Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

POŁOŻNA W AFRYCE – NA PRZYKŁADZIE MISJI MEDYCZNEJ W KAMERUNIE, W GAROUA-BOULAI

MIDWIFE IN AFRICA – ON THE EXAMPLE OF A MEDICAL MISSION IN CAMEROON, IN GAROUA-BOULAI

Sara Maria Suchowiak[1, a], Katarzyna Plagens-Rotman[2, b], Jean Soka[3]

[1] Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[3] Centre de Sante Catholique de Garoua-Boulai, Kamerun

[a] https://orcid.org/0000-0002-0688-384X
[b] https://orcid.org/0000-0001-7646-7430

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.50

STRESZCZENIE

W tej pracy opisane zostały doświadczenia własne autorki z pobytu na misji medycznej w Kamerunie w ramach akcji Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* „Położna w Afryce".
W Kamerunie Ministerstwo Zdrowia Publicznego stanowi strukturę piramidową, u podstawy której znajdują się jednostki zdrowia, takie jak przychodnie, następnie szpitale rejonowe i na szczycie dwa szpitale główne. Epidemie i endemiczne problemy zdrowotne, takie jak malaria, gruźlica, HIV/AIDS, stanowią podstawowe przyczyny śmiertelności wśród ludności Kamerunu. Z tego powodu zapoczątkowano różnego rodzaju zdrowotne programy rządowe umożliwiające między innymi darmową diagnostykę i leczenie gruźlicy czy dające prawo darmowego dostępu do leków retrowirusowych osobom HIV pozytywnym.
Położnictwo afrykańskie odbiega od standardów europejskich, szczególnie w wioskach i miejscach położonych daleko od większych miast. Jednak w stolicy kraju i największych aglomeracjach warunki pracy są podobne do tych spotykanych w Polsce.
Ogromnym wyzwaniem staje się praca bez sprzętu elektronicznego i nauka diagnostyki opartej na badaniu klinicznym (palpacyjnym) oraz wywiadzie. Dodatkową barierą jest komunikacja, gdyż większość mieszkańców wiosek nie posługuje się językiem urzędowym (językiem francuskim), tylko plemiennym. Obecnie 114 polskich misjonarzy świadczy swoją posługę dla tamtejszej ludności.

SŁOWA KLUCZOWE: misja medyczna, położnictwo afrykańskie.

ABSTRACT

This work describes the author's own experiences of staying at the medical mission in Cameroon as part of the Redemptoris Missio Humanitarian Aid Foundation's "Midwife in Africa" project.
In Cameroon, the Ministry of Public Health has a pyramid structure, at the base of which there are health units such as clinics, then district hospitals and at the top two main hospitals. Epidemics and endemic health problems such as malaria, tuberculosis, HIV / AIDS are the primary causes of mortality among the people of Cameroon. For this reason, various types of health government programs have been initiated, enabling free diagnostics and treatment of tuberculosis or giving the right of free access to retroviral drugs to HIV positive people.
African obstetrics deviates from European standards, especially in villages and places far from major cities. However, in the capital of the country and the largest agglomerations, working conditions are similar to those found in Poland.
Working without electronic equipment and learning diagnostics based on a clinical examination (palpation) and an interview are a huge challenge. Communication is also a problem, because the majority of villagers do not speak the official language (French or English language) but tribal language.Currently, 114 Polish missionaries testify their ministry to the local population.

KEYWORDS: medical mission, African obstetrics.

Kamerun to państwo położone w Afryce Środkowej, nad Zatoką Gwinejską ze stolicą w Yaounde, a graniczące z Nigerią, Czadem, Republiką Środkowoafrykańską, Kongiem, Gabonem oraz Gwineą Równikową. Ze względu na historię kolonizacji Kamerunu w kraju można wyróżnić strefę anglofońską (była kolonia brytyjska) i frankofońską (była kolonia francuska), z tego względu istnieją tam dwa języki urzędowe – angielski i francuski. Jednakże każda z grup etnicznych żyjących na obszarze Kamerunu (a jest ich ponad dwieście) posiada swój własny język, tradycje i kulturę. Ze względu na różnorodność klimatu: morski, pustynny, górski, tropikalny i sawannowy kraj ten określany jest jako „Afryka w miniaturze" (**Rycina 1**).

W 2017 roku 22 sierpnia w ramach akcji Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* „Położna w Afryce" udałam się do Kamerunu na siedmiomiesięczną misję medyczną. Fundacja od ponad 25 lat wspiera misyjne ośrodki medyczne w krajach Globalnego Południa. Prowadzi akcje tj. „Opatrunek na ratunek", „Kup Pan szczotkę", „Czary mary okulary", podczas których zbiera środki materialne w postaci opatrunków medycznych, szczoteczek, past do zębów czy okularów, które następnie są wysłane do najbardziej potrzebujących ludzi w różnych miejscach świata. Drugą formą działalności fundacji jest posyłanie wolontariuszy medycznych do miejsc, w których występuje niedobór personelu lub istnieje potrzeba przeprowadzenia szkoleń w zakresie promocji zdrowia. Dodatkowo, fundacja stara się rozbudowywać infrastrukturę medyczną w krajach Globalnego Południa, na przykład poprzez konstrukcję nowych przychodni.

W Kamerunie służba zdrowia podlega rządowi i Ministerstwu Zdrowia. Nie istnieje tam ubezpieczenie zdrowotne, a za każdy pobyt w szpitalu, konsultację czy usługi pielęgniarskie należy uiścić opłatę przed otrzymaniem świadczenia. Całkowite wydatki na zdrowie na osobę w Kamerunie w 2014 roku wynosiły 122 dolary (Polska 1,570 dolarów), całkowite wydatki na zdrowie stanowiły 4,1% PKB (Polska 6,3 %) [1–2]. System opieki zdrowotnej ma strukturę piramidową (jest to kolejne dziedzictwo pokolonialne), u podstawy którego są lokalne przychodnie, szpitale rejonowe i dwa szpitale główne. Epidemie i endemiczne problemy zdrowotne takie jak malaria, gruźlica, HIV/AIDS stanowią podstawowe przyczyny śmiertelności ludności kameruńskiej [3–4]. Z tego powodu zapoczątkowano różnego rodzaju programy rządowe umożliwiające między innymi: darmową diagnostykę i leczenie gruźlicy, darmowy dostęp do leków retrowirusowych osobom HIV pozytywnym, bezpłatne szczepienia podczas organizowanych dwa razy w roku Krajowych Dni Szczepień. Wskaźnik śmiertelności okołoporodowej w 2014 roku w Kamerunie wynosił 596 na 100 000 żywych urodzeń, dla porównania w Polsce w tym samym roku odsetek ten wynosił on 3/1000 urodzeń. To co istotne, wykształconych lekarzy w Kamerunie jest 0,077, a położnych i pielęgniarek 0,52 na 1000 mieszkańców. W Polsce wskaźniki te wynoszą odpowiednio 2,27 i 5,732 (dane z 2014 roku) [5].

Podczas misji stacjonowałam w miasteczku Garoua-Boulai u polskich sióstr zakonnych, dominikanek od Św. Dominika. Garoua-Boulai jest miastem graniczącym pomiędzy Kamerunem i Republiką Centralnej Afryki należącym do prowincji Wschód z główną siedzibą władz w Bertoua oddalonego o 250 kilometrów **(Rycina 2).** Leży w strefie ubogiej sawanny z typowym dla niej brakiem wody i nieurodzajną ziemią. Dodatkowym problem tutejszej ludności są ciągłe przerwy w dostawie prądu z powodu niewystraczającej mocy lokalnej elektrowni w stosunku do ciągłego powiększania się miasta. Głównymi plemionami w tamtej okolicy są Foulbe (90%), Gbaja i Bororo. Pierwsze plemię charakteryzuje się religią muzułmańską i zajmuje się głównie handlem, Gbaja to w większości chrześcijanie trudniący się uprawą pól i kłusownictwem, a Bororo to plemię koczownicze, przez co większość z członków plemienia nie posyła swoich dzieci do szkół, specjalizując się w hodowli bydła. Każde z plemion prócz własnego języka i kultury posiada także charakterystyczne cechy morfologiczne, nierzadko pozwalające z góry określić z jakiego klanu się wywodzą.

Lokalne władze od 2012 roku, z pomocą kilku organizacji międzynarodowych: (UNICEF – Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci, *ang. United Nations Children's Fund*; UNHCR – Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców, *ang. United Nations High Commissioner for Refugees;* Czerwony Krzyż) borykają się z problemem systematycznie zwiększającej się liczby uchodźców. Przybywają oni głównie z Republiki Środkowej Afryki, w której od dziesiątek lat trwa wojna. Szukają w Kamerunie schronienia i spokojnego, godnego życia. Oficjalnie zarejestrowano prawie 25 000 uchodźców, jednak nieoficjalnie szacuje się, że ich liczba przekracza 100 000. Niestety, państwo nie jest w stanie kontrolować napływu ludności z powodu jej ogromnej liczby, a także przez łatwość przechodzenia przez granicę. Głównym miejscem zamieszkania uchodźców są dwa wielkie obozy stworzone specjalnie dla nich. Od sierpnia 2018 roku również Fundacja Pomocy Humanitarnej „*Redemptoris Missio*" przy współpracy z kancelarią Prezesa Rady Ministrów organizuje pomoc medyczną dla uchodźców z Republiki Środkowoafrykańskiej, współpracując z Katolickim Ośrodkiem Zdrowia pod wezwaniem Świętego Józefa zarządzanym przez siostry zakonne.

Misja dominikańska prowadzi przychodnie wraz z porodówką, w których pracowałam w ramach wolontariatu medycznego. Katolicki Ośrodek Zdrowia działający w tym regionie od ponad 30 lat cieszy się dużą popularnością wśród najuboższej części ludności, w tym uchodźców. Dzieje się tak z powodu najniższych cen w okolicy, rzetelnemu leczeniu, a także dzięki tubylczemu personelowi, z którym chorzy mogą porozumieć się we własnym języku, a nie tylko w języku francuskim, jak w większości ośrodków. Rocznie do przychodni trafia około 25 000 chorych, z czego 35% stanowią uchodźcy. Ośrodek zatrudnia 15 pracowników – siostra zakonna jest jedynym lekarzem – ponadto pracuje tam dwóch pielęgniarzy i dwóch laborantów, reszta to osoby z wykształceniem pomocy medycznej lub bez jakiego-

kolwiek formalnego wykształcenia. Jako przychodnia prywatna, według prawa kameruńskiego, musi być ona samofinansująca się – tzn. nie ma znikąd dotacji, natomiast musi płacić podatki.

Katolicki Ośrodek Zdrowia pw. św. Józefa czynny jest sześć dni w tygodniu od 8:00 do 15:00. W jego obrębie mieszczą się: kasa, punkt prekonsultacyjny, trzy gabinety konsultacyjne, gabinet zabiegowy, sala opatrunkowa, laboratorium, farmacja, punkt szczepień i trzy sale z trzema łóżkami dla chorych. Tzw. „Porodówka" czynna jest całą dobę. Znajdują się tam dwie sale porodowe i dwie sale pełniące rolę sal przedporodowych i poporodowych. Nie ma sali operacyjnej, karetki, lekarza ginekologa czy nawet osoby z jakimkolwiek wykształceniem położniczym (**Ryciny 3–5, 6**).

Najczęstszymi objawami chorobowymi, z którymi zgłaszają się pacjenci do przychodni są: ból głowy, gorączka, kaszel oraz objawy ze strony układu pokarmowego (ból brzucha, wymioty, biegunka). Do najczęściej diagnozowanych jednostek chorobowych zalicza się: malarię, zakażenia układu oddechowego, parazytozy, dermatozy oraz choroby zakaźne: gruźlica, AIDS czy kiła. Dodatkowo przychodnia obejmuje opieką chorych na cukrzycę, nadciśnienie oraz prowadzi wizyty prenatalne i cotygodniowe szczepienia dzieci.

Kameruńskie Ministerstwo Zdrowia zaleca 4 wizyty prenatalne w trakcie ciąży. Niestety, ciężarne objęte opieką w przychodni niezwykle rzadko miały wykonany cały komplet świadczeń. Średnio w kraju 31,2% kobiet przychodzi na wszystkie wizyty prenatalne, na przynajmniej jedną – 63,9%. Wraz ze wzrostem ubóstwa średnia ta zmniejsza się [6]. W trakcie każdej wizyty mierzy się parametry stanu ogólnego i ciężar ciała. Dodatkowo podczas pierwszej wizyty określa się orientacyjny tydzień ciąży na podstawie daty ostatniej miesiączki i wysokości dna macicy. Większość pacjentek nie zna dokładnej daty ostatniej miesiączki, tak więc przybliżony termin porodu określano na podstawie wysokości dna macicy. W zależności od tygodnia ciąży (niektóre kobiety przychodziły na pierwszą wizytę po 30 t.c.) sprawdza się tętno, ruchy, położenie płodu/płodów. Obowiązkowe badania laboratoryjne obejmowały grupę krwi i czynnik Rh (dla kobiet, które nie miały jej wcześniej oznaczonej), test paskowy na HIV (**Zespół nabytego niedoboru odporności**, ang. Human Immunodeficiency Virus), badanie w kierunku kiły, malarii i paskowe badanie moczu. W trakcie pierwszej wizyty każda z ciężarnych otrzymywała darmową moskitierę, jako profilaktykę przeciwmalaryczną. Dodatkowo w Kamerunie obowiązują szczepienia ciężarnych przeciwko tężcowi. U pierwiastki w trakcie pierwszej wizyty należy podać pierwszą dawkę szczepienia, drugą po 3 miesiącach, trzecią po 6 miesiącach od drugiej, czwartą po roku od trzeciej i ostatnią piątą po roku od czwartej dawki. Dodatkowo suplementowano żelazo z kwasem foliowym podczas całej ciąży oraz w ramach comiesięcznej przerywanej profilaktyki przeciwmalarycznej (z franc. Traitement préventif intermittent du paludisme – TPI) stosowano jednorazowo Fansidar (0,5g Sulfadoxinum + 0,025g Pyrimethaminum) po ukończeniu pierwszego trymestru ciąży. Podczas kolejnych wizyt badania laboratoryjne nie są obowiązkowe, jednak z reguły zlecałam badanie moczu i badanie w kierunku malarii. Z moich doświadczeń wynika, że kobiety ciężarne często nie manifestują typowych objawów malarii, często nie wiedziały, że na nią chorują, dlatego starałam się zalecać je za każdym razem. Każda wizyta obejmowała także krótkie pogadanki edukacyjne, podczas których starałam się wyjaśnić kobietom zasady profilaktyki przeciwmalarycznej i anemii oraz zachęcić je do porodu w asyście medycznej. Jak w większości krajów afrykańskich, także w Kamerunie bardzo rozprzestrzenione są porody domowe. Moja najmłodsza ciężarna pacjentka miała 14 lat, według statystyk średni wiek kobiety podczas pierwszej ciąży to 19,7 lat, w samych wioskach średnia ta jest dużo niższa. Dla porównania w Polsce pierwsza ciąża przypada w 27,4 roku życia kobiety [7].

„Porodówka" czynna była całą dobę, dyżur pełniła jedna osoba spośród personelu przychodni, czyli generalnie dyżurują osoby bez jakiegokolwiek formalnego wykształcenia położniczego. Wyposażenie porodówki obejmowało zestawy porodowe, w skład których wchodziły rękawiczki, gaziki, zacisk, klamerka, nożyczki do pępowiny i krocza. Prócz tego do dyspozycji personelu był sprzęt do pomiaru stanu ogólnego oraz słuchawka Pinarda. Dodatkowo, jeśli nie było przerwy w dostawie prądu, mogliśmy korzystać ze sterylizatora (w formie piekarnika kuchennego), ssaka oraz stoiska dla noworodka, w którym działała tylko lampa. Rodzące na porodówkę zgłaszały się najczęściej z rozwarciem powyżej 4 cm. Oficjalnie dokumentacje porodową rozpoczyna się właśnie od takiego rozwarcia szyjki macicy. Kobiety przychodziły z damską częścią rodziny, mężczyźni nie byli obecni przy porodzie, nie praktykowano porodów rodzinnych. Podczas I okresu porodu kobiety dostawały do dyspozycji pokój, w którym wraz z całą rodziną czekały do pełnego rozwarcia szyjki macicy. Mogły przyjmować dowolną pozycję i spacerować po terenie misji. Nie obowiązywały żadne zakazy dotyczące spożywania posiłków lub napojów, nie zalecaliśmy jedynie stosowania tradycyjnych ziołowych naparów. W tym czasie do zadań personelu medycznego należało między innymi sprawdzanie stanu ogólnego rodzącej co dwie godziny, FHR płodu co pół godziny, wykonywanie badania wewnętrznego co trzy godziny. Niestety poza niefarmakologicznymi metodami łagodzenia bólu

porodowego, w postaci zmiany pozycji czy masażu nie mogliśmy zaoferować nic innego, jedynym lekiem przeciwbólowym dostępnym dla rodzącej był Paracetamol. Na czas II okresu kobieta przechodziła do sali porodowej, gdzie na łóżku porodowym starej generacji następowały narodziny dziecka i III okres porodu. Ze względów bezpieczeństwa dziecka nie stosowaliśmy amniotomii czy późnego odpępniania. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia w okresie wydalania łożyska należało przestrzegać protokołu GATPA. Obejmował on podanie 10 I Uoksytocyny domięśniowo w pierwszej minucie od narodzin dziecka, założenie zacisku na pępowinie i wydalenie łożyska za pomocą kontrolowanej trakcji pępowiny oraz następujący po tym masaż macicy.

Porównując postępowanie w trakcie porodu w Kamerunie z obecnie obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej w Polsce, można wyróżnić kilka odrębności – w Polsce:

- praktykuje się porody rodzinne – równocześnie rodzącej może towarzyszyć tylko jedna osoba, jednak obecna jest ona przez cały okres trwania porodu;
- dopuszcza się spożywanie przez rodzącą jedynie przejrzystych płynów;
- rodzące mają możliwość korzystania z farmakologicznych środków łagodzenia bólu porodowego;
- stosowanie oksytocyny w III okresie porodu nie jest obowiązkowe.

Forma udokumentowania postępu porodu, stanu rodzącej, płodu w Kamerunie jest zupełnie odmienna, już przy samym przyjęciu nie jest wymagany oficjalny wynik badania grupy krwi potwierdzony dwoma podpisami, wystarczy wpis długopisem w zwykły zeszyt pełniący funkcję kartoteki medycznej [8] (**Rycina 7**).

Interesujące jest porównanie porodu Kamerunek z dwóch różnych plemion: Gbaja i Foulbe. Te pierwsze są bardziej umięśnione, silniejsze. I okres porodu przeżywają bardzo głośno i emocjonalnie. Czują się przy tym bardzo swobodnie, nie wstydząc się swojego ciała, często zdejmują z siebie całe ubranie, okrywając się jedynie chustą. Okres narodzin dziecka jest nierzadko przedłużony, a parcie mało efektywne. Z powodu silnie rozbudowanych mięśni krocza jest ono mało elastyczne i trudne do ochrony. Często wymaga to episiotomii (które wykonywane było tylko w ostateczności, ponieważ przez większość czasu nie było dostępnych środków znieczulających do szycia tj. 2% lidokainy). Podczas mojego pobytu III okres porodu u wszystkich pacjentek Gbaja przebiegł prawidłowo. Rodzące z plemienia Foulbe są drobnej budowy, często ze zmniejszonymi wymiarami miednicy. Podczas I okresu porodu kobiety są bardzo ciche, skupione. Najczęściej spędzają go leżąc na łóżku porodowym, będąc cały czas w swoim całym ubraniu. Porody tych kobiet przebiegały bardzo szybko, nawet u pierwiastek rozwieranie nierzadko przebiegało w zaskakującym i niespodziewanym tempie. Pomimo drobnej budowy parły bardzo efektywnie, usiłując urodzić całe dziecko w jednym skurczu, zachowując przy tym spokój (nie krzyczały). Mięśnie krocza były bardzo elastyczne i jakiekolwiek pęknięcia zdarzały się bardzo rzadko. Niestety częstym problemem była patologia III okresu porodu – przede wszystkim krwotoki. Wśród plemienia Gbaja panuje wierzenie, że kobieta, by uniknąć krwotoków poporodowych, nie może jeść mięsa żółwia.

Noworodek po urodzeniu oceniany był według skali Apgar i przenoszony na stanowisko noworodkowe, gdzie odbywała się dalsza opieka nad nim. Większość kobiet była bardzo niechętnie nastawiona do propozycji „kangurowania" noworodka. Wolały otrzymać dziecko już ubrane (**Rycina 8**). Pielęgnacja polegała na osuszeniu noworodka, zaopatrzeniu kikuta pępowinowego za pomocą gazika i alkoholu, mierzeniu, ważeniu, zakropleniu oczu 0,3% gentamycyną. Następnie noworodek przekazywany był babci, która przekazywała go matce. W większości przypadków dziecko przystawiane było do piersi w ciągu pierwszej godziny po porodzie. Podczas swojego pobytu nie spotkałam problemów laktacyjnych, wszystkie kobiety chciały karmić naturalnie. Sztuczne mieszanki stają się coraz bardziej powszechne w większych miastach.

W Polsce pielęgnacja noworodka nie odbiega znacznie od tej w Kamerunie. Istotną różnicą jest niechęć pacjentek z Garoua-Bouali do „kangurowania" dziecka. Niestety nie wykonuje się żadnych badań przesiewowych, również profilaktyka krzywicy i krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K nie była obowiązkowa.

Porodowa dokumentacja medyczna obejmowała otwarcie i prowadzenie partogramu od rozwarcia szyjki macicy na 4 cm, opis porodu w książeczce zdrowia matki (zwykły zeszyt), opis zabiegów wykonanych dla matki i noworodka, wpis do rejestru sali porodowej oraz zaświadczenie o narodzeniu dziecka do urzędu.

Wszystkie pacjentki decydowały się na zebranie ze sobą łożyska, ze względów kulturowych, które następnie najstarsza kobieta w rodzinie zakopywała obok domu. Każda z pacjentek po fizjologicznym porodzie przechodziła sama do drugiego pomieszczenia, w którym spędzała minimum dwie godziny. Położnice bardzo szybko, czasem nawet natychmiast po porodzie chciały wracać do domu. Do zadań personelu należało kontrolowanie obkurczania się macicy, stanu ogólnego czy odchodów połogowych.

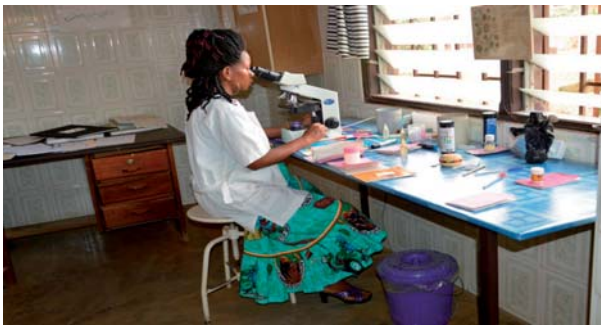
Położnictwo afrykańskie odbiega od standardów europejskich, szczególnie w wioskach i miejscach po-

łożonych daleko od większych miast. W tej publikacji spisane są moje obserwacje na podstawie pracy w jednej placówce medycznej, błędem byłoby postrzeganie całego systemu zdrowotnego Kamerunu przez pryzmat tej pracy. W stolicy kraju i największych aglomeracjach warunki pracy są podobne do tych spotykanych w Polsce. Należy mocno podkreślić, że zawód położnej jest jednym z najbardziej potrzebnych zawodów w krajach Globalnego Południa. Dzięki wykształceniu jesteśmy w stanie zapewnić cały wachlarz usług pielęgnacyjnych, nieobca jest nam edukacja pacjentów, która w Afryce pełni nadrzędną rolę. Dodatkowo statystyki śmiertelności okołoporodowej pokazują, jak dużo pracy jest wciąż do wykonania w tym zakresie. Podczas pracy w Kamerunie ogromnym wyzwaniem był dla mnie brak sprzętu elektronicznego i nauka diagnostyki opartej na badaniu klinicznym (palpacyjnym) i wywiadzie. Dodatkową barierą była komunikacja, gdyż większość mieszkańców wiosek nie posługuje się językiem urzędowym (językiem francuskim), tylko plemiennym. Niejednokrotnie trzeba przekraczać własne ograniczenia i robić coś po raz pierwszy. Na misji w takich miejscach przeciwności i trudności piętrzą się na każdym kroku, jednak praca w takich warunkach i z takimi pacjentami pozwala odkryć, co jest naprawdę najważniejsze i skupić się na tym jedynym zadaniu, które tam jest nam powierzone – ratowaniu życia i poprawianiu zdrowia mieszkańców. Ci zaś, którzy swoją wdzięcznością potrafią niejednokrotnie zadziwić. Z perspektywy misji mogę potwierdzić, że do szczęścia potrzeba naprawdę niewiele (**Rycina 8**).

Rycina 1. Mapa Kamerunu [9]
Figure 1. Cameroon map [9]
Źródło: https://www.welt-atlas.de/map_of_cameroon_2-754, data wejścia: 10.10.2018
Source: https://www.welt-atlas.de/map_of_cameroon_2-754

Rycina 2. Kamerun okiem położnej
Figure 2. Cameroon with the midwife's eye
Źródło: opracowanie własne, za zgodą
Source: author's own analysis, with the consent

Rycina 3. Centre de Sante Catholique Matrenite de ST Joseph. Na zdjęciu – autorka pracy
Figure 3. Centre de Sante Catholique Matrenite de ST Joseph. An author in this photo – the author of the work
Źródło: opracowanie własne, za zgodą
Source: author's own analysis, with the consent



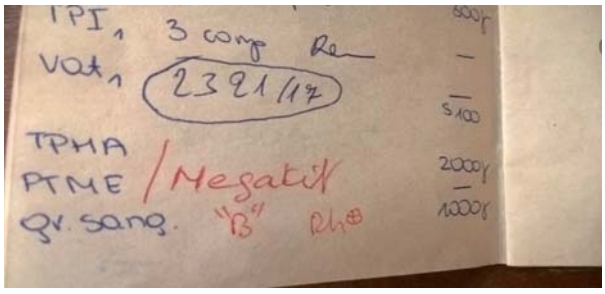
Rycina 4. Laboratorium w Kamerunie
Figure 4. The Laboratory in Cameroon
Źródło: opracowanie własne, za zgodą
Source: author's own analysis, with the consent

Rycina 5. Dostępny sprzęt w kameruńskiej przychodni. Na zdjęciu autorka pracy
Figure 5. Available equipment in a Cameroon clinic. An author in this photo – the author of the work

Źródło: opracowanie własne, za zgodą
Source: author's own analysis, with the consent

Rycina 6. Sala porodowa w Kamerunie
Figure 6. Delivery room in Cameroon

Źródło: opracowanie własne, za zgodą
Source: author's own analysis, with the consent



Rycina 7. Wynik badania grupy krwi i czynnika Rh w Garoua-Bouali
Figure 7. Result of blood group and Rh test in Garoua-Bouali

Źródło: opracowanie własne, za zgodą
Source: author's own analysis, with the consent

Rycina 8. Położna z kameruńskimi noworodkami. Na zdjęciu autorka pracy
Figure 8. The Midwife with Cameroon babies. An author in this photo – the author of the work

Źródło: opracowanie własne, za zgodą
Source: author's own analysis, with the consent

Piśmiennictwo

1. http://www.who.int/countries/cmr/en/, data wejścia: 17.10.2018.
2. http://www.who.int/countries/pol/en/, data wejścia: 17.10.2018.
3. https://ekumenia.pl/content/uploads/2014/05/Kamerun-info-o-kraju.pdf, data wejścia:10.10.2018.
4. http://www.misje.pl/statystyka-misyjna-318/statystyka-kraje-12912, data wejścia: 10.10.2018.
5. https://www.indexmundi.com, data wejścia: 17.10.2018.
6. http://www.who.int/gho/health_equity/countries/en/, data wejścia: 17.10.2018.
7. https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2256.html, data wejścia:17.10.2018.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem.
9. https://www.welt-atlas.de/map_of_cameroon_2-754, data wejścia: 10.10.2018.

Artykuł przyjęty do redakcji: 22.10.2018.
Artykuł przyjęty do publikacji: 04.02.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Katarzyna Plagens-Rotman
ul. Jackowskiego 41
60-512 Poznań
tel. 61 854 72 25
e-mail: plagens.rotman@gmail.com
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu