis” T. 12 Poznań 2001 s. 109-119.
- Tenże, *Rodzimy charakter Kościoła północnokameruńskiego*. „Annales Missiologicae Posnaniensis” T. 11 Poznań 2000 s. 217-238.
- Tenże, *Udział polskich Sióstr Służebniczek NMP – Śląskich w pracy misyjnej w północnym Kamerunie*. „Annales Missiologicae Posnaniensis” T. 13: 2003 s. 122.
- Sahn David, Bernier Rene, *Have structural adjustments led to health sector reform in Africa?* „Health Policy” 1995 s. 202.
- Sauerborn Rainer, Bodart Claude, Essomba Rene Owona, *Recovery of recurrent health service costs through provincial health funds in Cameroon*. „Social Science & Medicine” 1995 s. 1731-1739.
- Savigny Don de, Kasale Harun, Mbuya Conrad, Reid Graham, *In Focus: Fixing Health Systems*. International Development Research Centre www.idrc.ca/en/ev-64437-201-1-DO_TOPIC.html
- Schramm Ralph, *A History of the Nigerian Health Services*. Ibadan 1971.
- Schultz Paul T., *Health economics and applications in developing countries*. „Journal of Health Economics” 2004 s. 637-641.
- Siostra Consolata, *Jeszcze jedno spojrzenie na Rwandę*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1988 s. 18-23.
- Siringi Samuel, *Africa seeks new tuberculosis control methods*. „The Lancet” 2003 s. 2135.
- Sojka Rafał, *Historia i współczesność Mbaza Kongo*. „Misjonarz” 1997 nr 3 s. 18-19.
- Stekelenburg Jelle, Jager Bastiaan E., Kolk Pascal R., Westen Esther H.M.N., Kwaak Anke van der, Wolffers Ivan N., *Health care seeking Behaviour and utilisation of traditional healers in Kalabo, Zambia*. „Health Policy” 2005 s. 67-81.
- Stekelenburg Jelle, Kyanamine Sindele Simasiku, Wolffers Ivan, *Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia*. „Health Policy” 2003 s. 109-119.
- Stjernswärd Ian, *Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care*. „Journal of Pain and Symptom Management” 2002 s. 257.

- Zapłata Feliks, *Zarys misjologii katolickiej*. Pieniężno 1968.
- Zarocostas John, *UNICEF taps religious leaders in vaccination push.* „The Lancet” 2004 s. 1709.

ANEKS I

Misyjne placówki medyczne i charytatywne prowadzone przez Polaków w Afryce¹

ALGERIA

Oran

Szpital, w którym od 1976 r. pracowały siostry ze Zgromadzenia Córek Matki Bożej Bolesnej: Kinga Elżbieta Szelałowicz i Florencja Siwek. W następnych latach do Algierii przybyły jeszcze dwie siostry z tego Zgromadzenia: Radziława Rozalia Sarkowicz i Illidia Maria Kowalczyk.²

Diecezje Constantine i Hippone

W latach osiemdziesiątych i w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych polskie siostry obliczanki, w tym pielęgniarka, s. Krystyna Jankowska opiekowały się niepełnosprawnymi arabskimi dziećmi.³

W bliżej nieokreślonej miejscowości prowadzą też szpital siostry ze Zgromadzenia Służek Jezusa.⁴

ANGOLA

Kifangondo koło Luandy

W Kifangondo o. Andrzej Fecko, SVD, zorganizował ośrodek zdrowia, który docelowo ma pełnić także funkcje szpitala dla rdzennej ludności i chorych na malarię misjonarzy.⁵

¹ Wszystkie misyjne placówki medyczne prowadzone przez Polaków lub z ich udziałem zostały opisane w czasie przeszłym, ponieważ dostępnych w źródłach archiwalnych i literaturze danych nie można zaktualizować. Nie ma łączności internetowej i telefonicznej, a często także pocztowej z większością tych placówek. Ponadto misjonarze zmieniają miejsce pobytu, niekiedy z uwagi na stan zdrowia niespodziewanie wracają do kraju.

² Szumił, *Żywe dzieło ojca Honorata Koźmińskiego...*, s. 20-21.

³ Tamże.

⁴ Tamże.

⁵ Rafał Sojka, *Ewangelizacja, szkoła i medycyna*. „Misjonarz” 1997 nr 6 s. 14-15.

Od 1988 r. w szpitalu w Kifangondo pracowały siostry: Sylwestra Pietrucka i Martyna Sojka.⁶ Podopiecznymi byli m.in. trędowaci.⁷

Funda

S. Dolores Zok prowadziła (dane pochodzą z 1994 r.) leprozorium i ponadto pracowała w ośrodku zdrowia w tej miejscowości.⁸

Mbaza Kongo

W założonej przez polskich werbistów misji, istniejącej na parafii N'zeto od co najmniej 1986 r., pracowała w prymitywnym, pozbawionym lekarza i nie posiadającym żadnego wyposażenia szpitalu pielęgniarka, Sylwestra Pietrucka, SSpS. Przed nią pracowała tu pielęgniarka, Martyna Sojka, SSpS, później przeniesiona do Huambo.⁹

BOTSWANA

Serowe

Dwie szkoły pielęgniarskie powstały przy parafii prowadzonej przez werbistów, m.in. przez o. Krystiana Traczyka.¹⁰

BURUNDI

Mpinga

Polskie siostry karmelitanki prowadzą ośrodek zdrowia w Mpinga (dane z 2005 r.).¹¹

Musongati

Siedem polskich sióstr Karmelitanek Dzieciątka Jezus prowadzi szpital, aptekę i przychodnię.¹²

⁶ Martyna Sojka, *Znowu się bili...* „Misjonarz” 1990 nr 1 s. 30.

⁷ Sylwestra Pietrucka, *Nowe powołania.* „Misjonarz” 1989 nr 3 s. 30.

⁸ Dolores Zok, *Kochana Siostrze Ewo...*, [W:] *Z listów polskich misjonarzy werbistów.* Pieniężno 2001 s. 14-15.

⁹ Tenże, *Historia i współczesność...*, s. 18-19.

¹⁰ Wim van der Kallen, *Nie ma takiego miejsca, gdzie mógłbym być bardziej szczęśliwy...* „Misjonarz” 1986 nr 2 s. 7-9.

¹¹ www.misje.karmel.pl.

¹² *Sprawozdanie z pracy i działalności misyjnej SS. Karmelitanek Dzieciątka Jezus w Sosnowcu.* „Nurt SVD” 2001 nr 3-4 s. 177.

Ponadto w Burundi, w bliżej nieokreślonej miejscowości polskie siostry Kanoniczki Ducha Świętego prowadzą przychodnię lekarską i Centrum Zdrowia Dziecka.¹³

DEMOKRATYCZNA REPUBLIKA KONGO (dawniej Zair)

Boso-Madanda

Izba porodowa prowadzona w latach osiemdziesiątych przez położną, Małgorzatę Sielużycką FMM.¹⁴

Dubie

Szpital misyjny prowadzony od 1999 r. przez Franciszkanek Rodziny Maryi.¹⁵

Kafubu

Salezjanki prowadziły tu w 1975 r. ośrodek zdrowia.¹⁶

Kalamba

Salwatorianka, s. Damiana Żoczek od ok. 1980 r. pracowała w tutejszym dyspanserze w charakterze pielęgniarki i położnej. Najbliższy szpital oddalony był o około 400 km, przy czym stan dróg w Kongo był i jest fatalny. W 1989 r. w Kalambie została otwarta porodówka, do której władze państwowe Kongo skierowały w 2001 r. lekarza. W 2002 r. s. Żoczek przystąpiła do budowy kliniki. Wznoszony budynek ma 27 m długości i 12 m szerokości, a znajdują się w nim 4 sale dla pacjentów, laboratorium, sala operacyjna i reanimacyjna dla potrzeb kobiet w ciąży, położnic i noworodków. Materiały budowlane sprowadzono z odległego o 1000 km Lumbumbashi. Projekt budowy kliniki zyskał wsparcie finansowe dobroczyńców działających poprzez Rzym, prawdopodobnie chodzi o „Caritas” (5000 USD), i Komisji ds. Misji Episkopatu Polski.¹⁷

Kambikila

Przy miejscowej – prowadzonej przez salezjanów – szkole dla chłopców istniał „szpitalik” (faktycznie był to punkt pierwszej pomocy medycznej), w którym obowiązki infirmary pełnił ks. Jan Szkopiecki (salezjanin, ur. w 1952 r., przebywający tu od 1976 r.).¹⁸

¹³ Andrzej Halemba, *Polscy misjonarze w Afryce wczoraj i dziś*. „Annales Missiologicae Posnaniensis” T. 12: 2001 s. 160.

¹⁴ Małgorzata Sielużycka, *W sercu dżungli*. „Misjonarz” 1993 nr 3 s. 7-8.

¹⁵ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumentacja pomocy finansowej za 2001 r.

¹⁶ *Przyszedłem aby im służyć...*, s. 401.

¹⁷ Zbiory Komisji Misyjnej, Kwestionariusz projektu budowy kliniki w Kalambie wypełniony przez s. Damianę Żoczek, niedatowany.

¹⁸ Jan Szkopiecki, *Moi wychowankowie*. [W:] *Przyszedłem aby im służyć...*, s. 428.

Karhala

Od 1978 r. pielęgniarki – siostry ze Zgromadzenia NMNP (m.in. Teresa Kusik – od 1980 r., Stanisława Oszywa – od 1982 r.) prowadzą w Karhala szpital, ośrodek zdrowia i ośrodek dożywiania dla około 200 dzieci.¹⁹

Kinszasa

W parafii św. Feliksa w najuboższej dzielnicy Kinszasy, Monbele, utworzono ośrodek dożywiania dzieci, który opiekuje się około 140 dziećmi chorymi z niedożywienia. Przychodzą raz w tygodniu, są poddawane kontroli medycznej i otrzymują tygodniową rację pożywienia. Jeśli przez trzy miesiące dziecko nie przybiera na wadze, jest skreślone z listy, bo przypuszcza się, że nie zjada przydzielonej żywności (mąka kukurydziana, cukier, olej i soja), otrzymywanej od amerykańskiej organizacji pozarządowej.²⁰

Mbandake

Od 1979 r. w tutejszej klinice pracowała szarytka, s. Halina Wróbel, która zmarła 12 maja 1981 r. w Chełmnie.²¹

Rutshuru

W Rutshuru znajduje się misyjne ambulatorium.²²

Thumbe

W 2000 r. Zgromadzenie Pasjonistów przystąpiło do organizacji małej przychodni dla ośrodka formacji katechistów i okolicznej ludności.²³

EGIPT

Sedfa

W odległej o 40 km od miasta Assiut miejscowości Sedfa znajduje się przychodnia, w której od 1986 r. pracuje pielęgniarka dyplomowana, s. Zofia Socha. Do przychodni zgłaszają się chorzy z 12 wiosek, zwykle 160-180 osób dziennie. Pomoc medyczna dla nich jest finansowana przez dobroczyńców misji.²⁴

¹⁹ Stanisława Zawadzka, *Sam Bóg nas ochrania*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1997 s. 187-188.

²⁰ Ryszard Konieczny, *Zair potrzebuje odnowy*. „Misjonarz” 1994 nr 10 s. 38-39.

²¹ Długowska, Rajnowska, tamże, s. 227.

²² Andrzej Sujka, *Pallotyni*. „Misjonarz” 1999 nr 6 s. 8-9.

²³ Zbiory Fundacji, List o. Czesława Dudy z 29 czerwca 2000 r. z Thumbe w Kongo.

²⁴ Zofia Socha, *Wśród egipskich koptów*. „Misjonarz” 1996 nr 1 s. 5-6.

ETIOPIA

Addis Adeba

W szpitalu misyjnym i hospicjum w latach 2005 i 2006 pracował wolontariusz (nie podano czy lekarz, czy pielęgniarka) z Polski, wysłany przez Salezjański Wolontariat Misyjny.²⁵

Alameta

W hospicjum prowadzonym przez siostry Misjonarki Miłości od 2005 r. pracuje świecka wolontariuszka, lek. med. Joanna Kołodziej.²⁶

Alem Tena

Od 1995 r. słuźebniczka, s. Judyta Ligęza, wraz z innymi przybyła na zaproszenie miejscowych władz administracyjnych, które ceniąc sobie działalność Kościoła katolickiego poprosiły miejscowego biskupa o pomoc w założeniu przedszkola, szkoły średniej, szpitala i uzyskaniu dostępu do czystej wody.²⁷ W 1999 r. s. Ligęza została przeniesiona do misyjnego szpitala w Waragou, a szpital w Alem Tena poprowadziły trzy inne siostry, w tym jedna Polka, Anna Trzepacz, SSpS.²⁸

Waragou

W 1999 r. tutejszy szpital misyjny objęła s. Judyta Ligęza, SSpS.²⁹ W 2003 r. pracowała tu inna polska siostra, Anna Trzepacz, która informowała, że największy problem zdrowotny okolicznej ludności to malaria.³⁰

GABON

Port Gentil

Opiekę medyczną nad mieszkańcami prowadzi tu salezjanka, s. Joanna Wala.³¹

²⁵ *Salezjański Wolontariat Misyjny*, informacje on line.

²⁶ *Salezjański Wolontariat Misyjny*, informacje on line.

²⁷ Judyta Ligęza, *Na misji w Alem Tena*. „Misjonarz” 1996 nr 1 s. 14-15.

²⁸ Anna Trzepacz, *Pierwsze kroki w Etiopii*. „Misjonarz” 1999 nr 10 s. 30.

²⁹ Tamże.

³⁰ Zbiory Zgromadzenia Misyjnego Słuźebnic Ducha Świętego w Raciborzu, ul. Starowiejska 162 (dalej: Zbiory Zgromadzenia Słuźebniczek Ducha Świętego), List s. Anny SSpS z 3 września 2003 r. z Waragou w Etiopii.

³¹ List br. Łukasza Woźniaka OFMCap, sekretarza misyjnego kapucynów do autorki z 7 grudnia 2003 r.

GHANA

Agomanya

Klinika położnicza bez wody i prądu, czasowo w 1980 r. prowadzona w zastępstwie przez służebniczkę, s. Anielę Teresę Hornik.³²

Anyinam

W połowie lat dziewięćdziesiątych XX w. o. Waldemar Kus SVD zbudował tu nowy ośrodek zdrowia.³³

Donkokrum

Punkt pierwszej pomocy medycznej prowadzony przez Siostry Służebniczki Ducha Świętego w latach osiemdziesiątych XX w.³⁴

Kwahu Tafo

W przychodni lekarskiej (bez wody) pracowały siostry Służebniczki Ducha Świętego, Chryzostoma Wyleżych (od 1978 r.) i Aniela Teresa Hornik (od 1979 do co najmniej 1991 r.). Obie zdobyły dyplomy pielęgniarские zagranicą, w Austrii i Australii, a s. A. T. Hornik ponadto ukończyła szkołę położniczą.³⁵

Tatale

Od 2002 r. s. Ludwika Korona, FMM, zarządzała państwowym ośrodkiem zdrowia w Tatale (w niektórych dokumentach występuje też pisownia „Tama-le”³⁶), który wtedy został przekazany Zgromadzeniu Franciszkanek Misjonek Maryi i odtąd podlegał diecezji w Yendi. Tatale jest oddalone o około 100 km od najbliższego szpitala i apteki, a droga jest nieprzejezdna w porze deszczowej.³⁷

Wg innych informacji, siostry Służebniczki Ducha Św. prowadzą w Ghanie 4 kliniki położnicze i 3 ogólne, być może należą do nich opisane powyżej.³⁸

³² Ewa Malinowska, *Wkład Sióstr Służebniczek Ducha Świętego w dzieło misyjne Kościoła*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne Akademii Teologii Katolickiej*. T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, Red. Władysław Kowalak, SVD, cz. 1, s. 252-253.

³³ Waldemar Kus SVD, Drogi Ojczel! [W:] *Z listów polskich misjonarzy werbistów...*, s. 30.

³⁴ *Placówki misyjne Sióstr Służebniczek Ducha Świętego*. „Misjonarz” 1989 nr 6 s. 18-19.

³⁵ Malinowska, *Wkład Sióstr Służebniczek...*

³⁶ Bolesław Gielata, *Moi Kochani!* [W:] *Z listów polskich misjonarzy werbistów...*, s. 20-21.

³⁷ Zbiory Komisji ds. Misji Episkopatu Polski (dalej: Zbiory Komisji Misyjnej), Dokumenty dotyczące przyznania pomocy finansowej na 2002 r.

³⁸ Malinowska, *Wkład Sióstr Służebniczek...*

GÓRNA WOLTA

Punkt pomocy medycznej w nieokreślonej miejscowości prowadzony przez polską siostrę-pielęgniarkę.³⁹

KAMERUN

Bertoua

W zamieszkałej głównie przez Pigmejów stolicy wschodniej prowincji Kamerunu, Bertoua, od 1986 r. siostry pasjonistki z Warszawy prowadzą przychodnię w kolonii dla trędowatych.⁴⁰ Ewa Gawin pełniła ponadto opiekę medyczną nad małoletnimi więźniami.⁴¹ Siostry Teodora Grudzińska i Zofia Tomaszewska, pielęgniarki wykształcone w Polsce, pracowały w katolickim ośrodku zdrowia w dzielnicy Tigaza. Do pomocy miały przygotowany przez siebie personel pomocniczy: labo-ranta i dwie kobiety przyuczone do wykonywania opatrunków oraz zastrzyków.⁴²

W 2002 r. w Bertoua (Enia) pracowała dominikanka, siostra Michaela Madej, lekarz stomatolog. W Bertoua (Mokolo IV) pełniły posługę leczniczą inne dominikanki: Elekta Zwolińska, farmaceutka (20 lipca 1992 r. – 6 czerwca 1999 r.), Józefina Małgorzata Grabowska, lekarz (1 sierpnia 1995 r. – 5 września 1996 r.), Klara Majcher, pielęgniarka (od 1 sierpnia 1995 r. – nadal), Faustyna Szulc, pielęgniarka (29 sierpnia 1996 r. – 1 sierpnia 2001 r.), Michaela Madej, lekarz stomatolog (15 września 2002 r. – nadal), Piotra Padoł, pielęgniarka (6 marca 2004 r. – 15 września 2004 r.).⁴³

Betare-Oya

W misji znajduje się katolicki ośrodek zdrowia i ośrodek dożywiania dzieci, od 1998 r. prowadzony przez pielęgniarkę – siostrę Assuntę Słysz z pomocą trzech tubylców.⁴⁴

Djouth

Stacja misyjna w Djouth od około 1990 r. ma własną przychodnię prowadzoną przez polskie siostry-pielęgniarki ze Zgromadzenia Duszy Chrystusowej, z których

³⁹ *Misjonarze polscy w świecie*. Paris 1976 s. 174.

⁴⁰ Henryk Jerzmański, *Poznać ludzi, zdobyć zaufanie...* „Misjonarz” 1990 nr 2 s. 6-8.

⁴¹ Zbiory Komisji Misyjnej, tamże.

⁴² Miłość Chrystusa przynagła nas. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1989 s. 136-138.

⁴³ www.dominikanki.pl.

⁴⁴ Zbiory Komisji Misyjnej, tamże.

jedna szczepiła i leczyła ludzi odwiedzając ich w wioskach. Przychodnia obejmuje zasięgiem 32 wioski, z których 17 to osady Pigmejów, a 15 należy do Bantu. Na tym obszarze większości ludzi nie stać było na opłacanie leków, dlatego po wycofaniu się holenderskiej fundacji charytatywnej AAPPEC z udzielania pomocy, przychodnia miała znaczne długi, a brak leków i szczepionek uniemożliwił jej pracę. W Djouth w 2000 r. pracowały dwie dyplomowane pielęgniarki-siostry: Donata Krupa (odpowiedzialna za przychodnię) i Remigia Kujawska.⁴⁵

Doumé

W latach 1990. rozpoczęła pracę pielęgniarki w zniszczonej przychodni, jedynej we wschodnim Kamerunie, s. Izabela Strok (nazwisko napisane niewyraźnie). W 2002 r. przystąpiła do budowy nowego ośrodka zdrowia, złożonego z kilku sal, m.in. do rozdawania leków, wykonywania opatrunków i szczepienia dzieci. Koszt całej inwestycji sięgał 15.300 USD, a projekt wsparła częściowo Komisja ds. Misji Episkopatu Polski.⁴⁶

Essiengbot

Od 1999 r. w tutejszej stacji misyjnej polska pielęgniarka-siostra zakonna Celestyna Pudło prowadzi (także w 2006 r.) ośrodek zdrowia. Do pomocy miała czterech miejscowych pracowników, z których najwyżej wykwalifikowany ukończył dwuletnią szkołę zawodową dla salowych. Niewielkie laboratorium było wyposażone w mikroskop pozwalający wykryć malarię, określić gatunek *Plasmodium*, rozpoznać niektóre robaki, oznaczyć poziom hemoglobiny i wykonać rozmaz oraz przeprowadzić diagnostykę w kierunku kiły, duru brzuszego i HIV. Mały sterylizator podłączony do agregatu zapewniał jałowe narzędzia. Siostra Pudło zajmowała się też szczepieniami dzieci, edukacją i szczepieniami dla kobiet w ciąży, propagowaniem zasad higieny i zachowań prozdrowotnych.⁴⁷

Figuil

Od 1974 r. siostry Służebniczki NMP Śląskie prowadziły przychodnię lekarską i opiekowały się chorymi w okolicy. W latach 1974-1977 pracowała tam, m.in. opiekując się trędowatymi, s. Krystyna Teresa Ignaczak (ur. 22.05.1935 r.),

⁴⁵ Zbiory Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” (dalej: Zbiory Fundacji), Li-sty ks. Mariusza Misiorowskiego z 4 lipca 2000 r. i s. Remigii Kujawskiej z 22 października 2000 r. z Djouth w Kamerunie.

⁴⁶ Zbiory Komisji Misyjnej, Kwestionariusz projektu budowy ośrodka zdrowia złożony przez s. Danutę Woźnikowską, 15 września 2002 r.

⁴⁷ Jakub Kowalczyk, *Praktyka w misji w Essiengbot, Kamerun*. „Medicus Mundi Polonia” 2004 nr 15 s. 3-4; Siostra Celestyna, *List*. „Raport” 2006 nr 3 s. 2-3.

dplomowana pielęgniarka.⁴⁸ W 1976 r. s. Ezechiela Helena Pokusa, absolwentka Medycznego Studium Zawodowego, podjęła pracę w przychodni pobliskiej cementowni. Siostry organizowały punkty medyczne i quasi-apteki w wioskach. W 1996 r. zorganizowały na terenie misji punkt leczenia dla dotkniętych cholera. W 1991 r. przybyła służebniczka, s. Radosława Maria Wojtasiak (ur. 28.10.1958 r.), pielęgniarka i absolwentka kursu medycyny tropikalnej we Francji. W latach 1995-1998 pracowała tu lekarz medycyny, służebniczka Radosława Skrzypiec (ur. 16.05.1967 r.), a w 1977 r. – siostra Józefa Dorota Leyk (ur. 20.01.1967 r.) – pielęgniarka i położna.⁴⁹

Garoua-Boulai

W latach 1987-1989 r. zbudowano tutaj katolicki ośrodek zdrowia służący pomocą około 40.000 mieszkańców oraz plemionom koczowniczym dwa razy w roku przechodzącym przez to terytorium. Do ośrodka przyjeżdża po darmową pomoc coraz więcej ubogich chorych z Republiki Środkowej Afryki. Siedzibą ośrodka jest budynek o wymiarach 8 na 16 m, od początku zbyt mały wobec potrzeb ludności. Kilka lat po powstaniu dobudowano do niego laboratorium i trzy sale, nadal niewystarczające wobec liczby osób codziennie przychodzących po pomoc.

Od 1996 r. w ośrodku pracuje dominikanka, lekarz medycyny Małgorzata Grabowska (ur. 1957 r.), absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, a także dwie inne dominikanki: pielęgniarka, Faustyna Szulc (w okresie 16 grudnia 1990 r. – 28 sierpnia 1996 r.) i farmaceutka, Elekta Zwolińska (w okresie 5 lipca 1987 r. – 19 lipca 1996 r.) wydająca leki. Ponadto zatrudnieni byli: dwóch pracowników laboratorium, dwóch pielęgniarzy i dwóch pracowników medycznych. Mimo braku wystarczających funduszy w 2005 r. rozpoczęto budowę porodówki. Prawie całą pomoc materialną ośrodek zawdzięcza parafii św. Dominika w Warszawie, laikatowi z Włoch i siostron Klaweriankom, a ponadto korzystał ze wsparcia Komisji ds. Misji Episkopatu Polski i Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”.⁵⁰

Loumie

Misyjny ośrodek zdrowia wybudowany około 2000 r., otwarty po dwóch latach wskutek opieszałości władz kameruńskich.⁵¹

⁴⁸ Halemba, *Polscy misjonarze w Afryce...*, s. 161.

⁴⁹ Jarosław Różański, *Udział polskich Sióstr Służebniczek NMP – Śląskich w pracy misyjnej w północnym Kamerunie*. „Annales Missiologicae Posnaniensis” T. 13: 2003 s. 122.

⁵⁰ Małgorzata Grabowska, *List*. „Raport” 2005 nr 4 s. 2-3; Jerzy Grzybowski, *Kamerun, Blask młodego Kościoła*. „Misjonarz” 1993 nr 2 s. 25-27; www.dominikanki.pl.

⁵¹ Zbiory Fundacji, *List* s. Ewy Drozdowskiej z 30 września 2002 r. z Loumie w Kamerunie.

Mandama

W 1978 r. przybyła na misję w Mandama słuźebniczka s. Akwila Czesława Rokita (ur. 23.03.1938 r.), absolwentka Medycznego Studium Zawodowego i kursu asystentek pielęgniarek, która urządziła magazyn na lekarstwa i mały gabinet lekarski. W 1977 r. przybyła tu słuźebniczka s. Krystyna Ignaczak, pielęgniarka, która m.in. zajmowała się edukacją zdrowotną kobiet, a w 1983 r. – słuźebniczka s. Blanda Droźdz.⁵²

Mang

Stacja misyjna, w której jedna z kameruńskich sióstr Misjonarek Św. Rodziny była pielęgniarką i dlatego od 2002 r. udzielająca pomocy medycznej, którą wspomagała darami Fundacja „Redemptoris Missio”.⁵³

Midjiwin

Stacja prowadzona przez francuskich oblatów dla około 800 mieszkańców. W udzielaniu pomocy medycznej uczestniczyły polskie szarytki: s. Joanna Siedzińska, w 1978 r. też s. Romana Białowąs (ur. 1938 r.) z prowincji krakowskiej.⁵⁴

Moloundo-Yeunge

Od 1988 r. w misji utworzonej wśród Pigmejów Baca istniała przychodnia prowadzona przez misjonarkę świecką, Bożenę Rogowską. W 1997 r. otworzyła ona nową placówkę w odległości 42 km od macierzystej misji i przychodni. Ponadto opiekowała się 10 punktami medycznymi i 8 animatorami sanitarnymi. Wraz z nimi szerzyła oświatę zdrowotną, prowadziła akcję szczepień i wykrywania gruźlicy, opiekę nad matką i dzieckiem. Niepełnosprawnych po chorobie Heine-Medina kierowała do Ośrodka Rehabilitacyjnego w Baturi. Problemem było przechowywanie szczepionek, bo lodówka na naftę była droga, a z kolei dojazdy do macierzystej przychodni wymagały dużego nakładu finansowego na paliwo.⁵⁵

Ndebili

Przychodnia katolicka prowadzona w 2002 r. przez s. Teodorę Jadwigę Grudzińską, do której wodę doprowadzono dzięki pomocy Komisji ds. Misji Episkopatu Polski.⁵⁶

⁵² Różański, *Udział polskich Sióstr Słuźebniczek...*, s. 119-121.

⁵³ Zbiory Fundacji, List P. Chrószcza z 23 marca 2002 r. z Mang w Kamerunie.

⁵⁴ Bożena Długowska, Gabriela Rajnowska: *Prace Sióstr Szarytek w krajach misyjnych*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne ATK*. T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, cz. 1. s. 225.

⁵⁵ Zbiory Fundacji, List Bożeny Rogowskiej (niedatowany) z Moloundo w Kamerunie.

⁵⁶ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumentacja pomocy finansowej na 2002 r.

Ndélélé

Przychodnia prowadzona przez polskie siostry pasjonistki.⁵⁷

Ngaoundéré

Od 2004 r. w szpitaliku dla chorych misjonarzy pracuje w charakterze pielęgniarki dominikanka, s. Piotra Padol.⁵⁸

Nyamfende

Mały szpital w parafii prowadzonej przez polskiego misjonarza fideidonistę został w połowie lat dziewięćdziesiątych wspomozony pieniędzmi przekazanymi przez czytelników „Echa z Afryki i innych kontynentów”.⁵⁹

Nyombé

Od 1997 r. w szpitalu Kawalerów Maltańskich, w tym w aptece szpitalnej, pracują polskie siostry józefitki.⁶⁰

Omvan

W 1996 r. Zgromadzenie Sióstr Św. Józefa podjęło pracę na misji w Omvan, zastając opuszczone od 4 lat, ograbione i zarastające buszem budynki. Siostry doprowadziły je do porządku, organizując w nich przychodnię zdrowia, laboratorium analiz lekarskich i porodówkę. Przeprowadzały w niej małe zabiegi chirurgiczne, opatrywały rany, konsultowały chorych i kobiety ciężarne, a niekiedy odbierały porody. Przychodnię prowadziły dwie siostry, jedna z Polski (s. Maksymiliana Piasecka), druga z Kongo, oraz Kameruńczyk, trzy razy w tygodniu zatrudniony w laboratorium. Raz w tygodniu, a w razie potrzeby częściej, siostry odwiedzały chorych w wioskach.⁶¹

Tcholliré

W latach 1981-1983 pracowała tu pielęgniarka i służebniczka Blanda Maria Drożdż (ur. 24.11.1944 r.). W 1989 r. została tu skierowana pielęgniarka, s. Paulina Megier, która ostatecznie trafiła do misji w Mandama, oraz s. Ezechiela Pokusa. Na tej misji opiekę nad chorymi pełniły też inne polskie siostry służebniczki, co parę lat przenoszone z jednej placówki na drugą.⁶²

⁵⁷ Teodora Gruzińska, *Misyjne Drogi nas łączą*. „Misyjne Drogi” 2004 nr 2 s. 32.

⁵⁸ www.dominikanki.pl

⁵⁹ Gest dobroci. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1989 s. 31.

⁶⁰ www.jozefitki.pl

⁶¹ Zbiory Fundacji, List s. Maksymiliany Piaseckiej z 10 sierpnia 1998 r. ze Zgromadzenia Św. Józefa.

⁶² Różański, *Udział polskich Sióstr Służebniczek...*, s. 119-121

Yaounde

W Szpitalu Uniwersyteckim pracują siostry józefitki, m.in. Maria Rachel, Damiana Rojek i Kamila Wolska. Pełnią posługę w izbie przyjęć, na oddziale intensywnej terapii i reanimacji, na oddziale traumatologii i ortopedii oraz w pogotowiu chirurgicznym. Pacjentami są m.in. chorzy psychicznie, ranni w wypadkach, dzieci z ciężkimi poparzeniami i niedożywione.⁶³

KENIA

Eldoret

W 1999 r. uruchamiano przychodnię szkolną podlegającą misji werbistów, prowadzoną od tego roku przez o. Antoniego Zadroznego.⁶⁴

Kanyakine

Przychodnia misyjna, przyjmująca około 70 pacjentów dziennie, prowadzona od około 1990 r. przez s. Ewę – Norbertą Kubaczyk ze Zgromadzenia Misjonarek św. Rodziny co najmniej do 2001 r. Bezpłatne leki wydawano najuboższym. Istnieje też ośrodek dla dzieci osieroconych niepełnosprawnych fizycznie i ruchowo. Placówkę wspomagała darami Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”.⁶⁵

Kikumi koło Limuru

W 2002 r. troje młodych lekarzy wolontariuszy z Gdańska, Aleksandra Modlińska, Anna i Grzegorz Faran, przyjmowało chorych w ośrodku zdrowia w ramach krótkoterminowej ekspedycji medycznej.⁶⁶

Nairobi oraz Ruiiri koło Meru

W 2002 r. troje lekarzy wolontariuszy z Gdańska, Ola Modlińska, Anna i Grzegorz Faran, przyjmowało chorych w ośrodkach zdrowia oraz w doraźnych punktach pomocy medycznej umożliwiających udzielenie pomocy podopiecznym ośrodka sazejjańskiego i mieszkańcom slumsów w Nairobi (w ramach krótkoterminowej ekspedycji medycznej).⁶⁷

⁶³ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumenty dotyczące przyznania pomocy finansowej na 2002 r.; Maria Rachel, List „Raport” 2006 nr 3 s. 4.

⁶⁴ Zbiory Fundacji, List o. Dana Anzorge z Eldoret, datowany na 27 sierpnia 1999 r.

⁶⁵ Zbiory Fundacji, List s. Ewy-Norberty Kubaczyk z 5 marca 2001 r. z Divine Mercy Kithatu Dispensary z Kenii.

⁶⁶ *Kenia w oczach wolontariuszy*. „My a Trzeci Świat”. Pismo MAITRI, 2003 nr 2, on line.

⁶⁷ *Kenia w oczach wolontariuszy*. „My a Trzeci Świat”. Pismo MAITRI, 2003 nr 2, on line.

Ponadto w Kenii od 1983 r. w bliżej nieokreślonej miejscowości pracują w szpitalu i aptece siostry felicjanki.⁶⁸ S. Helena Kamińska, salezjanka z dyplomem pielęgniarki przeszkolona w zakresie chorób tropikalnych, prowadzi przychodnię (brak danych o miejscowości).⁶⁹

KONGO (dawniej Kongo Belgijskie)

Brazzaville

Od 1981 r. prowadzi oddział neurologiczny tutejszego Szpitala Uniwersyteckiego polska józefitka, s. Matylda. Na peryferiach miasta Brazzaville s. Noemi prowadzi leprozorium.⁷⁰

LIBERIA

Gbarna

S. Ludwika Korona ze Zgromadzenia Misjonarek Maryi prowadziła tu misyjny ośrodek dla dzieci niepełnosprawnych, który w maju 2002 r. został zniszczony wskutek wojny domowej. Siostra została wtedy przeniesiona do Tatale w Ghanie.⁷¹

LIBIA

Bengashi

W latach siedemdziesiątych XX w. miejscowy szpital dziecięcy obsługiwały polskie sercanki ze Zgromadzenia Sióstr Najświętszego Serca Jezusa.⁷²

El-Beida

W 1976 r. na życzenie Papieża, Pawła VI, z Polski wyjechała ponad dwudziestoosobowa grupa misjonarek, z których część skierowała się do pracy w charakterze pielęgniarek w szpitalu w El-Beida w Libii, w kraju, którego ludność w 99% wyznaje

⁶⁸ Szumił, *Żywe dzieło ojca Honorata Koźmińskiego...*, s. 20-21.

⁶⁹ Blecharczyk, *Krótką informacja na temat...*, s. 181.

⁷⁰ Izabela Karasińska, *Afryka malowana sercem. Śladem tarnowskich misjonarzy w Kongo*. Warszawa 1998 s. 35-42; Damiana Rojek, *Siostry Józefitki na nowej placówce*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1985 s. 18-20.

⁷¹ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumenty dotyczące przyznawania pomocy finansowej dla uczestników projektu „Dzieci Afryki” w 2002 r.

⁷² Bernard Duszyński, *Jak wygląda nasza praca duszpasterska w Libii?* [W:] *Przyszedłem aby im służyć... aby im służyć... Wybór listów misjonarzy salezjańskich – wychowanków Wyższego Seminarium Duchownego w Łądzie*. Oprac. Stanisław Szmidt SDB. Łódź 1979 s. 437.

islam i w którym ewangelizacja poprzez posługę słowa nie była możliwa. Były to Siostry Misjonarki Św. Rodziny: Lidia Jewsiewicka, Bonifacja Aleksandrowicz, Krzysztofa Dziekan, Julia Przybyłowska, Mariola Sikorska, Norberta Kubaczyk. Przebywały tam do 1985 r.⁷³

MADAGASKAR

Fianarantsoa

Polscy kamilianie opiekują się chorymi w szpitalu i 4 położonych w różnych dzielnicach miasta, przychodniach oraz w przychodni dla pracowników misji i ich rodzin. Pełnią też opiekę nad leprozorium dla 300 osób. Przychodnie przyjmują około 4.000 pacjentów rocznie.

Szpital i przychodnie prowadzi wspólnota międzynarodowa (Polacy, Francuzi, Wietnamczycy, Włosi i Malgasze). Realizowana jest pełna współpraca z państwową służbą zdrowia, z miejscową szkołą pielęgniarską oraz prowadzone są szkolenia dla nauczycieli poszczególnych szkół z miasta i wiosek. Od 1981 r. pracuje tu kamilianin, ojciec Zbigniew Musielak.⁷⁴

Masomeloka

W tej małej, odizolowanej od cywilizacji rzekami i kanałami, wiosce funkcjonuje przychodnia z dwiema położniami i apteka z konieczności obsługiwana przez osoby bez przygotowania zawodowego, które wydają potrzebującym materiały opatrunkowe i leki na m.in. malarię, grypę, biegunki, robaczyce.⁷⁵

Marondawa

W 2002 r. s. Danuta Woźnikowska, pracująca jako pielęgniarka w misji położonej najbliżej miasta Marondawa od 6 lat, rozpoczęła budowę nowego ośrodka zdrowia korzystając z pomocy Komisji ds. Misji Episkopatu Polski.⁷⁶

Tanariwa

Założone przez jezuitów schronisko dla trędowatych Ambahiwuraka powstało w 1872 r. jako pierwsze na wyspie. W 1898 r. przybył tu o. Jan Beyzym, który za

⁷³ Bronisława Zofia Rajkowska, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonek św. Rodziny*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne ATK*, T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, cz. 1, s. 83-86; Andrzej Sujka, *Misjonarki Świętej Rodziny*. „Misjonarz” 1999 nr 11-12 s. 6-7.

⁷⁴ Ankieta wypełniona przez o. Zbigniewa Musielaka, kamilianina z misji w Fianarantsoa na Madagaskarze w 2004 r.

⁷⁵ Waldemar Żukowski, *List*. „Raport” 2005 nr 4 s. 4.

⁷⁶ Zbiory Komisji Misyjnej, Kwestionariusz projektu budowy ośrodka zdrowia złożony przez s. Danutę Woźnikowską w 2002 r.

przesyłane z Polski pieniądze właściwie zorganizował opiekę nad trędowatymi, zapewniając im godne warunki życia i organizując terapię zajęciową.⁷⁷

W 1932 r. na misje na Madagaskarze, prawdopodobnie do Tanariwy, wyjechała szarytka, s. Bronisława Kita, która pragnęła poświęcić się opiece nad trędowatymi. Pozostała do 24 czerwca 1975 r.⁷⁸ W sumie, w końcu XX w. na Madagaskarze pracowało około 50 misjonarzy z Polski z różnych zgromadzeń.⁷⁹

MALAWI

Likuni

Przychodnia została założona przez Siostry Białe na początku XX w. jako jedna z pierwszych w Malawi i od tego czasu rozrosła się w duży kompleks szpitalny. Administracją szpitala nadal zajmują się Siostry Białe, które odpowiadają też za pozyskiwanie funduszy. Źródłem utrzymania dla szpitala są opłaty pacjentów wnoszone w przychodni i na oddział oferujący wysoki poziom usług medycznych za pełną i komercyjną odpłatnością. Pracuje tu dwóch lekarzy (Malawijczyk i Holender), a poza tym przyuczony personel miejscowy. Szpital pobiera opłaty od pacjentów, tylko leki przeciwgruźlicze są częściowo refundowane przez rząd. W 2002 r. przebywała tu na praktyce studentka IV roku medycyny Akademii Medycznej w Poznaniu, Ewa Koźmińska.⁸⁰

MOZAMBIK

Inyanzonia

Szpital podlegający miejscowemu biskupowi, od 1999 r. prowadziła go w ramach kontraktu s. Rozalia Paliczka, SSpS.⁸¹

Maringue

S. Rozalia Paliczka ze Zgromadzenia Misyjnego Służebnic Ducha Świętego była w 2004 r. przełożoną pielęgniarek w szpitalu w Maringue. W 2004 r. Komisja

⁷⁷ Alfred Bocian, *Przyjaciel „czarnych piskląt”*. „Misjonarz” 1993 nr 10 s. 21-22.

⁷⁸ Długowska, *Rajnowska*, tamże, s. 224.

⁷⁹ Katarzyna Kołodziejczyk, *Madagaskar, Żaden raj dla turystów*. „Misjonarz” 1989 nr 3 s. 25-26.

⁸⁰ Ewa Koźmińska, *Praktyka wakacyjna w szpitalu misyjnym w Likuni (Malawi)*. „Medicus Mundi Poloniae” 2002 nr 6/7 s. 19-20.

⁸¹ Rozalia Paliczka, *We wspólnocie w Inyanzonia*. „Misjonarz” 1999 nr 10 s. 30-31.

ds. Misji Episkopatu Polski przyznała 2.000 USD na budowę domu-przychodni dla kobiet w ciąży wysokiego ryzyka.⁸²

NAMIBIA

Katima Mulilo

Polskie siostry z niehabitowego Zgromadzenia Sióstr Najświętszego Imienia Jezus, przejęły w 1987 r. tutejszą placówkę od sióstr Holy Cross i otoczyły opieką pielęgniarską tubylczą ludność. W 1995 r. siostry (w tym 5 Polek) otworzyły dom opieki dla niepełnosprawnych należący do sieci placówek Fundacji Leonard Cheshire International z siedzibą w Londynie. Kierowniczką domu została s. Lucyna Mazurkiewicz.⁸³ Jest to dom dla 29 dzieci niepełnosprawnych. Początkowo trudno było znaleźć rodziców chętnych do umieszczenia tu swoich dzieci, ale po kilku latach placówka zapewniająca dzieciom opiekę medyczną, wyżywienie i edukację stała się bardzo popularna. Rodzice uiszczają niewielkie opłaty, najubożsi nic nie płacą. Dom korzysta z pomocy sponsorów. Większość podopiecznych pochodzi z rodzin niekatolickich. W 1996 r. placówka liczyła 9 sióstr zakonnych: 6 Polek i 3 Afrykanki (1 Namibijka i 2 Zambijki).⁸⁴

NIGERIA

Ljebu-Igbo

Ksiądz – lekarz Wilhelm Goili, absolwent studiów lekarskich w USA, z polskiej prowincji księży misjonarzy pracował w latach 1962-1974 w szpitalu katolickim. Był jego dyrektorem i rozbudował go z 40 do 240 łóżek. W 1974 r. udał się do Oturkpo Beune Plateau w celu zorganizowania nowego szpitala.⁸⁵

REPUBLIKA POŁUDNIOWEJ AFRYKI

Aliwal North

Hospicjum zapewniające niezbędną opiekę i umieranie w godności jest odwiedzane przez lekarza 2-3 razy w tygodniu, a w zarządzie hospicjum zasiadają m.in. misjonarze z Polski.

⁸² Zbiory Zgromadzenia Misyjnego Służebnic Ducha Świętego w Raciborzu (ul. Starowiejska 162), List S. Rozalii Paliczki z 13 lutego 2004 r. z Maringue w Mozambiku.

⁸³ Marek Grzech, *Polskie misjonarki w Namibii*. „Misjonarz” 1996 nr 11-12 s. 5-6.

⁸⁴ Tenże, *Schronienie dla niepełnosprawnych*. „Misjonarz” 1999 nr 5 s. 30-31.

⁸⁵ Halemba, *Polscy misjonarze w Afryce...*, s. 160.

Teresa Mission

Przychodnia w 2003 r. jeszcze była w fazie tworzenia. Docelowo ma to być instytucja *non-profit* lokalnej wspólnoty terytorialnej, a na wkład Kościoła katolickiego będą składać się: budynek zgromadzenia zakonnego, inny budynek należący do diecezji, misyjny personel medyczny, przedstawiciele diecezji w zarządzie przychodni i część środków finansowych.⁸⁶

REPUBLIKA ŚRODKOWEJ AFRYKI

Bagandou

W tej miejscowości istnieje szpital misyjny prowadzony od 2003 r. przez polskie świeckie misjonarki, lekarkę i pielęgniarkę, Monikę Salamon i Zofię Kaciczek.⁸⁷

RWANDA88

Burhinyi

W 2003 r. polskie siostry Służki NMP (m.in. s. Stanisława Urbaś) rozpoczęły budowę szpitala na 30 łóżek.⁸⁹

Cyangugu

Od 1977 r. s. Stanisława Zawadzka, ze Zgromadzenia Sióstr Służek NMPN opiekuje się dziećmi w ramach akcji „Adopcja serca”.⁹⁰

Gikondo

Ośrodek zdrowia wraz z apteką i ośrodkiem dożywiania dzieci był prowadzony przez trzy polskie siostry Karmelitanki Dzieciątka Jezus (wg innych artykułów prasowych – pallotynki). Pracował tu pallotyń, lekarz ks. Henryk Hoser, który prowadził działania upowszechniające naturalne planowanie rodziny. Codziennie przyjmowano około 120 chorych, w tym około 50 dzieci, na ogół niedożywionych

⁸⁶ List ks. Zbigniewa Chwaji...; List ks. Marka Przybysia SCJ z Aliwal North w RPA z 12 grudnia 2003 r.

⁸⁷ Zbiory Komisji Misyjnej Episkopatu Polski, korespondencja; informacje Stowarzyszenia Lekarze Nadziei on line.

⁸⁸ W ostatnich latach w języku polskim pojawia się też inna pisownia nazwy kraju, jako Ruanda.

⁸⁹ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumentacja pomocy finansowej na 2002 r.

⁹⁰ Katarzyna Grzybowska, *Siostry Służki z Rwandy*. „Misjonarz” 1994 nr 9 s. 5-6.

i pochodzących z rodzin skrajnie ubogich. Po pomoc medyczną i żywność zgłaszało się coraz więcej sierot po rodzicach zmarłych na AIDS.⁹¹

Kampanga

Ośrodek zdrowia był prowadzony przez polskie Siostry od Aniołów, w którym przyjmowały 150-200 osób dziennie.⁹²

Karama

W Karama s. Katarzyna Grzybowska (na misjach od 1991 r.) ze Zgromadzenia Sióstr Służek NMPN, która opiekuje się dziećmi w ramach akcji „Adopcja serca”.⁹³

Masaka

Trzy polskie siostry Karmelitanki Dzieciątka Jezus i siostra tubylcza prowadzą przychodnię lekarską, izbę porodową i sierociniec.⁹⁴

Ntamugenga

Ośrodek zdrowia prowadzony jest od około 1996 r. przez polskie Siostry od Aniołów.⁹⁵ Od czerwca 2001 r. ośrodek zdrowia i dożywiania dzieci prowadziła s. Barbara Pustułka ze Zgromadzenia Sióstr od Aniołów.

W ciągu pierwszego roku istnienia przyjęto 279 niedożywionych dzieci, z których 150 wyleczono. Dla podopiecznych postawiono namiot, w którym może nocować nawet 50 osób.⁹⁶

Nyakinama

W parafii Nyakinama w diecezji Ruhungeri istnieje od lat 90-tych XX w. ambulatorium medyczne z salą porodową prowadzone przez siostrę Agnieszkę Czajkowską ze Zgromadzenia Sióstr od Aniołów.⁹⁷

⁹¹ Zbiory Komisji Misyjnej, Podanie o dotację s. Urszuli Żarów z Kigali, niedatowane; Siostra Consolata, *Jeszcze jedno spojrzenie na Rwandę*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1988 s. 18-23.

⁹² Agnieszka Czajkowska, *Prosimy was o modlitwę za Rwandę*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1995 s. 133-134.

⁹³ Grzybowska, *Siostry Służki...*, s. 5-6.

⁹⁴ Zbiory Komisji Misyjnej, Podanie o dotację S. Urszuli Żarów z Kigali, niedatowane; Siostra Consolata, *Jeszcze jedno spojrzenie na Rwandę*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1988 s. 18-23.

⁹⁵ Czajkowska, *Prosimy was o modlitwę...*

⁹⁶ Zbiory Komisji Misyjnej. Dokumentacja pomocy finansowej na 2002 r.

⁹⁷ Zbiory Komisji Misyjnej, List s. Elżbiety Czajkowskiej z 2003 r. z Nyakinama w Rwandzie.

Ruhango

Trzy polskie Karmelitanki Dzieciątka Jezus wraz z siostrą tubylczą prowadziły przychodnię, izbę porodową i ośrodek dożywiania dla dzieci, w którym prowadzono też edukację ich matek w zakresie higieny.⁹⁸

Ruramba

Od 1977 r. do 1994 r. pracowały w szpitalu i ośrodku dożywiania oraz szczepień dzieci w Ruramba siostry z bezhabitowego Zgromadzenia Służek Najświętszej Maryi Panny Niepokalanej, Anna Zalińska i Danuta Mazurkowska. W następnych latach także: Teresa Mroczek, Teresa Kusik, Teresa Barbara Pachnik, Maria Oszczęda, Stanisława Oszywa i Barbara Witkowska, która zginęła tragicznie po 2 latach pracy. Zastąpiła ją Halina Anna Kołodziejczyk, a później dołączyła Katarzyna Grzybowska.⁹⁹

SENEGAL

Thiaroye-Gare – przedmieścia Dakar (obecnie odrębne miasto Pikine)

Urszulanki Unii Rzymskiej, w tym s. Ksawera (Zofia) Michalska, prowadziły przychodnię wraz z własnym laboratorium analiz lekarskich, z której rocznie korzysta około 60 000 chorych, zwłaszcza dzieci. Dzieci są tu leczone i dożywiane.¹⁰⁰

SIERRA LEONE

Lunguli

W 2005 r. w tutejszym szpitalu misyjnym pracował wolontariusz (niepoddano czy lekarz, czy pielęgniarka) skierowany przez Salezjański Wolontariat Misyjny.¹⁰¹

⁹⁸ *Sprawozdanie z pracy i działalności misyjnej SS. Karmelitanek Dzieciątka Jezus w Sosnowcu*. „Nurt SVD” 2001 nr 3-4 s. 177; Siostra Consolata, *Jeszcze jedno spojrzenie na Rwandę*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1988 s. 18-23.

⁹⁹ Siostra Consolata, *Jeszcze jedno spojrzenie na Rwandę*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1988 s. 18-23; Szumił, *Żywe dzieło ojca Honorata Koźmińskiego...*, s. 20-21; Grzybowska, *Siostry Służki...*, s. 5.

¹⁰⁰ Zbiory Komisji Misyjnej, Kwestionariusz projektu budowy nowego laboratorium w Pikine, opracowany przez s. Ksawerę Michalską, datowany na 19 marca 2002 r.

¹⁰¹ *Salezjański Wolontariat Misyjny*, informacje on line.

SUDAN

W nieokreślonej miejscowości pracowały tu trzy polskie misjonarki-salezjanki, które udzielały podstawowej pomocy medycznej. Nie mogły przesyłać do kraju żadnych wiadomości, bo listy były kontrolowane lub ginęły.¹⁰²

TANZANIA

Arusha

Od co najmniej lat dziewięćdziesiątych XX w. znajdują się tutaj: szpital św. Elżbiety prowadzony przez franciszkanów, sierociniec, leprozorium prowadzone przez polskie siostry zakonne. Placówki te korzystały z pomocy materialnej m.in. Fundacji „Redemptoris Missio”.¹⁰³

Kiabakari

W tej miejscowości ostatnio powstała przychodnia dla najsłabszych dzieci i ich rodzin zbudowana dzięki pomocy Salezjańskiego Wolontariatu Misyjnego (budowę nadzorowali: Roman Sikoń (koordynator) i Wojciech Haręza (inżynier). Znaczącą pomoc materialną na budowę i utrzymanie przychodni przekazywała Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”.¹⁰⁴

Morogoro

Od 1974 r. siostry jadwizanki z Wrocławia prowadziły tu przychodnię.¹⁰⁵

Singida

Ośrodek zdrowia był prowadzony przez pielęgniarkę, siostrę Wiesławę Klekotko przy pomocy 2 lokalnych asystentek. Rocznie przyjmowano około 6.500 chorych, w większości dzieci. Prowadzono też szkołę średnią dla 250 dziewcząt.¹⁰⁶

W innej jeszcze miejscowości siostry pallotynki (Zgromadzenie Sióstr Misjonarek Apostolstwa Katolickiego) prowadziły tzw. dyspanser (ośrodek zdrowia) i przychodnię.¹⁰⁷

¹⁰² *Salezjanki*. „Misjonarz” 1999 nr 5 s. 6-7.

¹⁰³ Zbiory Fundacji, Korespondencja z misyjnymi placówkami medycznymi w Arusha w Tanzanii z lat 1996-1999.

¹⁰⁴ *10 lat Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”*. „Fakty AM. Miesięcznik AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” 2002 nr 6-8 s. 16; *Salezjański Wolontariat Misyjny*, informacje on line.

¹⁰⁵ Halemba, *Polscy misjonarze w Afryce...*

¹⁰⁶ *Listy*. „Raport” 2004 nr 1 s. 4.

¹⁰⁷ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumenty dotyczące przyznawania pomocy finansowej na 2002 r.

TOGO

W Togo Służebniczki Ducha Św. w ramach działalności samarytańskiej prowadziły w nieokreślonych miejscowościach m.in. apteki.¹⁰⁸

Bankpassiba

W parafii Kandé znajdował się szpital dla 60 pacjentów wraz z ośrodkiem matki i dziecka, w którym od 1993 r. pracowała, zarazem prowadząca akcję szczepień w wioskach, s. Justyna Chudzio, SSpS (1998 r.).¹⁰⁹ Szpital działa dla ludności sektora M'Boratcheka tej parafii (jednego z trzech), liczącego około 20 wiosek.¹¹⁰

Biankouri

Ośrodek zdrowia połączony z centrum dla dzieci niedożywionych był prowadzony od co najmniej 1994 r. przez polskie siostry katarzynki. W 1998 r. ośrodek prowadziły 3 zakonnice-pielęgniarki: Katarzyna Olechno (przyuczona do robienia zastrzyków w szpitalu w Braniewie), CSC, Maria Anna Olechnowicz (po kursie medycyny tropikalnej we Francji), CSC, Madeleine, CSC, togijka. W 2002 r. odpowiedzialność za ośrodek przejęła Togijka, s. Elisabeth Tehoul.¹¹¹

Lome

Siostry ze Zgromadzenia Misyjnego Służebnic Ducha Świętego (Bożena Borucka, Aldona Wysocka) w 2004 r. założyły w Lome mały ośrodek zdrowia.¹¹²

TUNEZJA

Na początku lat dziewięćdziesiątych do Algerii przybyły 3 polskie siostry ze Zgromadzenia Sióstr od Najświętszego Oblicza, ale po paru latach zostały zmuszone do opuszczenia tego kraju z powodu coraz niebezpieczniejszej sytuacji i na zaproszenie biskupa Tunisu, ks. Fouwad'a Twa'la, udały się do Tunezji. S. Stanisława jako pielęgniarka podjęła pracę w klinice św. Augustyna, która jest

¹⁰⁸ *Werbiści w służbie misji. W stulecie istnienia Zgromadzenia Słowa Bożego (1875-1975)*. Pod red. Romana Małka, Bronisława Skóry, Waldemara Wesołego, Płock 1976 s. 115-121.

¹⁰⁹ Justyna Chudzio, *W trosce o chorych*. „Misjonarz” 1998 nr 5 s. 23.

¹¹⁰ Tejże, *Upalna Wielkanoc*. „Misjonarz” 1993 nr 9 s. 30.

¹¹¹ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumenty dotyczące przyznawania pomocy finansowej na 2002 r.

¹¹² Zbiory Zgromadzenia Służebniczek Ducha Świętego..., List s. Aldony Wysockiej i s. Bożeny Boruckiej z marca 2004 r. z Lome w Togo.

zarządzana przez Franciszkanki Misjonarki Maryi, a s. Estera pracowała w administracji szpitala.¹¹³

UGANDA

Bombo-Namaliga

W latach 2001 i 2002 w tutejszej przychodni pracował wolontariusz (nieokreślono – lekarz czy pielęgniarka) skierowany przez Salezjański Wolontariat Misyjny.¹¹⁴

Rushooka

W 1998 r. do tej niewielkiej wioski położonej w górach i odległej o 400 km od stolicy kraju, Kampali, przybyły polskie siostry ze Zgromadzenia Córek Bożej Miłości, które zorganizowały tu ośrodek zdrowia i szkołę. Latem 2005 r., dzięki pomocy finansowej Fundacji „Redemptoris Missio”, jako wolontariuszki pracowały tu: absolwentka studiów lekarskich Gabriela Majkut i absolwentka studiów pielęgniarstwa Celina Ossowska z Poznania.¹¹⁵

ZAMBIA (dawniej RODEZJA)

Chawama

W tutejszym szpitalu misyjnym w latach 2002 i 2003 pracowali medyczni wolontariusze z Polski, kierowani przez Salezjański Wolontariat Misyjny.¹¹⁶

Chikuni

Misja w Chikuni została założona w 1904 r. przez francuskiego jezuitę, O.J. Moreau. Szpital powstał w 1948 r., założony został przez irlandzkie szarytki, które w tym roku przybyły do Chikuni, jako do swej pierwszej placówki w Zambii. W 1999 r. szpital miał 96 łóżek i był podzielony na następujące oddziały: przedporodowy i patologii ciąży (9 łóżek), porodowy (2 stanowiska), poporodowy (8 łóżek), dziecięcy (15 łóżek), izolacyjny dla kobiet (8 łóżek), gruźliczy dla mężczyzn (7 łóżek), izolacyjny dla mężczyzn (7 łóżek), chorób wewnętrznych dla kobiet (17 łóżek), gruźliczy dla kobiet (4 łóżka), chorób wewnętrznych dla mężczyzn (15 łóżek), intensywnej opieki medycznej (5 pojedynczych pokoi, w tym jeden dla personelu szpitala). Była

¹¹³ Jerzy Grzybowski, *Ona kocha Boga, bo kocha nas...* „Misjonarz” 1996 nr 1 s. 7-8.

¹¹⁴ *Salezjański Wolontariat Misyjny*, informacje on line.

¹¹⁵ Gabriela Majkut, *W ugandyjskim słońcu*. „Raport” 2005 nr 4 s. 1-2.

¹¹⁶ *Salezjański Wolontariat Misyjny*, informacje on line.

też sala operacyjna, gabinet zabiegowy, apteka, kuchnia, pralnia. Była też przychodnia i przychodnia dla matek z dziećmi. Szpital i przychodnia funkcjonują w ramach Church Medical Association of Zambia.

W szpitalu pracowały w 1999 r. trzy siostry Zambijki oraz osoby świeckie (pielęgniarki innych wyznań chrześcijańskich). W tym samym roku przychodził do szpitala amerykański chirurg jezuita, zatrudniony w oddalonym o 10 km szpitalu rządowym, w którym nie było sali operacyjnej, a więc korzystał z tej, która była w szpitalu misji katolickiej. Wśród pacjentów przeważały zachorowania na AIDS, gruźlicę i malarię. Potrzeby medyczne szpitala dotyczyły wenflonów w rozmiarach dla niemowląt.

Od 1997 do 1999 r. wolontariuszką była świecka lekarka-pediatra z Polski, Jolanta Podolska.¹¹⁷

Chilonga

Około 1997 r. rozpoczęło działalność hospicjum dla chorych na AIDS: Mother of Mercy Hospice for Terminally Ill w Chilonga, prowadzone przez Siostrę Miłosierdzia św. Karola Boromeusza z Mikołowa, Leonie Kornas. Prowadziła ona początkowo opiekę domową nad chorymi na AIDS, a z czasem hospicjum (15 łóżek) przychodnię i przychodnię dla chorych na AIDS. Hospicjum kierowała przy pomocy 21 przeszkolonych wolontariuszy, a lekarz dojeżdżał na wezwanie m.in. w ramach „Flying Doctor Service”. Otwarcie hospicjum było trudne, bo minister zdrowia i biskupi nie wyrażali na to zgody, uważając, że w kulturze afrykańskiej więzy rodzinne są bardzo silne i że to rodzina powinna zajmować się chorymi na AIDS.¹¹⁸

W przychodni udzielano pomocy około 5000 osobom rocznie. Wyposażeniem było: aparat do mierzenia ciśnienia, drobny sprzęt chirurgiczny i samochód do transportu chorych. Hospicjum było zelektryfikowane, miało ujęcie wody i kanalizację. Wspomagane było lekami przez Action Medeor, a fundacja „Redemptoris Missio” ofiarowała np. 2 tysiące dolarów amerykańskich na leki (potrzebne były leki przeczyszczające, rozkurczowe, przeciwbólowe, przeciwzapalne, psychotropowe, antybiotyki i witaminy), bandaże i wózek inwalidzki dla chorych na AIDS. Lokalna społeczność dostarczała żywność dla chorych.

Hospicjum podlegały stacje misyjne: Svantumbu (30 chorych na AIDS), Linda comp. (54 chorych na AIDS), Lilay comp. (26 chorych na AIDS), Mapepe comp. (20), Kazjonere (25), Freedom comp. (32) i Chilanga (38). Razem było to 225 pacjentów pod stałą opieką, polegającą na dostarczaniu leków i żywności, zwłaszcza dzieciom.¹¹⁹

¹¹⁷ Zbiory Fundacji, List lek.med. Jolanty Podolskiej z Chikuni Mission Hospital z 7 czerwca 1999 r.

¹¹⁸ Zbiory Fundacji, List lek.med. Rafała Sadowskiego z marca 1998 r.

¹¹⁹ Zbiory Fundacji, Materiały hospicjum w Chilanga w Zambii.

W latach 2002–2003 w hospicjum pracowali medyczni wolontariusze z Polski kierowani przez Salezjański Wolontariat Misyjny.¹²⁰

Chingombe

Jest to jedna z pierwszych stacji misyjnych założonych przez polskich jezuitów w 1912 r. Misję ufundowała Teresa Ledóchowska. Posługę medyczną w Chingombe rozpoczęły słuźebniczki starowiejskie, które dotarły tutaj 7 września 1928 r. W 1963 r. uruchomiono szpital misyjny, którego kierownictwo objęła dr Wanda Piotrowska. Dwa lata później jej obowiązki przejęła siostra Teresa Wiączek.¹²¹

W 2003 r. w misyjnym ośrodku zdrowia w Chingombe było 10 łózek dla chorych (około 1200 przyjęć rocznie), a w przychodni przyjmowano około 9.600 pacjentów rocznie. Zatrudniano siostrę zakonną zambijską, która jest pielęgniarką mającą do pomocy 2 asystentów.¹²² Misją od około 20 lat kieruje ks. Marceli Prawica, fidei-donista.¹²³

Kabwe (dawne Brockenhill)

Posługa medyczna została rozpoczęta w 1961 r., gdy słuźebniczki (w tym s. Petronela Krypel) zamieszkały w afrykańskiej chacie na przedmieściach Kabwe, skąd odwiedzały chorych w szpitalu i domach prywatnych. W 1973 r. przybyły tu z Katondwe Misjonarki św. Rodziny: Imelda Zimińska odtąd obejmująca etat pielęgniarki w kopalnianej przychodni, oraz Elwira Zygmunt, która podjęła pracę w 100-łózkowym szpitalu państwowym. Mieszkały w pokojach wynajętych u sióstr pochodzenia afrykańskiego, a źródłem ich utrzymania były skromne pensje szpitalne. Siostra Zygmunt, po ukończeniu kursu języka *cibemba* została zaangażowana w charakterze pielęgniarki na oddziale położniczym (70 łózek), ale w razie potrzeby pracowała na oddziale dziecięcym (90 łózek), potem na oddziale chirurgicznym dla mężczyzn (70 łózek) i oddziale wewnętrznym dla kobiet (60 łózek).¹²⁴

Kasisi

W styczniu 1929 r. grupa słuźebniczek z Polski objęła pracę misyjną po niemieckich dominikankach w Kasisi. Do 1954 r. przez cały tydzień zajmowały się nauczaniem, a w niedzielę odwiedzały ludność, opatrywały rany i przynosiły leki.¹²⁵

¹²⁰ Salezjański Wolontariat Misyjny, on line.

¹²¹ Maria Ławecka, *Udział Sióstr Słuźebniczek Starowiejskich w dziele misyjnym*. [W:] *Zeszyty Misjologiczne ATK*, T. VI: *Misjonarze polscy w świecie*, cz. 1, s. 7–66; Rajkowska, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonarek...*, s. 83–86.

¹²² Zbiory Fundacji, List ks. Marcelego Prawicy z Chingombe Mission z 17 lutego 2003 r.

¹²³ Antoni Koszorz, *Polscy księża fideidoniści*. [W:] *Misjonarze polscy w świecie...* cz. 2, Warszawa 1985 s. 182.

¹²⁴ Rajkowska, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonarek...*, s. 83–86.

¹²⁵ Ławecka, *Udział Sióstr Słuźebniczek Starowiejskich...*, s. 7–66.

W 1956 r. utworzono sierociniec, który w 2003 r. prowadziła s. Mariola Mierzejewska.¹²⁶

Katondwe

Szpital został założony w 1963 r. przez jezuitę, ojca Jana Waligórę. Pierwszym dyrektorem była Wanda Piotrowska, lekarka świecka korzystająca z pomocy siostr pielęgniarek. Po dwóch latach zarząd szpitala objęła lekarka – siostra służebniczka Teresa Wiączek, z którą okresowo pracowały siostry ze Zgromadzenia Misjonarek św. Rodziny: Elwira Zygmunt (ur. 19.08.1938 r.) – pielęgniarka, Ada Tobiaszewska (ur. 10.10.1931 r.), która miała podjąć studia w zakresie analityki medycznej w Lusace, ale z powodu choroby musiała z tych planów zrezygnować i zajmowała się administracją, a także Imelda Zimińska, która w 1979 r. nostryfikowała w Londynie swój dyplom pielęgniarski.¹²⁷

W 1990 r. rozpoczęła pracę siostra Teresa Schmidt, pielęgniarka zatrudniona jako dyrektor administracyjny. Od 1990 r. do chwili obecnej szpital prowadzi chirurg, służebniczka starowiejska Mirosława Góra, która ma do pomocy pielęgniarki polskie (m.in. Zofia Chrzastek, Krystyna Matusz, Edyta Wojtowicz i Maria Żywiec) i zambijskie.¹²⁸ W 1998 r. siostra Maria Żywiec prowadziła szpitalną aptekę.¹²⁹ W 2003 r. pracowała tu misjonarka świecka, lek.med. Jolanta Podolska.¹³⁰

Kazimva

Klinika została wybudowana przez parafian pod przewodnictwem jezuitę, ks. Andrzeja Piroga i z pomocą materialną przez niego organizowaną. W powstałej około 1980 r. klinice pracowały 3 pielęgniarki i 3 osoby personelu pomocniczego. Rocznie przyjmowano około 5000 pacjentów, z powodu słabego wyposażenia udzielając im tylko pomocy doraźnej. Skomplikowane przypadki kierowano do szpitala rządowego, w którym opieka była odpłatna, dlatego biedni pacjenci w takich razach rezygnowali z leczenia i wracali do domów, co często kończyło się ich przedwczesną śmiercią.¹³¹

Liteta

Leprozorium, w którym od 1971 r. posługiwały 4 polskie siostry boromeuszki z Mikołowa.¹³²

¹²⁶ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumentacja pomocy finansowej na 2002 r.

¹²⁷ Ławecka, *Udział Sióstr Służebniczek Starowiejskich...*, s. 7-66; Rajkowska, *Działalność misyjna Zgromadzenia Sióstr Misjonarek...*, s. 83-86.

¹²⁸ Danilecka, *Szpital na peryferiach...*, s. 35-38.

¹²⁹ Zbiory Fundacji, List lek.med. Rafała Sadowskiego z marca 1998 r.

¹³⁰ Zbiory Komisji Misyjnej, Podanie o finansowanie szpitala w Katondwe z ok. 2002 r..

¹³¹ Zbiory Komisji Misyjnej, Kwestionariusz projektu dotacji dla kliniki w Kazimva w Zambii z 2002 r., wypełniony przez ks. Marka Czarneckiego.

¹³² Halemba, *Polscy misjonarze w Afryce...*, s. 133-163.

Livingstone

Siostra Emanuela Szreder opiekowała się tzw. dziećmi ulicy (45 osób) i sierotami (220 dzieci).¹³³

Lubalashi

Szpitalik jest budowany od 2003 r. pod kierownictwem ks. Marka Czarneckiego (Fidei Donum) z projektu misyjnego finansowanego przez Komisję ds. Misji Episkopatu Polski. Jest bardzo potrzebny, bo miejscowa ludność ma do najbliższego szpitala dzień drogi pieszo.¹³⁴

Lusaka

Po 1959 r. w laboratorium analitycznym szpitala w Lusace pracowała s. T. Żiwa.¹³⁵

Ponadto przy Parafii Świętej Rodziny powstał ośrodek opiekuńczy dla około 800 przewlekle chorych osób. Otrzymała w 2002 r. od Centrum Misyjnego Episkopatu Polski pomoc finansową w wysokości 2 tysięcy dolarów przeznaczoną w całości na zakup najpotrzebniejszych leków. Ośrodek koordynował ks. Jacek Fryś.¹³⁶

Około 1997 r. polskie salezjanki zorganizowały szkołę dla dziewcząt osieroczonych przez rodziców zmarłych na AIDS. Boromeuszka, Leonia Kornas, założyła w tym samym czasie hospicjum dla chorych na AIDS.¹³⁷

Około 2002 r. s. Damiana Katarzyna Jasińska ze Zgromadzenia Misjonarek św. Rodziny prowadziła Divine Providence Home w Lusace, w którym znajdowało się 20 osób starszych (m.in. po wylewie, z nowotworem skóry, gruźlicą) i 10 dzieci (w tym troje HIV+).¹³⁸

Opiekę medyczną i duchową nad więźniami w Lusace sprawował o. Roman Janowski, SVD.¹³⁹

Luwingu

W końcu lat osiemdziesiątych salezjanki, Maria Domalewska i Zofia Łapińska rozpoczęły pracę w szpitalu przyparafialnym.¹⁴⁰

¹³³ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumentacja pomocy finansowej na 2002 r.

¹³⁴ Tamże.

¹³⁵ Ławecka, *Udział Sióstr Służebniczek Starowiejskich...*, s. 7-10.

¹³⁶ Zbiory Komisji Misyjnej, Sprawozdanie z otrzymanej pomocy finansowej za 2003 r. napisane przez ks. Jacka Frysia.

¹³⁷ Kazimierz Cichecki, *Niech będzie pochwalony Jezus Chrystus*. „Echo z Afryki i innych kontynentów” 1997 s. 186.

¹³⁸ Zbiory Komisji Misyjnej, Podanie s. Damiany K. Jasińskiej z Lusaki w Zambii, niedatowane.

¹³⁹ Zbiory Komisji Misyjnej, Dokumentacja pomocy finansowej na 2002 r.

¹⁴⁰ Blecharczyk, *Krótką informacją na temat...*, s. 179-184.

Makeni

Według ks. Krzysztofa Mroza, grupa złożona z zatrudnionego na cały etat koordynatora, 3 pielęgniarek i 32 wolontariuszy zajęła się od najpóźniej 2002 r. codzienną troską nad około 200 osobami przewlekle chorymi, zwłaszcza na gruźlicę, HIV/AIDS w dzielnicach Makeni, John Laine Compound oraz filii Chilonga. Działalność całkowicie bazowała na darczyńcach, do których należała Komisja ds. Misji Episkopatu Polski finansująca m.in. zakup leków.¹⁴¹

Mpanshya

Siostry Św. Karola Boromeusza prowadziły założony przez Jezuitów Szpital św. Łukasza ze 100 łózkami, specjalizujący się w diagnostyce i leczeniu gruźlicy i obejmujący zasięgiem teren zamieszkały przez około 135.000 osób. Jest to teren częstego występowania malarii, biegunek, robaczyc, gruźlicy, AIDS, zapaleń dróg oddechowych i moczowych, chorób skóry, niedożywienia i anemii. Szpital posiadał salę operacyjną wyposażoną w drobny sprzęt chirurgiczny, której od kilkunastu lat nie używano z powodu braku lekarza, a także sterylizator, aparat do mierzenia ciśnienia, wyposażenie laboratoryjne, sprzęt RTG, mikroskopy, wyposażenie stomatologiczne, lecz bez krzesła stomatologicznego.

Od co najmniej lat dziewięćdziesiątych XX w. szpital prowadzą 3 Polki, w tym s. Sabina (27 lat w Afryce), pełniąca rolę administratora szpitala pielęgniarka – s. Stanisława Smarzoch (około 20 lat w Afryce), s. Franciszka oraz 2 siostry Zambijki. Jest własne źródło prądu elektrycznego, woda, kanalizacja i lodówka. Szpital posiadał samochód do transportu chorych.

W 1995 r. ostatni pracujący tutaj lekarz wyjechał z Zambii. Odtąd dwa razy w miesiącu dojeżdżał lekarz – wolontariusz, wykładowca Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Lusace, Anglik, prof. P. Sims. W 1998 r. pracował lekarz z Rwandy, uchodźca Hutu, który wcześniej był urzędnikiem w Ministerstwie Zdrowia. Od 2003 r. w szpitalu pracują polscy wolontariusze – lekarze i pielęgniarki z Polski, których podróż jest finansowana przez Salezjański Wolontariat Misyjny lub Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”. Personel szpitala i nauczyciele okolicznych szkół prowadzą na terenie misji działalność w zakresie edukacji prozdrowotnej oraz pełnią opiekę nad chorymi na AIDS (128 dorosłych i 68 dzieci, które w większości są sierotami po rodzicach zmarłych na AIDS).¹⁴²

Mpunde

Szpitalik misyjny utworzony najpierw na 6, a z czasem na 40 łózek, położony 45 km od Kabwe. Koordynatorem jego budowy był od 1996 r. ks. Jan Krzysztoń (Fidei

¹⁴¹ Zbiory Komisji Misyjnej, Kwestionariusz projektu opracowany przez ks. Krzysztofa Mroza z Zambii datowany na 5 czerwca 2002 r.

¹⁴² Zbiory Fundacji, Ankieta szpitala misyjnego w Mpanshya w Zambii; *Salezjański Wolontariat Misyjny*, informacje on line.

Donum), który nie posiada przeszkolenia medycznego i który nadal pozostaje opiekunem szpitalika. „Wikariuszem” był tu ks. kardynał Adam Kozłowiecki. W latach pięćdziesiątych XX w. zatrudniano Zambijczyków: 8 pielęgniarek, 1 położną, laboranta, „clinical officer” i technika zdrowia środowiskowego oraz 8 osób personelu niewykwalifikowanego. W 2003 r. było to 9 pielęgniarek i 12 pracowników pomocniczych.

W ciągu roku z bezpośredniej pomocy medycznej korzystało 2.000 pacjentów, w tym dużo chorych na malarię, którzy po otrzymaniu leków wracali do swoich domów. Poza tym odnotowywano przypadki: cholery, biegunki, robaczyce, gruźlicę, zapalenia dróg oddechowych i moczowych, AIDS, choroby skóry, niedożywienie i anemię.

W 1995 r. uruchomiono opiekę domową nad chorymi na AIDS, którą 10 lat później obejmowano 250 osób.

W Mpunde nie było i nadal nie ma etatowego lekarza (od 2006 r. dwa razy w tygodniu dojeżdżają do Mpunde lekarze z innej miejscowości opłacani przez międzynarodową organizację walczącą z AIDS).

Szpital miał własne laboratorium, a na jego skromne wyposażenie składały się: aparat do mierzenia ciśnienia, sterylizator i drobny sprzęt chirurgiczny. Nie posiadał elektryczności, ale w 1999 r. dysponował małym generatorem warunkującym pracę m.in. lodówki na leki. W 1999 r. jedyna pomoc humanitarna, jaką otrzymała placówka, pochodziła z Fundacji Redemptoris Missio. Były to głównie igły i strzykawki jednorazowe.¹⁴³ W następnych latach szpital misyjny był wspomagany dotacjami Komisji ds. Misji Episkopatu Polski oraz darami przekazywanymi przez Archidiecezję Lusaka.¹⁴⁴

ZIMBABWE

Mwanga

W działalność szpitala św. Patryka był zaangażowany polski salezjanin, o. Waldemar Molenda, SDB. Obejmowano opieką medyczną ludność zamieszkałą terytorium około 10.000 km². W 2001 r. w szpitalu przyjęto 14.230 chorych, a w przychodni około 30.000 osób. W szpitalu pracuje 4 lekarzy, 26 pielęgniarek i 29 osób personelu pomocniczego. Pensje pracowników szpitala są wypłacane przez władze kraju, a leki, opatrunki i materiały medyczne są kupowane za środki otrzymane od dobroczyńców.¹⁴⁵

¹⁴³ Zbiory Fundacji, Listy ks. Jana Krzysztonia z misji Mpunde w Zambii z lat 1996-2000.

¹⁴⁴ Zbiory Komisji Misyjnej, Sprawozdanie ks. Jana Krzysztonia za 2003 r.; Jan Krzysztoń, *List „Raport”* 2006 nr 3 s. 3.

¹⁴⁵ Tamże, Kwestionariusz podania o dotację dla szpitala w Mwangie, wypełniony przez ks. Waldemara Molendę w listopadzie 2002 r.

Aneks II

Wymienione w monografii zgromadzenia zakonne oraz instytucje i organizacje zaangażowane w misyjną opiekę zdrowotną w Afryce

ZGROMADZENIA ŻEŃSKIE

**Urszulanki Unii Rzymskiej
(OSU)**

Prowincja Polska
ul. Raclawicka 101
02-634 Warszawa

**Zgromadzenie Córek Bożej
Miłości (FDC)**

Dom Prowincjonalny
– Instytut Marii
ul. Pędzichów 16
31-152 Kraków

**Zgromadzenie Córek Maryi
Wspomożycielki (salezjanki)**

ul. Warszawska 152
05-092 Łomianki k. Warszawy

**Zgromadzenie Franciszkanek
Misjonarek Maryi (FMM)**

ul. Nałęczowska 241
20-831 Lublin

**Zgromadzenie Franciszkanek
Rodziny Maryi (CSFFM)**

Dom Prowincjonalny
ul. Niegolewskich 23
60-233 Poznań

**Zgromadzenie Misjonarek
Najświętszej Maryi Panny
Królowej Afryki
(Siostry Białe)**

Dom Misyjny
ul. Chodkiewicza 9
20-813 Lublin

**Zgromadzenie Misyjne Służebnic
Ducha Świętego (SSpS)**

Klasztor Anmuntiata
ul. Starowiejska 152
47-400 Racibórz

**Zgromadzenie Sióstr Boskiego
Zbawiciela (SDS)**

ul. Uzdrowska 38
43-230 Goczałkowice-Zdrój

**Zgromadzenie Sióstr Kanoniczek
Ducha Św. de Saxia**

ul. Szpitalna 10
31-024 Kraków

**Zgromadzenie Sióstr Karmelitanek
Misjonarek**

Trzebinia 191
34-300 Żywiec

**Zgromadzenie Sióstr Męki Pana
Naszego Jezusa Chrystusa
(pasjonistki)**
Dom Generalny Sióstr Pasjonistek
ul. Husarii 55/57
02-951 Warszawa

**Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia
św. Karola Boromeusza
(boromeuszki)**
Dom Generalny
ul. Okrzei 27
43-190 Mikołów

**Zgromadzenie Sióstr Misjonarek
Apostolstwa Katolickiego
(pallotyńki)**
ul. Płońska 20
80-114 Gdańsk

**Zgromadzenie Sióstr Służebniczek
Najświętszej Marii Panny
Niepokalanej Poczętej
(służebniczki)**
36-201 Stara Wieś 460 k. Brzozowa

**Zgromadzenie Sióstr Służek
Najświętszej Maryi Panny
Niepokalanej**
Dom Generalny
Mariówka 3
26-400 Przysucha

**Zgromadzenie Sióstr
Św. Dominika**
Referat Misyjny
Al. Kasztanowa 36
30-227 Kraków

**Zgromadzenie Sióstr Św. Jadwigi
Śląskiej (CSSH)**
ul. Sępa Szarzyńskiego 27/29
50-351 Wrocław

**Zgromadzenie Sióstr Św. Józefa
(józefitki)**
Referat Misyjny
ul. Moniuszki 8
31-518 Kraków

**Zgromadzenie Sióstr Św. Katarzyny
z Aleksandrii (CSC)**
Prowincjalet
ul. Moniuszki 7
14-500 Braniewo

**Zgromadzenie Sióstr Św. Michała
Archanioła (CSSMA)
(michalitki)**
Dom Generalny
ul. Ks. Bronisława Markiewicza 22
38-430 Miejsce Piastowe

**Zgromadzenie Sióstr Św. Piotra
Klawera (SSPC)
(klawerianki)**
ul. Łukasiewicza 62
38-400 Krosno

**Zgromadzenie Sióstr
Św. Wincentego a' Paulo (SM)
(szarytki)**
Prowincja Krakowska
ul. Warszawska 8
31-155 Kraków

**Zgromadzenie Sióstr Wynagrodzi-
cielek Najświętszego Oblicza
(obliczanki)**
ul. Zawadowa 25
04-419 Warszawa

**Zgromadzenie Służebnic
Najświętszego Serca Jezusowego
(sercanki)**
ul. Garncarska 24
31-115 Kraków

ZGROMADZENIA MĘSKIE

Towarzystwo Jezusowe (SJ) (jezuici)

Prowincja Polski Południowej
Mały Rynek 8
31-041 Kraków

Zgromadzenie Księża Misjonarzy

Dom Prowincjonalny
ul. Stradomska 4
31-058 Kraków

Zgromadzenie Księża Najświętsze- go Serca Jezusowego (SCJ) (sercanie)

Sekretariat Misji Zagranicznych
Księża Sercanów
ul. Łowicka 46
02-531 Warszawa

Zgromadzenie Męki Jezusa Chrystusa (CP)

Dom Prowincjonalny
ul. Zamieniecka 21
04-158 Warszawa

Zgromadzenie Misjonarzy Afryki

(Ojcowie Biali)
ul. Ziemska 37 Natalin
21-002 Jastków

Zgromadzenie Misjonarzy Oblatów Maryi Niepokalanej (OMI)

ul. Ostatnia 14
60-102 Poznań

Zgromadzenie Ojców Kamilianów

Dom Prowincjonalny
OO. Kamilianów
ul. Bytomska 22
42-606 Tarnowskie Góry

Zgromadzenie Słowa Bożego (SVD)

(werbiści)
Kolonia 19
14-520 Pieniężno

INNE INSTYTUCJE I ORGANIZACJE

Caritas Polska

ul. Skwer Kardynała Stefana
Wyszyńskiego 9
01-015 Warszawa

Centrum Formacji Misyjnej

ul. Byszewska 1
03-739 Warszawa

Fundacja Pomocy Humanitarnej

„Redemptoris Missio”

ul. Dąbrowskiego 79
60-529 Poznań
Poznań

Komisja ds. Misji Episkopatu Polski

ul. Byszewska 1
skr. poczt. 112
03-729 Warszawa

Ruch Solidarności z Ubogimi

Trzeciego Świata

MAITRI

ul. Ks. Józefa Zator Przytockiego 3
80-245 Gdańsk

Salezjański Wolontariat Misyjny

ul. Różana 5
30-305 Kraków

Stowarzyszenie Lekarze

Nadziei

Al. Pokoju 7
31-548 Kraków

Towarzystwo Przyjaciół

Trędowatych

im. Ojca Jana Beyzyma

ul. Zaskale 1
30-250 Kraków

Aneks III

Nota o Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”



Powstała w 1992 r. z inicjatywy środowiska naukowego Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Celem Fundacji jest tworzenie profesjonalnego zaplecza medycznego dla ośrodków prowadzonych przez polskich misjonarzy pracujących wśród chorych w najuboższych krajach świata.

Fundacja zajmuje się organizowaniem wyjazdów lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny do szpitali i przychodni w krajach misyjnych, wysyłką lekarstw i sprzętu medycznego oraz prowadzeniem kursów przygotowujących do pracy w tropiku.

Fundacja zrzeszona jest w międzynarodowej sieci organizacji humanitarnych Medicus Mundi International jako Medicus Mundi Poland oraz ściśle współpracuje z Akademią Medyczną w Poznaniu.

W działalność Fundacji angażuje się wielu wolontariuszy: studenci, młodzież licealna, a także emeryci i dzieci ze szkół podstawowych (np. uczniowie Piątkowskiej Szkoły Społecznej im. dr Wandy Błęńskiej).

Współtwórcami Fundacji byli: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Pawłowski, ówczesny kierownik Kliniki Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej w Poznaniu, ks. dr Ambroży Andrzejak – misjolog oraz lek. med. Norbert Rehlis.

Inicjatorką powstania Fundacji była dr h.c. Wanda Błęńska, zaangażowana przed II wojną światową w Akademicki Ruch Misyjny w Poznaniu. Dr W. Błęńska wielokrotnie po powrocie z Ugandy podkreślała potrzebę zorganizowania w Polsce zaplecza medycznego dla polskich misjonarzy świeckich, zakonnych i diecezjalnych.

e-mail: medicus@am.poznan.pl

Piśmiennictwo:

1. Zbigniew Pawłowski, *Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” 1992-1998*. „Nurt SVD” 2001 nr 3-4 s. 121-126.
2. Zbigniew S. Pawłowski, *Przez „Tygodnie Medycyny Tropikalnej” do „Fundacji Redemptoris Missio”*. „Annales Missiologicae Posnaniensis, t. 11, Poznań 2000 s. 313-314.
3. *Statut Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”*. „Annales Missiologicae Posnaniensis, t. 11, Poznań 2000 s. 314-319.

INDEKS NAZW GEOGRAFICZNYCH

A

Abeokuta 53,137
Addis Adeba 89,171
Afryka 7-13,15,20,21,24,25,27-38,40,41,43,46-50,52,63,65,68,71,73,74,76,77,84,85,89,90,92,98,101,104-108,110,117-119,121,122,124,127,129,134,137,139,141,143,145,147,148,193,195
Afryka Południowa *zob.: RPA*
Agomanya 172
Agoro 37
Akagera 36
Alameta 171
Alem Tena 89,171
Algieria 28,167,187
Aliwal North 182
Alma Ata 21,39,43,52,135
Ambohivoraka 65,125,181
Ameryka Północna 17,36,46
Anglia 8,9,21,34,37,53,65,104,136
Angola 7,8,25,71,76,79,85,93,95,128,143,167
Anyinam 172
Arusha 110,117,126,128,186
Asisi 58,
Assiut 170

Atlantyck 30
Austria 172
Austro-Węgry 66
Azja 84

B

Bagamoyo 134,135
Bagata 41
Bamako 43,92
Bangandou 105,183
Bangassu 109
Bangui 105
Bankpassiba 101,187
Barotse 36
Bassar 77
Baturi 176
Belgia 31,32,118
Bengashi 179
Bertua 70,108,110,128,139,173
Bertua-Mokolo 77,173
Bertoua-Tigaza 110
Betare-Oya 173
Białoruś 28
Biankouri 187
Bibeni 69
Birmingham 19
Bombo-Namaliga 188

Boso-Madanda 169
Botswana 11,34,63,71,121,129,134,
168
Bouar 105
Braniewo 98,187,196
Brazylia 89
Brazzaville 30,127,179
Brockenhill 30,190
Brzozów 193
Buganda 112
Buluba 92,107,111,127,136,139,140
Burhinyi 183
Burkina Faso 50
Burundi 45,50,70,79,84,118,168,169
Busoga 112

C
Carville 136
Chawama 188
Chełmno 170
Cieszyn 137
Chikuni 188
Chilonga 81,189,193
Chingombe 57,65,66,67,69,75,148,
190
Chogoria 26,
Cieszyn 137
Cluny 53
Constantine 167
Cyangugu 183
Czad 93,105,143

D
Dakar 185
Demokratyczna Republika Kongo
7,37,40,41,70,71,91-93,118,130,
143,169
Dikungu 71
Djouth 147,173,174
Dniepr 28
Dolna Zambezi 63,65,147
Donkokrum 172
Doumé 78,174

Dubie 92,169

E

Edynburg 26
Egipt 100,170
El-Beida 179
Eldoret 178
Enia 173
Essiengbot 174
Etiopia 21,25,35,79,87,101,171
Europa 17,20,25,29,31,32,34,37,46,
63,69,74,83,85,93,96,106,118,1
25, 127,139,143

F

Fianarantsoa 97,112,125,128,180
Figuil 69,70,127,174
Foubarka 70
Francja 34,98,118,128,141,175,187
Freedom Compound 189
Fryburg 17
Funda 168

G

Gabon 25,34,125,171
Garoua 57,69
Garoua-Boulai 96,108,113,119,123,
141,175
Gatara 84
Gbarna 179
Gdańsk 143,178,196,198
Gdynia 83,141,143
Genewa 81
Ghana 9,11,13,31,34,37-39,43,46,55,
56,76,81,95,100,143,147,172,173,
179
Gikondo 70,106,183
Goczałkowice Zdrój 195
Gorlice 69
Górna Wolta 173
Gwinea 63
Gwinea-Bissau 25

H

Hamburg 136
Helota 99
Hippone 167
Hiszpania 56
Holandia 27,84,89
Huambo 168

I

Indie 33,56,89
Indonezja 68,89
Inyazonia 71,171
Irlandia 116

J

Jagua 57
Jastków 197
Jezioro Wiktorii 36
Jirapa 37
Johannesburg 36,58,68
John Laine Compound 193

K

Kabwe 30,69,80,103,104,190,193
Kafubu 169
Kalabo 24,58
Kalahari 34
Kalamba 169
Kama 70
Kambikila 169
Kamerun 11,25,31,41,46,49,50,56,57,
63,69,70,78-81,84,96,97,105,108-
110,113,127-129,139,143,144,147,
173,174
Kampala 51,112,188
Kampanga 184
Kanada 34,47,147
Kandé 187
Kanyakine 103,178
Kapivi Mposhi 103
Kapoche 66
Karama 91,184

Kararo 75
Karhala 91,170
Kasisi 9,57,65,67,190
Katima Mulilo 182
Katondwe 47,65,66,68,69,74,78,79,81,
85,106-108,113-115,129,131-133,
139-141,148,190,191
Kazembe 8
Kazimva 191
Kazjonere 189
Kenia 7,11,21,25,26,28,46,52,78,80,83,
98,103,104,106,111,121,124,125,
130,137,138,178,179
Kiabakari 81,186
Kifangondo 71,76,128,167
Kigali 90
Kikumi 178
Kikwit 71
Kinszasa 170
Kisangani 70,84
Kisantu 32
Kongo 25,32,33,78,92,97,127,143,169,
177,179
Kongo Belgijskie *zob.: Kongo*
Kraków 9,75,96,109,113,128,141,195,
197,198
Krosno 196
Kuba 34
Kumi 111
Kwahu Tafo 95,100,172
Kwango 33

L

Lagos 29
Lambaréné 125
Liberia 80,179
Libia 179
Libreville 63
Likuni 97,130,181
Lilay Compound 189
Limuru 178
Linda Compound 189

Lindi 33
Liteta 69,191
Liverpool 136,140
Livingstone 69,192
Ljebu-Igbo 182
Lome 89,187
Londyn 15,136,182,191
Loumie 97,175
Louvain 32
Luanda 34,167
Luangwa 113
Luano Valley 69
Lubalashi 119,192
Lublin 195
Luluaburg 33
Lumbumbashi 169
Lunguli 185
Lusaka 24,35,47,69,77,103,108,114,
115,133,134,191-194
Luwingu 101,192
Lwów 67

Ł

Łomianki 195

M

Madagaskar 52,65,67,78,80,97,125,
128,145,147,180,181
Makeni 80,193
Malawi 11,25,43,45,47,63,97,115,130,
181
Mali 92,121
Mandera 134
Mandama 69,70,76,177
Mang 176
Mapepe Compound 179
Marana 65,112,125
Maringue 81,133,181
Mariówka 196
Marondawa 97,180
Marua 57
Masaka 70,184
Masomeloka 180

Mauretania 25
Mbandake 92,170
Mbaza Kongo 168
M'Boratcheka 187
Mbuji Mai 41
Meru 178
Midjiwin 176
Miejsce Piastowe 196
Mikołów 69,116,189,191,196
Mkushi 57
Mohylew 28
Moloundo-Yeunge 176
Monbele 170
Mondoleh 63
Mbongolwane 58
Montebello 58
Moombe 57
Morogoro 47,186
Mozambik 21,31,33,45,71,81,115,129,
133,181
Mpanshya 69,81,85,116,119,193
Mpinga 70,168
Mpunde 69,78,81,193,194
Mukubwe 57
Mulungushi 30
Mumbwa 57
Musongati 70,168
Múnster 17
Mywanga 117,194
N
Nairobi 178,179
Namibia 50,182
Natalin 197
Ndebili 176
Ndélélé 70,177
Ngaoundéré 57,177
Niemcy 9,17,33,56,136,137
Nigeria 7,11,29,43,53,55,111,128,137,
182
Nkandla 58
Nkozi 51
Nongoma 58
Ntamugega 184

Nyakinama 79,118,184
Nyamfende 177
Nyenga 111,136
Nyombé 177
N'Zeto 71,95,168

O

Omvan 177
Oran 167
Oshogbo 55
Ottawa 18
Oturkpo Beune Plateau 182

P

Padwa 21,145
Paryż 136,139
Pieniężno 9,109,197
Pikine 97,185
Podkowa Leśna 76
Polska 28,56,66,68,70,73-77,79,83,85,
90,92,93,96-98,103,108,110,112,
115,118,119,140,143,148,171,176,
177,182,188,190,192-194
Port Gentil 171
Portugalia 31
Poznań 15,16,75,81,83,84,109,110,
113,140,141,148,175,181,188,195,
197-200
PRL *zob.: Polska*
Przysucha 196
Puszcza Tucholska 136

R

Racibórz 15,195
Rafai 83,105,109
Ribao 69
Republika Południowej Afryki *zob.:*
RPA
Republika Środkowej Afryki 83,105,
109,113,143,175,183
Rodezja 31,67,74,75,188
Rodezja Południowa 33,66
Rodezja Północna 65,66,74,75

RPA 11,35,39,40,50,58,59,61,68,70,
114,139,141,143,182
Rufiji 47
Ruhango 70,185
Ruhungeri 91,117,118,184
Ruiru 178
Ruramba 185
Rushooka 22,101,188
Rutshuru 91,170
Ruanda *zob.: Rwanda*
Rwanda 21,28,36,70,78-80,90,91,98,
106,116-118,130,135,143,183,193
Rzym 17,19,27,66,74,137,139,169

S

Sahara 11,23,35,43,49,77,110
Sedfa 85,98,100,170
Senegal 43,97,130,185
Serowe 168
Siemianowice 137
Sierra Leone 13,185
Singida 117,186
Sørstenberg 23
Sokodé 77
Stany Zjednoczone Ameryki *zob.: USA*
Stara Wieś 67,196
Sudan 36,111,112,130,135,186
Swarzędz 116
Svantumbu 189
Szantung 109
Szkocja 17,26
Sztokholm 25
Szwajcaria 17

T

Tanariwa 65,180,181
Tanganika 39
Tanzania 7,21,34,37,39,42,43,47,49,
52,80,81,110,111,117,126,128,
130,147,186
Tatale 81,172
Tarnowskie Góry 197
Tarnów 105,139

Tcholliré 70,177
Teresa Mission 183
Thiaroye-Gare 185
Thumbé 170
Tigaza 173
Togo 25,29,77,79,86,89,99,101,109,
187
Toruń 136,140
Trzebinia 195
Tuluza 141
Tunezja 187
Tunis 187

U

Uganda 7,9,11,21,22,35,43,46,49,50-
52,68,80,84,89,92,98,101,107,111,
112,127,130,135,139,140,145-147,
188
USA 9,29,31,32,34,47,56,65,69,74,
128,136,139,147,182
Uzuakoli 111

W

Waragou 171
Warszawa 9,15,68,76,104,110,113,
139,148,173,175,195-198
Watykan 7
Wilno 28
Włochy 21,103,113,119,175

Wolta (*jezioro*) 95
Worawora 37
Wrocław 137,186,196
Wspólnota Narodów *zob.: Anglia*
Würzburg 33,111

Y

Yaounde 80,110,178
Yendi 172

Z

Zair *zob. Demokratyczna Republika
Kongo*
Zakopane 139
Zambia 8,9,11,18,24,25,28,30,34,35,
41,45,50,57,58,63,65,69,76-78,80,
81,85,98,100,103,104,106,107,113,
116,119,129,131,133,139,140,143,
148,188,189,193
Zanzibar 39,134,135,142
Zimbabwe 33,43,45,47,49,52,63,120,
123,147,194
Zjednoczone Królestwo *zob.: Anglia*
ZSRR 33,34,39,55
Związek Socjalistycznych Republik
Radzieckich *zob.: ZSRR*
Ż
Żywiec 195

INDEKS OSÓB

A

Addae Stephen 38
Aleksandrowicz Bonifacja 180
Allwood Clifford 25
Andrzejak Ambroży 199
Auma Alice 35

B

Bartkiewicz Janina 112,140
Bayer Ernest 111
Bednarski S. 75
Beyzym Jan 64,65,112,125,147,180,
198
Białowąs Romana 176
Bismarck 63
Błęńska Wanda 92,105,107,108,111,
112,127,136,140,199,200
Borecki Stefan 66
Borucka Bożena 89,187
Bosco Jan 27
Brachott D. 38
Bradley Richard 9,10
Brown James Kinnear 111
Bukowiec Kazimierz 80
Bujnowski Piotr 110
Buńko Danuta 79
Byś Maria 78

C

Cofta Mateusz 16
Christie J.W. 35
Chrząstek Zofia 114,191
Chudzio Justyna 187
Cochrane R.G. 127
Consolata 80
Czajkowska Agnieszka 184
Czarnecki Marek 78,192
Czerniakow Marcin 116
Czyrny Piotr 79

D

Davy Frank 111
Decés Karol 65
Dega Wiktor 140
Domalewska Maria 101, 192
Drewny Michał 83,109
Drozdowska Ewa 78
Drożdż Blanda Maria 176,177
Dudar Wiesław 16
Dursap T.J. 65
Dziekan Krzysztofa 180

E

Ebrahimnejad Hormoz 16
Esterka 188

F

Faran Grzegorz 178
Faran Ola 178
Fecko Andrzej 76,167
Franciszka 193
Fryś Jacek 78,192
Furmaniuk Janusz 71,105

G

Gabryel Emanuel 10,63
Gaczoł Maria 80
Gawin Ewa 139,173
Gąsior Róża 85
Gilamle 120
Głyda Michał 83
Gnatowska Teresa 79
Goili Wilhelm 105,182
Gomułka Władysław 68
Góra Mirosława 78,79,105,107,108,
114,115,131,140,141,143,191
Grabowska Małgorzata 96,105,113,
123,141,173,175
Grudzińska Teodora Jadwiga 173,176
Gruszka Marcelina 100
Grzebień Ludwik 9
Grzegorz 137
Grzybowska Katarzyna 90,184,185

H

Habelok Sabina 116
Haines Andy 13
Hansen Armauer 125
Hareża Wojciech 186
Heathcote Belinda 16
Heygen (von) Lambert 139
Hlond August 75
Hornik Aniela Teresa 93,95,172
Hoser Henryk 105-107,135,183

I

Ignaczak Krystyna Teresa 70,127,174,
176

J

Jankowska Krystyna 167
Janssen Arnold 27
Janowski Roman 192
Jasińska Damiana Katarzyna 78,192
Jenda Janina 79
Jewsiewicka Lidia 180

K

Kaciczek Zofia 183
Kamińska Helena 121,179
Kania Halina 118
Kijowska Dominika 77
Kita Bronisława 67,181
Klekotko Wiesława 80,186
Kletka Józef 80
Kłos Leszek 78
Kołakowska Elżbieta 105
Kołodziej Joanna 171
Kołodziejczyk Halina Anna 185
Konieczny Ryszard 37
Kony Joseph 35
Kornas Leonia 133,189,192
Korona Ludwika 80,81,172,179
Kowalczyk Illidia Maria 167
Kowalówka Leonard 70
Kozłowiecki Adam 9,57,194
Kozłowski Bohdan 105
Kozmińska Ewa 181
Kozmińska-Kubarska Anna 105
Kozmiński Honorat 28
Kraup Apoloniusz 65,125,127
Krupa Donata 174
Krypel Petronela 190
Krzysztoń Jan 78,193
Ksyk Maria 93
Kubaczyk Ewa Norberta 78,83,103,
178,180
Kubat Kazimierz 40
Kuchno Ismaela 80
Kulas Anna 80
Kus Waldemar 172

Kusik Teresa 170,185
Kusy Zbigniew T. 105

L

Lavigerie Charles 27
Lazarewicz 65
Ledóchowska Maria Teresa 27,65,74,
75,147,190
Leonard Kenneth 12
Leyk Józefa Dorota 175
Ligęza Judyta 171
Livingstone David 27
Loumille Louise 120
Luzbetak Louis J. 18,145

Ł

Łapińska Zofia 80,192

M

Mach Wojciech 97
Madecki Oswald 105,137
Madej Michaela 108,173
Madeleine 187
Majcher Klara 173
Majkut Gabriela 146,188
Malczewska-Marczak Wanda 105,139
Malinowski Bronisław 18
Małolepsza Ewa 118
Mandela Nelson 59
Marciniak Jan 80
Marcinkowski Karol 16,71,148
Markowicz Karina 79
Maroń Kinga 70
Matusz Krystyna 114,191
Matylda (józefitka) 179
Mazarello Maria Dominika 27
Mazenod (de) Eugeniusz 27
Mazurkiewicz Lucyna 182
Mazurkowska Danuta 185
Mbamtibi Catherine 120
Megier Konstancja 70
Megier Paulina 177
Meissner Wiktor 83

Merta Konrad 83
Michalska Ksawera Zofia 185
Mierzejewska Mariola 191
Modlińska Ola 178
Mohl Aleksander 65
Molenda Waldemar 194
Mongulku Marié-Theresa 70
Mościcki Ignacy 75
Mroczek Teresa 185
Mróz Krzysztof 193
Mumbe Paulina 69
Musiał Mikołaj 83
Musielak Zbigniew 112,180

O

Olczak Marek 80
Olechno Kornelia Katarzyna 98,187
Olechnowicz Maria Anna 79,98,187
Ossowska Celina 188
Ostrowski Franciszek Maria 63
Ostrowski Zygmunt 105,135
Oszczęda Maria 185
Oszywa Stanisława 170,185

P

Pachnik Teresa Barbara 185
Padoł Piotra 173,177
Paliczka Rozalia 71,86,99,130,181
Pawłowski Zbigniew 16,199
Perkowska Barbara 79,118
Pettiifer Julian 9,10
Piasecka Maksymiliana 177
Pietrucha Jadwiga 79
Pietrucka Sylwestra 128,168
Piękoś Ryszarda 133
Pięta Adolfa 67
Piotrowska Wanda 68,69,105,114,
190,191
Pirog Andrzej 191
Pirog Władysława 80
Podolska Jolanta 105,139,189,191
Pokusa Ezechiela Helena 174,177
Prawica Marceli 78,80,190

Prądyńska Monika 69,70
Pryll Henryk 80
Przybyłowska Julia 180
Pudło Celestyna 174
Pustułka Barbara 118,184
Pyda Przemysław 83

R

Rachel Maria 178
Rapacki Adam 68
Razik Marila 70
Rehliś Norbert 199
Rogowska Bożena 80,120,176
Rojek Damiana 80, 127,178
Rokita Akwila Czesława 69,176
Różowicz Amalia 67
Ryńo Maksymilian 63
Rząca Talita 79

S

Sabina 193
Salamon Monika 183
Sapieha Adam 68
Sarkowicz Radziśława Rozalia 167
Schmidlin Josef 17,145
Schmidt Teresa 114,139,191
Schmidt Wilhelm 17,18,145
Schramm Ralph 29
Schultz Paul T. 12
Schweitzer Albert 125
Siedzińska Joanna 176
Sielużycka Małgorzata 86,89,169
Sienkiewicz Henryk 134,135
Sikoń Roman 186
Sikorska Mariola 180
Sims P. 193
Siwek Florencja 167
Siwy Rachela 70
Skrzypiec Radosława 105,175
Skucha Aleksja 70
Słaba Józefa 116
Słysz Assunta 173
Smarzoch Stanisława 116,193

Smith Edwin W. 18
Smoliński Szymon 83
Socha Zofia 85,98,100,170
Sojka Barbara 79
Sojka Martyna 95,128,168
Stanisława 187
Starek Krystyna 134
Stinnesbeck Tekla 33
Stofner Jakub 66
Strok Izabela 78,174
Szczodrowski Romuald 80
Szelągowicz Kinga Elżbieta 167
Szkopiecki Jan 170
Szolc-Rogoziński Stanisław 63
Szreder Emanuela 192
Szulc Faustyna Teresa 144,173,175
Szymoniak Stefan 112

T

Takyi Baffour K. 13
Tchinala Josepha 120
Tehoul Elisabeth 187
Tobiaszewska Ada 191
Tomaszewska Zofia 173
Traczyk Krystian 168
Trań Zbigniew 119
Trzeciak Gabriela 69
Trzepacz Anna 87,171
Twał Fouwad 187

U

Urbaś Stanisława 183

W

Wachowiak Anna 131
Wala Joanna 171
Waligóra Jan 68,191
Walsh 57
Warneck Gustav 17
Welic 99
Wiączek Teresa 69,105,114,190,191
Wierzbicki Tomasz 83
Witkowska Barbara 185

Wojtacha Anna 71
Wojtasik Radosława Maria 70,175
Wojtowicz Edyta 114,191
Wolska Kamila 80,178
Woźnikowska Danuta 78,180
Wróbel Halina 92,170
Wrzosek Adam 81
Wyleżych Chryzostoma 95,97,172
Wysocka Aldona 187

Z

Zadrożny Antoni 178
Zalińska Anna 185

Zarocostas John 13
Zimińska Imelda 103,190,191
Zimińska Maria 80
Zok Dolores 168
Zwolińska Elekta 77,108,113,173,175
Zygmunt Elwira 103,190,191

Ż

Żarów Urszula 78
Żiwa T. 192
Żoczek Damiana 78,169
Żywiec Maria 114,143,191

Spis rycin

- Ryc. 1. Czasopisma Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”
- Ryc. 2. Misyjna szkoła w Rushooka w Ugandzie
- Ryc. 3. Dzieci w wiosce ugandyjskiej
- Ryc. 4. Dzieci czerpiące wodę do picia z zanieczyszczonych strumieni (Uganda)
- Ryc. 5. W misyjnych szpitalach i przychodniach najcenniejszym dobrem są leki (Uganda)
- Ryc. 6. O. Jan Beyzym i dzieci trędowate w Ambahiwuraka (Madagaskar), wg fotografii z 1900 r.
- Ryc. 7. Madagaskar, o. Jan Beyzym opatruje rany trędowatym wg fotografii z 1900 r.
- Ryc. 8. Okładka pierwszego numeru „Echa Afryki” (1893)
- Ryc. 9. Wolontariuszki Fundacji „Redemptoris Missio” przekazują dary siostrom misjonarkom ze szpitala w Katondwe w Zambii (2005 r.)
- Ryc. 10. Obrzęd rytualny w Afryce
- Ryc. 11. W szpitalu misyjnym
- Ryc. 12. Pacjentami misyjnych szpitali często są dzieci w stanie krańcowego niedożywienia
- Ryc. 13. Rdzenne mieszkanki zachodzą w ciążę nawet kilkanaście razy, ale z ich dzieci przeżywają nieliczne
- Ryc. 14. Trędowata pacjentka misyjnego ośrodka w Arusha w Tanzanii
- Ryc. 15. Pacjent z AIDS w szpitalu w Katondwe
- Ryc. 16. Szpital w Katondwe – siostra misjonarka z podopiecznymi.
- Ryc. 17. *„Życiowe troski, owe gorączkowe zabiegi, owa walka o byt (...) kończy się zawsze u bram misji”* (H. Sienkiewicz, *List z Zanzibaru*, 1892)
- Ryc. 18. Wolontariuszka, lek. med. Gabriela Majkut podczas pracy w szpitalu misyjnym w Ugandzie
- Ryc. 19. W afrykańskiej wiosce
- Ryc. 20. Osada w Tanzanii

THE POLISH CONTRIBUTION TO THE CATHOLIC MISSION HEALTH CARE IN AFRICA

Summary

This book presents the growing involvement of Poles in the mission health care in Africa and in the development of Catholic mission health care systems in Africa, the quality of health services delivered by Catholic mission health facilities, their financing, stability, and adequacy to the health needs of marginalized groups of local populations. The study explores in historical perspective, whether and how Catholic missions in Africa have achieved institutional capacity to health care provision and to administer international health programmes. The book is divided into the three chapters. The first and the second chapters introduce to the third one that is the major part of the study.

The first chapter explains a way in which missionary anthropology contributed much to the involvement of Catholic missionaries in health care in Africa. Since the beginning of mission activity, Catholic missionaries leaving for Africa have been little trained to deal with tribal communities, which bound up healing with superstition and religious beliefs. Furthermore, after 1873, the new anthropological insight into Catholic missions, given by Wilhelm Schmidt (1868-1954), Josef Schmidlin (1876-1944), and Louis J. Luzbetak (born in 1918), promoted a reorientation of mission aims and tasks. Their works on missionary anthropology pointed out that all cultural changes are performed in mind at first; so, cross-culture evangelization and conversions are possible only when missionaries understand tribal beliefs and behaviours.

The present attitude of the Catholic Church to traditional beliefs was shaped by the Papal decree 'Ad Gentes' (1965), the encyclicals 'Redemptor hominis' (1979), and 'Redemptoris missio' (1990). These documents were revolutionary because they were neither greedy for conversion, nor full of haughtiness, but expressed respect for human individuals and their freedom for religious beliefs.

The second chapter shows the development of Catholic mission health services in Africa in the three periods defined both by medical advances and political motivation and economic changes. The first period was the colonial one when some Catholic missions were affected by political upheavals like the two world wars resulting in some missionaries being interned and missions closed. However, it was possible that some Catholic denominations and orders managed to buy land, e.g. in Madagascar and Uganda, and set up settlements where leprosy sufferers could live in dignity. Missionaries conducted training for local communities in the importance of personal hygiene and taught other practical skills. A few Poles were involved in mission activity in Africa in the colonial period.

The second period lasted from 1950 to the mid-1980s. In 1950 the decolonization of African countries began to gain momentum, the *Colegio Universitario Aspiranti Medici Missionari*, an Italian Catholic charity, was founded in Padua, and Dapsone was introduced as a first effective synthetic therapeutic for leprosy. This period also brought many changes in health care systems in Africa. Many medical services were taken over by civil administrations and the WHO appeared on the scene as an international agency suggesting its global health policy. Missionaries were still involved in humanitarian help often as teachers training local populations, e.g. in Buluba in Uganda.

In the third period, called the globalization era, the World Bank introduced free market economy concepts to health care systems in Africa, and the *Medicus Mundi International*, in cooperation with some Christian agencies, suggested reforms in health services delivery, contracting services, decentralization of activities, higher standard of care. The overall health care delivery system reforms in sub-Saharan Africa began a new activities of churches and missions as health services providers. In the 1990s, Catholic Church and mission health services have been contracted to run hospitals in some African countries, like Ghana, Tanzania and Zimbabwe. Paradoxically, whereas foreign volunteers were increasingly involved in churches and mission non-profit health services provision, many qualified local professionals migrated to Europe and to the United States, and Canada. The development of churches and mission health services as a social, economic, and medical phenomenon was appreciated in the mid-1990s, when churches and mission health facilities began to play a significant role in health care systems in several sub-Saharan countries, for example in Tanzania (nearly 50% of health services), Cameroon and Uganda (40% each). The Catholic missions not only provided medicines but also tried to change lifestyle for preventing AIDS in African populations.

The present church health care systems, built in the 1990s in sub-Saharan Africa, covered a variety of primary health needs, that differs from earliest health services delivered by Catholic missions in the colonial period. On the one hand, the present Catholic missions run hospitals, village health centres, hospices for the dying of AIDS, special settlements for sufferers from leprosy, homes for orphans and nursing homes for the elderly, being still insufficient to meet the needs of disadvantaged population groups in Africa. On the other hand, most Catholic mission health

facilities remained understaffed; frequently one or two persons with some training in tropical diseases and medical aid such as dispensing medicines, applying dressings, performing operations, acting as midwife, carrying for extra food to under-nourished children and providing as much health education as possible.

During the last decade, external financing of health sector in sub-Saharan Africa decreased rapidly. Health care delivery in Catholic health facilities has to become more cost-effectiveness, at the same time continuing a holistic approach and empathy to Africans with their rich spirituality. Motivated by religion, Catholic medical missionaries provided free health services if a patient was too poor to pay for drugs or treatment, so, they did not betray local communities trusting the intention of their help.

The Catholic mission health activity has also contributed to the integration of the international religious community, working towards co-operation, not only between Christian denominations, but also embracing other faiths such as Islam. Although the Catholic mission health services became more and more essential for public health systems in Africa, they still require much foreign personal and material support.

The following chapter, as the main part of the study, presents the history of the involvement of Poles in the Catholic mission health care development in Africa. It takes into consideration the wider aspects of their activities: an economic and social background, conditions of health care delivery, an equipment of health facilities, a scope of health services provided by mission nurses, midwives, doctors, and medical volunteers. The description is supplemented by characterization of some mission health facilities run by Poles in Africa, their patients, most common diseases treated in mission hospitals and dispensaries, the Polish contribution to care for leprosy sufferers. In the last years, the global AIDS programme was introduced into Catholic health facilities run by Poles in Africa. Despite these health facilities are still understaffed and insufficiently supported, they also deal with the main health issues troubling the African populations as malnutrition, poor sanitation, poverty, and inadequate education.

The beginning of this involvement dates back to the end of the 19th century, when medical aid provided by Polish missionaries were quite often the only health care available to the indigenous population. Moreover, since the beginning of their presence in Africa, Catholic missionaries have offered a wide range of medical education for Africans, from a few elementary lessons to training nurses and leprosy assistants.

In the post-colonial period, because of the declined number of monastic and priests vocations in developed countries, participation of Polish missionaries in health care in Africa has increased. Moreover, most Polish medical missionaries (some of them were nuns who graduated medicine) completed courses on first aid and basic tropical medicine; so, they are able to deliver high quality health services.

During the last decade, Catholic health facilities have been providing health services together with other Christian churches and governments in the subcontinent.

For several disadvantaged populations in Africa, run by Polish missionaries health facilities were the only source of any type of medical help; medicines, treatments, vaccinations, surgeries, midwifery services or health education.

The book also presents some personalities of Polish medical missionaries. They were people of strong faith and deep motivation. Most of them have had a wish to realize their religious beliefs by working in missions since their youth. During the colonial period the majority of Polish missionaries were middleaged or older, and had dedicated their lives so completely to Africa that they would never leave a mission, even when many of their companions died from tropical disease or political violence. More recently there has been a revival of desire to be involved in missionary activities amongst younger Poles, with the feeling that dedicating themselves to helping others will lead them to a more meaningful life.

In the three annexes there are: the alphabetical list of missions health facilities run by Poles, the list of addresses of Polish mission orders and organizations contributing to health care delivery in Africa, and the brief history of the Charity Foundation „Redemptoris Missio” from Poznań in Poland.

Wśród wielu polskich publikacji, najczęściej pisanych przez misjonarki lub misjonarzy, dających świadectwo Działu Misyjnemu, książka dr hab. Anity Magowskiej jest pozycją szczególną. Przedstawia ona, w kontekście historycznym i badawczym, obserwowany ostatnio wzrost zaangażowania polskich misjonek i misjonarzy w opiekę medyczną i edukację zdrowotną na terenach misyjnych w Afryce. Nie od dzisiaj poprawa sytuacji zdrowotnej społeczności biednych i opuszczonych jest istotnym elementem działalności ewangelizacyjnej. Posługa lecznicza, w najszerszym tego słowa znaczeniu, musi być obecnie koordynowana z międzynarodowymi i rządowymi programami ochrony zdrowia i prowadzona w myśl nowoczesnych zasad ekonomii i zarządzania, przy pełnym zachowaniu chrześcijańskiego podejścia do biednych i chorych. Książkę, pisaną przez osobę świecką, czyta się z dużym uznaniem dla pracy tych, którzy – w obecnych niełatwych warunkach – realizują Dzieło Misyjne poza granicami Polski i tych, którzy pomagają temu Działu w kraju.

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Pawłowski



Wydawnictwo Kontekst