

BIO ETHICA

BIULETYN INFORMACYJNY STUDENCKIEGO KOŁA NAUKOWEGO ETYKI I BIOETYKI

NR 14 (1/2018)

SŁOWO WSTĘPU		4
O NAS	<i>Nowy zarząd Studenckiego Koła Naukowego Etyki i Bioetyki UM</i>	5
PRACE STUDENTÓW	<i>„WalkinVR- polski pomysł na realną niepełnosprawność w nierealnym świecie”.</i>	6-7
	<i>Żabikowo.</i>	8-10
	<i>Cierpienie 200 milionów...</i>	11-17
	<i>Sedacja paliatywna – pytania i wątpliwości*</i>	18-21
POLECAMY	<i>Recenzja „INDIE Trzy na godzinę”.</i>	22
MEDI +	<i>Krótką historia o tym, jak rozwinęłam skrzydła.</i>	23-27

BIOETHICA
Kwartalny Biuletyn Informacyjny Studenckiego Koła Naukowego Etyki i Bioetyki

REDAKTOR NACZELNA:
Marta M. Malec

REDAKCJA:
Oliwia Skibińska, Margerita Sarna, Magdalena Rożek, Dominika Heise, Marta M. Malec,
Krystian Urbanowski, Marta Mika, Nina Kaczmarek

ADRES REDAKCJI I WYDAWCA:
Katedra Nauk Społecznych
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Dąbrowskiego 79 60-529 Poznań

ZAMKNIĘCIE SKŁADU:
23.02.2018

OPRACOWANIE GRAFICZNE:
Agata Garbicz

PROSIMY O PRZESYŁANIE MATERIAŁÓW NA ADRES:
kns@ump.edu.pl

© Copyright by BIOETHICA

Drodzy Czytelnicy!



Mam zaszczyt zaprezentować Wam nową **BIOETHICA'E**, która powstała przy współpracy wielu wspaniałych członków Koła Naukowego. W nowym biuletynie przedstawimy nowy Zarząd SKN Etyki i Bioetyki, który został wybrany na ostatnim zebraniu. Zapraszamy do zapoznania się z nowymi reprezentantami naszego SKN. Pierwszy w tym roku akademickim, biuletyn został uświetniony przez utalentowaną Agatę Garbicz, której serdecznie dziękujemy za zaangażowanie się w graficzne opracowanie wydania.

W 14. biuletynie **BIOETHICA** m.in.:

- 🔍 Krystian Urbanowski przedstawi, jak wirtualna technologia jest w stanie stymulować układ mięśniowy i rehabilitować pacjentów niepełnosprawnych.
- 🔍 Marta Mika opowie nam, jak doświadczyła olśnienia i przedstawi nowy sposób na to jak rozwinąć skrzydła na studiach.
- 🔍 Oliwia Skibińska zrecenzuje książkę.
- 🔍 Nina Kaczmarek oprowadzi nas po miejscu o tragicznej historii. Będziemy wraz z nią podróżować po Muzeum Martyrologicznym w Żabikowie.
- 🔍 Osobiście jako położna i kobieta, zagłębię się w niezwykle trudny i przejmujący temat obrzezania kobiet w XXI wieku.

Chciałabym serdecznie podziękować za wyróżnienie i powierzenie mi stanowiska nowej redaktor naczelnej. Dziękuję, że obdarzyliście mnie zaufaniem!

*Redaktor Naczelna
Marta M. Malec*



Drodzy Czytelnicy,

Bardzo miło jest mi przywitać Państwa w nowym roku akademickim 2017/2018 oraz przekazać Państwu najnowszy numer Biuletynu „BIOETHICA”, wydawanego przez Studenckie Koło Naukowe Etyki i Bioetyki. Życząc Państwu wszelkiej pomyślności w nowym roku akademickim, pragnę jednocześnie poinformować, że nowym Redaktorem Naczelnym kwartalnika „BIOETHICA” została Marta M. Malec, studentka II roku studiów uzupełniających magisterskich na kierunku Położnictwo.

*Przewodnicząca
SKN Etyki i Bioetyki
Oliwia Skibińska*

**WITAMY!
MAMY NADZIEJĘ,
ŻE ZOSTANIECIE
Z NAMI NA DŁUŻEJ!**

Z wielką przyjemnością przedstawiamy czytelnikom, nowy zarząd Studenckiego Koła Naukowego Etyki i Bioetyki UM:



Oliwia Skibińska – przewodnicząca – Jestem studentką Zdrowia Publicznego II roku Studiów Uzupełniających Magisterskich. Zostałam przewodniczącą Studenckiego Koła Etyki i Bioetyki. Swoją przygodę z SKN Etyki i Bioetyki rozpoczęłam w 2013 roku zaangażowania się w organizację Konferencji Medycyna w okupowanej Polsce w cieniu nazizmu. Należę do Koła, ponieważ pozwala mi to poszerzać wiedzę dotyczącą interesujących mnie tematów oraz poznawać wartościowych ludzi. W kręgu moich zainteresowań jest również sport. Pływam i jestem reprezentantką Uczelni.



Margerita Sarna – wiceprzewodnicząca – jestem studentką II roku studiów uzupełniających magisterskich na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Studiuję na kierunku Zdrowie Publiczne, specjalność Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej. Od 2015 działam w Kole Naukowym Etyki i Bioetyki. Jestem zaszczycona, że zostałam obdarzona zaufaniem i wybrana wiceprzewodniczącą Koła Naukowego Etyki i Bioetyki. Zdobyte w poprzednich latach doświadczenie, a także wiedzę będę jak najlepiej potrafię, przekazywać nowo przyjętym członkom koła.



Magdalena Rożek – członek zarządu – jestem studentką najcudowniejszego kierunku na świecie – pielęgniarstwa, jestem ogromną miłośniczką podróżowania i gór, które za każdym razem przeklinam, wypływając płuć, po czym i tak do nich wracam. Próbuję godzić studia w Poznaniu z pasjami i rodziną we Włocławku. Od zawsze lubiłam czytać, ale ostatnio brakuje mi na to czasu, ponieważ tak wiele niesamowitych i niespotykanych rzeczy dzieje się w moim życiu. Uwielbiam poznawać nowych ludzi i czerpać od nich doświadczenie.



Dominika Heise - członek zarządu – jestem studentką III roku pielęgniarstwa, od dwóch lat członkiem Koła Etyki i Bioetyki. Prywatnie jestem fanką kryminałów, podróży, tańca i kawy. Swoją przyszłość wiąże z pielęgniarstwem anestezjologicznym. Liczę, że nie dopadnie mnie wypalenie zawodowe i będę nadal uśmiechniętą gadułą, a nie złośliwą wiedźmą – choć i na to mam zadatki.



Marta M. Malec – redaktor naczelna biuletynu BIOETHICA – jestem studentką II roku studiów magisterskich na kierunku Położnictwo. Z kołem naukowym związałam się w 2014 roku. Interesuję się literaturą faktu i publicystyką. Od niedawna szczęśliwa mężatka i prężnie pracująca położna na bloku porodowym. Przeżywanie porodu wraz z kobietą rodzącą to moja pasja, której celem jest zmniejszenie bólu do absolutnego minimum, a zwiększanie odczuwania radości z procesu rodzenia. Z wielką dumą i wdzięcznością piastuję stanowisko redaktor naczelnej biuletynu Bioethica.

Walkin VR

**polski pomysł na realną
niepełnosprawność w nierealnym
świecie**

AUTOR: KRYSZTOF URBANOWSKI

VR (z języka ang. *virtual reality*) to obecnie

najnowocześniejsza dostępna dla przeciętnego

człowieka technologia pozwalająca na zanurzenie się w wirtualnej rzeczywistości. Polega na widzeniu przestrzeni za pomocą specjalnych gogli i poruszaniu się za pomocą własnych mięśni lub/i kontrolerów. Doznania są na tyle realistyczne, że osoby z lękiem wysokości mają spore problemy z np. przejściem przez wirtualną kładkę między wygenerowanymi drapaczami chmur, mimo że chodzą po podłodze własnego pokoju. Jednakże mało się mówi o dostępności VR dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim, czy z jakąkolwiek inną niepełnosprawnością ruchową. Schylenie się takiej osoby z hełmem na głowie i dwoma pilotami w ręku jest po prostu niemożliwe. Z podobnym problemem spotkał się Grzegorz Bednarski, wrocławski informatyk:



Źródło: <https://www.youtube.com/watch?v=-uTb1n1o008>



Źródło: <https://www.youtube.com/watch?v=-uTb1n1o008>

„Kiedyś siedziałem na krześle i coś mi spadło na ziemię w wirtualnym świecie. I wtedy zamiast się schylić, chwyciłem tą przestrzeń i podniosłem do siebie. I podniosłem ją z ziemi. I wtedy coś w głowie zaiskrzyło, że ktoś kto jest przykuty do łóżka może mieć też problemy z poruszaniem się w VR” - mówił Bednarski w wywiadzie dla TVGRYpl. Był to dla niego bodziec do działania by stworzyć WalkinVR, program umożliwiający granie niepełnosprawnym ruchowo. Całe sterowanie zawiera różne konfiguracje w zależności od stopnia niepełnosprawności i opiera się na jednym lub dwóch kontrolerach trzymanyh w dłoniach. Poruszanie się polega na wyciągnięciu ręki w przestrzeń, wciśnięciu przycisku (chwyt) i przyciągnięciu jej do siebie.

W ten sposób przemieszczamy się względem obiektów w grze w rzeczywistości nie ruszając się z miejsca. Osoby ze sprawnymi obiema kończynami górnymi używają jednego pilota do poruszania się, a drugiego do obracania. Natomiast jeżeli ktoś nie może podnieść swych rąk, aby na przykład sięgnąć coś z wirtualnej szafki, wtedy wirtualna ręka podąża za wzrokiem, a nie za ruchem kończyny. Podobne wyjście jest wykorzystywane w przypadku jednej sprawnej kończyny. W takiej sytuacji drugi kontroler zostaje stworzony wirtualnie i opcje takie jak chwytywanie są wywoływane przez wciśnięcie klawisza na realnym kontrolerze. Ponadto w ustawieniach możemy sami skonfigurować i modyfikować ustawienia zgodnie z własnymi potrzebami.

A TERAZ ZASTANÓWMY SIĘ, CZY GRY MOGĄ LECZYĆ?



Zanim odpowiemy sobie na to pytanie wyjaśnijmy, czym jest zjawisko zanurzenia i jak może wpłynąć na pacjenta. Jest to w uproszczeniu stan, w którym osoba jest tak bardzo skupiona na świecie nierealnym, że zapomina o rzeczywistości.

Jest to zjawisko towarzyszące nam podczas czytania ciekawej książki czy oglądania wciągającego filmu. Jednakże oba te media nie zawierają kluczowego elementu – interakcji, na której zbudowano gry wideo. To właśnie ona pozwala stworzyć świat, w którym niepełnosprawni mogą poczuć się jak ich pełnosprawni rówieśnicy. Gry są same w sobie piaskownicą, w której można robić czynności codzienne oraz niezwykle, jak na przykład dyplomatyczne zbratanie ze sobą dwóch zwaśnionych cywilizacji bez przelewu wirtualnej krwi (co oczywiście można zrobić drogą wirtualnego miecza i topora).

Te wszystkie aspekty gier dają niesamowite możliwości dla stymulacji układu ruchu i przede wszystkim rehabilitacji psychicznej. Miejmy nadzieję, że specjalistom od wirtualnej rzeczywistości nigdy nie zabraknie kreatywności.

Źródła:
kanał na youtube: WalkinVR
kanał na youtube: TVGRYpl
<http://www.walkinvrdriv>

ŻABIKOWO

AUTOR: NINA KACZMAREK



Źródło: <http://www.zabikowo.eu/>

Kiedy myślimy o niemieckich obozach pracy z czasów II Wojny Światowej, które znajdują się na terenie Polski, najczęściej pierwszym skojarzeniem są obiekty takie jak te w Oświęcimiu, Treblince czy Sztutowie. Niewiele osób, nawet pochodzących z Wielkopolski, wie i pamięta, że w tych strasznych czasach ludzie ginęli również w podpoznańskim Żabikowie. Wspomnienie o tym fakcie można odnaleźć chociażby w opowiadaniu Tadeusza Borowskiego pt. *Dzień na Harmenzach*.

W Żabikowie, zaledwie niecałe 4 km od dzisiejszej pętli górczyńskiej, w 1943 roku powstał obóz karno – śledczy, na terenie którego obecnie znajduje się otwarte dla zwiedzających muzeum martyrologiczne. Pełna i oficjalna nazwa obozu brzmiała: *Polizeigefängnis der Sicherheitspolizei und Arbeitserziehungslager Posen-Lenzingen*, czyli *Więzienie Policji Bezpieczeństwa i Wychowawczy Obóz Pracy Poznań-Junikowo*. Lager stanowił kontynuację podobnego miejsca, które znajdowało się w Forcie VII w Poznaniu do 1944 roku. Wtedy nastąpiła jego likwidacja, a władze oraz więźniowie zostali przeniesieni do Żabikowa. Teren znajdującego się tam obozu dzielił się na: Więzienie Policji Bezpieczeństwa, do którego kierowano potencjalnych konspiratorów oskarżanych przez Niemców oraz część karną. Osadzano tam osoby, które nie stały się w miejscu pracy wskazanym przez niemiecki urząd lub zbiegły z przymusowych robót na terenie Rzeszy. Znajdował się tam również obóz pracy. Warunki na terenie całego obiektu podobne były do tych, które panowały w innych obozach koncentracyjnych. Więźniowie spali w barakach (oddzielnych dla kobiet i mężczyzn), byli głodzeni, wycieńczeni i poddawani różnego rodzaju represjom. Cały teren ogrodzono drutem kolczastym pod wysokim napięciem.



Źródło: <http://www.zabikowo.eu/>

Żabikowo było obozem przejściowym, stamtąd więźniów transportowano do większych obozów koncentracyjnych, m.in. Auschwitz czy Ravensbrück. Wiele osób (żołnierze Pomorskiego i Poznańskiego Okręgu AK, członkowie Szarych Szeregów oraz Polskiej

Partii Robotniczej) zostało tam rozstrzelanych, a ich ciała skremowano w Collegium Anatomicum. Do obozu trafiali przede wszystkim Polacy oraz jeńcy radzieccy, ale także niemieccy dezenterzy z Wehrmachtu oraz obywatele Luksemburga, Holandii, Węgier, Czech i Stanów Zjednoczonych. Ewakuacja więźniów, czyli likwidacja obozu rozpoczęła się w styczniu 1945 roku. Wtedy lager został podpalony wraz ze znajdującymi się tam więźniami. Ci, którzy przeżyli, zmuszeni zostali do pieszego marszu do Ravensbrück. W czasie wędrówki zabijano słabych i wycieńczonych.

Główny gmach muzeum mieści się w byłej willi niemieckiego komendanta obozu. Obiekt został rozbudowany na fundamentach baraku poobozowego. Dzisiaj w tym miejscu można obejrzeć dwie stałe ekspozycje. Po wejściu kierujemy się do pierwszej z nich. Jej temat stanowią obozy przymusowej



Źródło: <http://www.zabikowo.eu/>

pracy dla Żydów (działające w latach 1941 – 1943). Ekspozycja dotyczy budowy obecnej autostrady A2 (*Autostrady wolności*) od Frankfurtu nad Odrą do Poznania (na tym terenie funkcjonowały 24 inne obozy). Można tam zobaczyć, jak wyglądało codzienne życie więźniów oraz obejrzeć mapę autostrady. Wzrok przykuwają stroje więźniów z widoczną gwiazdą Dawida. Wrażenie robią także bardzo małe porcje jedzenia, które nie wystarczyłyby osobie o średniej aktywności fizycznej, a co dopiero człowiekowi skazanemu na pracę ponad ludzkie siły na budowie.



Źródło: <http://www.zabikowo.eu/>

Druga stała wystawa dotyczy obozu żabikowskiego. Tam również odwiedzający mają możliwość zapoznania się z realiami życia więźniów. Ekspozycja zawiera przedmioty codziennego użytku, materiały ikonograficzne oraz dokumenty więźniów, w tym ich zdjęcia. Te fotografie zapadają bardzo głęboko w pamięć, personalizują one ofiary, które

przestają być bezimienną masą ludzką. Zostały specjalnie oznaczone, dzięki czemu można częściowo poznać losy widocznych na nich osób. Niektórzy zginęli na terenie miejscowego lagru, inni trafili do obozów koncentracyjnych. Kilku z nich udało się przeżyć. Patrząc na twarze osób, które często nawet nie domyślały się, co wydarzy się w przyszłości, nietrudno równocześnie poczuć na plecach zimny dreszcz, a zarazem wdzięczność, że choć i dzisiaj życie nie jest idealne, nikt z nas, naszej rodziny i przyjaciół nie musi przechodzić przez takie piekło.



Broszka 12 <http://www.zabikowo.eu/>

Wizyta w muzeum nie kończy się tylko na odwiedzeniu dawnej willi komendanta żabikowskiego lagru. Kilkanaście metrów od niej można oglądać również pozostałości po barakach, w których więziono w okrutnych warunkach niewinne osoby. To miejsce także na długo zapada w pamięć.

Wizyta w miejscu, w którym prześladowano tysiące ludzi, jest doświadczeniem trudnym. Jednak, moim zdaniem, z takimi sytuacjami należy się zmierzyć. Adres muzeum w Żabikowie: Luboń, ul. Niezłomnych 2. Aby dojechać na teren byłego obozu, wystarczy wsiąść do autobusu numer 610 lub 616 na pętli górczyńskiej i wysiąść na przystanku Luboń Unijna.

MUZEUM CZYNNE JEST OD WTORKU DO PIĄTKU, A WSTĘP JEST WOLNY.

Cierpienie 200 milionów...



Źródło: <http://www.2020dreams.org.uk/fgm-workshop-female-genital-mutilation>

AUTOR: MARTA M. MALEC

„Przerażenie raz za razem zalewało mnie potężną falą. Z trudem chwytałam oddech, zamknięta w morderczym uścisku, z nogami wygiętymi pod dziwnym kątem. Stara kobieta zacisnęła palce na brudnej żyłce i poklepała skórę pomiędzy moimi udami, mamrocząc wąskimi wargami << W imię Allaha wszechmogącego>>”¹

To jedno z wielu przerażających doświadczeń autorki „Cięcia”. Hibo Wardere, która otwiera najbardziej intymne przeżycia przed czytelnikiem. Historia jej niezwykłego życia, w którym walczy z tradycyjnym obrzezaniem kobiet, jest świadectwem wielu z tych, które mierzą się z tą okrutną praktyką każdego dnia.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na całym świecie 200 milionów kobiet jest dotkniętych FGM (ang. Female Genital Mutilation).² Okaleczanie narządów rodnych kobiet, jest zabiegiem mającym na celu całkowite pozbawienie kobiety doznań seksualnych, poprzez totalne lub subtotalne wycinanie i kaleczenie damskich genitaliów. Zabieg przeprowadzany jest najczęściej w wieku 4 do 8 lat. Co raz częściej jednak, praktyce tej poddawane są kilkudniowe noworodki.² Zdarza się również, że aby przeprowadzić zabieg obrzezania wyczekuje się pierwszego porodu, lub też wykonuje się go zaraz po zamążpójściu.

WHO ocenia, że FGM jest światową epidemią, a ze względu na masową migrację, obecnie nie istnieje kraj w którym dziewczęta nie byłyby narażone na okaleczanie.¹ Hermetyczne środowisko uchodźców w jakim wychowują się dziewczynki ogranicza ich możliwość do samoobrony przed tym zjawiskiem. Obecnie uznaje się, że FGM jest problemem europejskim, którego nie można odsunąć daleko na południowy kontynent. Hibo Wardere zwraca naszą uwagę na fakt, iż obecnie obrzezanie dziewczynek może odbywać się za drzwiami prywatnych posiadłości, daleko od oczu świadków i możliwych konsekwencji.¹

HISTORIA I UWARUNKOWANIA KULTUROWE

Najwcześniejsze doniesienia o obrzezaniu pochodzą z Grecji 162 r. p. n. e. Zabieg wykonywany był w starożytnym Egipcie i był wyrazem wyróżnienia. Jest także, wiele teorii mówiących, że wywodzi się ze starożytnego Rzymu. Przyjmuje się, że praktyki te powstały przed Chrześcijaństwem i Islamem, a w przebiegu wieków zostały przyłączone do ówczesnych uwarunkowań religijnych.³ Wiele publikacji przedstawia, że praktyka jest domeną krajów afrykańskich i niektórych kultur muzułmańskich. Warto jednak wspomnieć, że w XIX-wiecznej Europie popularną praktyką była zwana wówczas „ekstyrpacją”, operacja wycięcia łechtaczki. Popularność swoją zdobyła, jakoby zapobiegając występowaniu chorobom psychicznym wśród kobiet. Szczególnym orędownikiem tej praktyki był znany brytyjski ginekolog i położnik Isaac Baker Brown, który twierdził, pisząc w swoich pracach, iż obrzezanie uniemożliwiając masturbację ogranicza występowanie nimfomanii wśród kobiet, a tym samym zapobiega chorobom takim jak „histeria”, katalepsja i epilepsja. Lekarz wyspecjalizował się w powyższym zabiegu i otworzył prywatną praktykę przy Notting Hill. Został on hucznie skrytykowany przez środowisko lekarskie, co ciekawe jednak nie ze względu na absurdalność wskazań do zabiegu, a za oczekiwanie niebotycznych kosztów za przeprowadzenie operacji.⁴

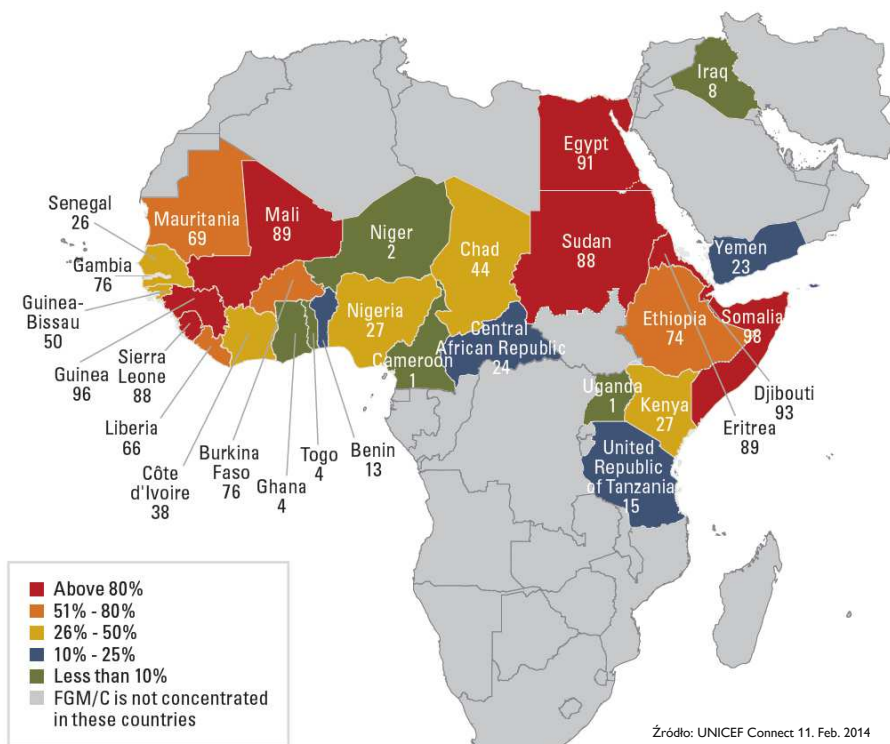
Większość źródeł uznaje FGM jako rytuał niemający nic wspólnego z religią. Problem natomiast ma głównie podłoże kulturowo-społeczne. Środowiska utrzymujące konieczność wykonywania FGM tłumaczą to poniższymi argumentami:

1. Ułatwienie utrzymania higieny okolic intymnych,
2. Ochrona dziewictwa do momentu zamążpójścia,
3. Poprawienie warunków i wzmocnienie rozrodczości,
4. Zapobieganie obumieraniu płodu,
5. Zapobieganie rozwiązłości, nimfomanii oraz prostytucji,
6. Lepszy status społeczny, szansa na dobre małżeństwo,
7. Lepsza estetyka,
8. Poprawienie doświadczeń seksualnych kobiety,
9. Promocje kulturowej spójności,
10. Przejście dziewczynki w stadium dorosłej kobiety.⁴

W wielu przypadkach presja środowiska jest tak silna, iż dziewczęta same pragną przejść rytuał. Nie wiedząc co je czeka, gdyż jest to temat tabu, decydują się na drastyczny zabieg, celem dopasowania się do społeczności. Często jednak nie mają możliwości wyboru. Przejście dziewczynki w dorosłość to czas odkrywania własnego ciała, jego seksualności oraz tworzenia własnej tożsamości seksualnej. W znaczący sposób FGM staje na drodze krokom milowym dorastania.

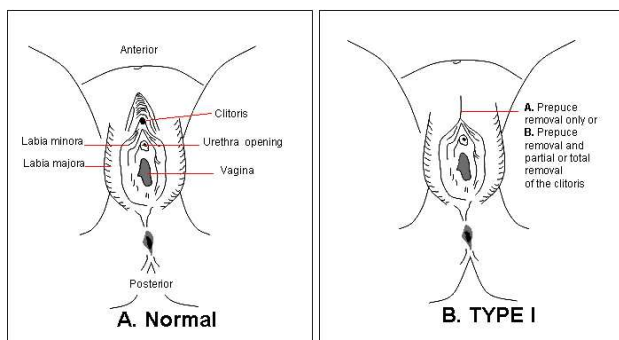
Kraje obecnie wykonujące rytuał obrzezania to m.in. Benin, Burkina Faso, Kamerun, Czad, Wybrzeże Kości Słoniowej, Dżibuti, Egipt, Etiopię, Somalię, Gambię, Ghanę, Gwineę, Kenię, Mali, Nigerię, Niger, Senegal, Sudan, Ugandę i Jemen. Do grupy powyżej możemy doliczyć ponadto, niektóre kraje azjatyckie.³ Zjawisko masowej migracji spowodowało natomiast przeniesienie praktyki obrzezania rytualnego do Europy. W swojej książce Hibo Wardere wspomina dokładne statystyki z danych brytyjskiej opieki zdrowotnej. Każdego roku na wyspach brytyjskich odnotowuje się liczone w tysiącach przypadki kobiet, które padły ofiarą FGM. „Pomiędzy wrześniem 2014, a styczniem 2015 roku potwierdzono ponad 2600 nowych przypadków FGM.(...) U ponad 9500 kobiet przeprowadzono zabieg deinfibulacji.”¹ 40 % z powyższych dotyczyło dziewczynek poniżej 18 roku życia. Hibo zwraca naszą uwagę na fakt, iż dane dotyczą tylko kobiet, które zgłosiły się o pomoc do lekarza. Znacząca większość cierpi w milczeniu.

Poniższa rycina pochodzi ze zbiorów UNICEF z 2014 roku. Mapa prezentuje odsetek kobiet, u których przeprowadzono zabieg obrzezania.



KLASYFIKACJA

W Genewie w roku 1995, WHO dokonało oceny i klasyfikacji poszczególnych typów FGM. Poniżej przedstawiono klasyfikację zmodyfikowaną w 2007 roku przez ww. organizację³:

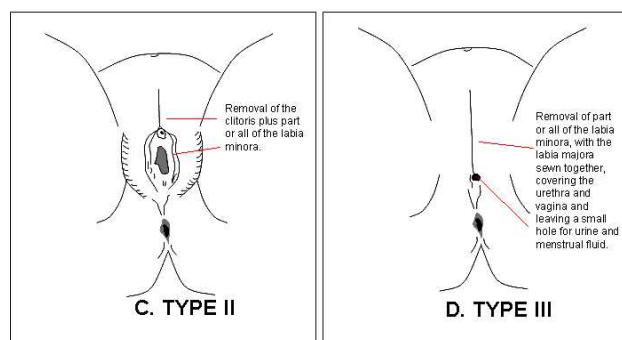


Źródło: By Kaylima at English Wikipedia (Transferred from en.wikipedia to Commons.) [Public domain], via Wikimedia Commons

- TYP 1 – Wycinanie napletka łechtaczki, z częściowym bądź całkowitym usunięciem narządu;

Podtyp 1A – „Sunna” – symboliczne upuszczanie kropli krwi z okolicy łechtaczki, lub usunięcie napletka łechtaczki (co wiąże się z mniejszym bądź większym uszkodzeniem tego narządu).

Podtyp 1B – Clitoridectomy – usunięcie całej łechtaczki.



Źródło: By Kaylima at English Wikipedia (Transferred from en.wikipedia to Commons.) [Public domain], via Wikimedia Commons

- TYP 2 – Całkowite bądź częściowe usunięcie łechtaczki wraz z wargami sromowymi mniejszymi, z/lub bez wargami większymi.

Podtyp 2a – usunięte zostają tylko wargi sromowe mniejsze

Podtyp 2b – usunięciu ulega łechtaczka oraz wargi sromowe mniejsze

Podtyp 2c – usunięcie łechtaczki, warg sromowych mniejszych i większych.

- TYP 3 – INFIBULACJA – zmniejszenie otworu wejścia do pochwy celem uniemożliwienia stosunków seksualnych. Polega na usunięciu łechtaczki, warg sromowych mniejszych oraz wewnętrznej powierzchni warg sromowych większych, które po zeszcyciu, zrastając się pozostawiają niewielki otwór w okolicy tylnego węższelka dla odpływu moczu i krwi menstruacyjnej.
- TYP 4 – Inne sposoby okaleczania włączając, rozciąganie warg sromowych, przyżeganie, opalanie narządów okalających, wprowadzanie szkodliwych substancji/ziół powodujących zasklepanie się tych struktur.³

Osoby wykonujące zabieg obrzezania to bardzo często znachorki, fryzjerzy, rzeźnicy, z reguły nieposiadający wiedzy anatomicznej. Do przeprowadzenia zabiegu obrzezujące używają żyłek, noży rzeźnickich oraz potłuczonego szkła. Zabieg i rekonwalescencja po nim przebiega bez dezynfekcji i antybiotyków. Bardzo często te okolice są okładane błotem, gdyż ich środowisko wierzy, że pomoże to złagodzić ból. Powyżej przedstawione typy często są mieszane, a przeprowadzenie ich kończy się „niepowodzeniem” pozostawienia części erogennych, dlatego tak ważne jest leczenie i rekonstrukcja przywracająca satysfakcję seksualną. Bardzo niekorzystnym zjawiskiem, które obserwuje się w ostatnim czasie jest medykalizacja FGM. Ze względu na obszerność tematu przedstawiono to w osobnym akapicie.

POWIKŁANIA

Konsekwencje przeprowadzenia zabiegu są szczegółowo udokumentowane w literaturze. Mogą występować jako powikłania wczesne, pojawiające się tuż po obrzezaniu lub późne, ujawniające się w pewnym odstępie czasu.

- **WCZESNE:** krwotok z tętnicy grzbietowej łechtaczki, zakażenia tęzczem, infekcje prowadzące do śmierci, ból, wstrząs bólowy, anemia, złamania kości podczas przytrzymywania dziewczynek, uszkodzenia narządów okalających m.in. odbytu, śmierć.³
- **PÓŹNE:** powikłania późne możemy podzielić na urazy psychiczne, oraz problemy typowo medyczne związane z uszkodzeniem struktury anatomicznej. Jednocześnie należy zauważyć na ogromną korelację pomiędzy owym uszkodzeniem, a doświadczaniem bólu psychicznego. I tak do powikłań późnych możemy zaliczyć poniższe:

Głęboka trauma i uraz psychiczny, niezdolność do odczuwania przyjemności seksualnej, ból podczas stosunków, utrudnienie zajścia w ciążę, powikłana ciąża, poważne komplikacje porodu i porodu, przetoki, bliznowce, nerwiaki, cysty, wypadanie cewki moczowej i pochwy, krwawienia podczas stosunków seksualnych, nietrzymanie moczu, poważne i niezwykle częste infekcje pochwy i dróg moczowych, prowadzące do kamicy nerkowej i niewydolności nerek, stany zapalne miednicy mniejszej, strach przed stosunkiem seksualnym prowadzący bardzo często do rozpadu małżeństw, wśród uchodźców - poważne problemy psychiczne związane z poczuciem odmienności. Kolejną poważną konsekwencją FGM jest zwiększone ryzyko zakażeniem wirusem HIV.³

Powikłania porodu pacjentek z FGM są niezwykle drastyczne. Niosą za sobą konieczność resuscytacji noworodka, wykonania cięcia cesarskiego, a poważną konsekwencją są krwotoki poporodowe. W Ghanie śmierć okołoporodową ponosi jedna kobieta na 35 rodzących, w Burkina Faso jedna na 12.³

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż do lekarza zgłaszają się nie tylko kobiety dotknięte FGM, ale także ich partnerzy z obrażeniami i stanami zapalnymi członka, zgłaszają problemy przy penetracji. Często otwarcie opowiadają o problemach psychicznych związanych ze świadomością zadawania bólu swojej partnerce.

Mówiąc o roli mężczyzn w praktyce FGM należy wspomnieć, iż w środowisku w którym obrzezanie kobiet to tradycyjny rytuał, wcale nie rozmawia się o zabiegu. Mężczyźni wiedzą o jego przeprowadzaniu, jednak nie zdają sobie sprawy z jego przebiegu i powikłań pozostawiając to w gestii kobiet. Wielu z mężczyzn, gdy słyszą jak przeprowadzany jest zabieg, oraz jakie konsekwencje niesie za sobą otwarcie nie pochwalają tej tradycji. Zanim zostali poinformowani mówią o FGM jako o „małym nacięciu”, a gdy dowiadują się szczegółów zmieniają zdanie twierdząc, że nie chcą aby kobiety wykonywały zabieg w ich imieniu. I tak następuje patowa sytuacja – kobiety myślą, że mężczyznom zależy na obrzezanej partnerce, a mężczyźni milcząc, akceptują obrzezanie jako wybór kobiet. UNICEF w swoim raporcie z 2013 roku nazywa to zjawisko „wzajemną nieświadomością”.⁴

MEDYKALIZACJA FGM

Według raportu UNICEF z 2013 roku, najczęstszym argumentem popierania FGM jest społeczna akceptacja.⁵ Potrzeba zakorzeniona jest tak głęboko w kulturze, że obecnie ludzie migrujący do Europy nie potrafią zrezygnować z owej praktyki. Styczność z rozwiniętą medycyną i przejęcie pewnych uwarunkowań kulturowych dotyczących zdrowia w kulturze europejskiej, sprawia, że wielu z nich decyduje się na wykonanie obrzezania w warunkach, które zapewnia europejska medycyna. W roku 2004 ukazała się praca naukowa, w której opisywane jest osiem przypadków kobiet twierdzących, iż zostały obrzezane na terenie Wielkiej Brytanii. W opisywanych przez nich klinikach podobnych do małych gabinetów zabiegowych, wykonano zabieg obrzezania za pomocą obecnie dostępnych, sterylnych narzędzi z zaopatrzeniem antybiotykowym.

Można by stwierdzić, iż powyższa tendencja ma swoje „dobre” strony. Antropolożka Bettina Shell-Duncan, w swojej pracy na temat medykalizacji FGM pisze, że należy rozważyć poparcie dla tego zjawiska. Ma to jakoby na celu, wspieranie imigrantów decydujących się na modyfikację rytuałów i ograniczenie pola obrzezania, a tym samym zmniejszenie skutków ubocznych.⁶

Autorka „Cięcia”, Hibo Wardere, oraz znana na całym świecie, modelka i działaczka na rzecz kobiet Waris Dire, mówią powyższej tezie stanowcze „nie”. Obie są przekonane, że medykalizacja FGM prowadzi do zaaprobowania przez zachodnie społeczeństwo praktyki, która w świetle prawa jest przestępstwem, a w świetle medycyny – okaleczającym zabiegiem, niepotrzebnym z medycznego punktu widzenia.

ZAKOŃCZENIE

Czytając książkę Hibo Wardere nie mogłam wyjść z podziwu. Przez cały czas podziwiałam ją za siłę z jaką walczy. Podziwiałam ją za upór i za jej otwartość. Jednocześnie nie zdawałam sobie sprawy, że obrzezanie kobiet jest tak rozpowszechnione na całym świecie. Czy w Polsce w związku z masową migracją będziemy badać w gabinetach ginekologicznych kobiety dotknięte tym zjawiskiem? Czy ja jako położna na sali porodowej stanę przed takim wyzwaniem? Czy powinniśmy rozmawiać o możliwościach rekonstrukcyjnych dla tych pacjentek? To wszystko wydaje się nam całkowicie odległe. Przecież każdy z nas żyje w Polsce, kraju pierogów i mroźnych zim. Po co więc rozmawiać o odległym problemie, który nas nie dotyczy?

Właśnie dlatego, że przemoc wobec dzieci pozostająca w ukryciu - rozrasta się, a wystawiona na światło dzienne, przedyskutowana i widoczna dla oczu świadków, marnieje i ginie.

BIBLIOGRAFIA

1. Wardere H. ; „Cięcie”; Prószyński i S-ka; ISBN 978-83-8087-225-4; Warszawa 2017.
2. Desert Flower Foundation Website 19.10.2017 20:00; <http://www.desertflowerfoundation.org/pl/czym-jest-fgm.html>
3. Rogowska-Szadkowska D., Niemiec T.; „Obrzezanie kobiet – nowy problem w praktyce lekarza ginekologa w krajach Unii Europejskiej?” PTG, Ginekologia Polska, 2009, 80, 118-123.
4. Wąsik D., Sygit B., Dubiel M. Medyczne, społeczne i prawne aspekty rytualnego obrzezania kobiet ; Forum Teologiczne 16, 33-44, ISSN 1641-1196, 2015.
5. WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. World Health Organization, 2008.
6. Shell-Duncan B.; “The medicalization of female circumcision : harm reduction or promotion of a dangerous practice?” Social Science & Medicine 52 (2001) 1013–1028, Department of Anthropology, University of Washington, Box 353100, Seattle, WA 98195-3100, USA

SEDACJA PALIATYWNA

– PYTANIA I WĄTPLIWOŚCI*

AUTOR: JOANNA BEHRENDT

Śmierć we współczesnym europejskim społeczeństwie zdaje się być tematem tabu. Umieranie odbywa się „za zamkniętymi drzwiami” instytucji takich jak szpital, hospicjum, dom pomocy społecznej. Wielu z nas odsuwa od siebie to zagadnienie, zarówno w kontekście śmierci własnej jak i osób bliskich. Śmierć uznawana jest za temat przykry, w związku z czym nieczęsto mówi się o tym, jak postępować z osobą umierającą, żeby proces jej odchodzenia był możliwie najlepszy.

Chcielibyśmy móc uzdrowić wszystkich pacjentów, jednak mimo szybkiego rozwoju współczesnej medycyny nadal wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi. Należy pamiętać o tym, że pacjenta nie można pozostawić bez opieki w momencie, gdy możliwości jego leczenia się wyczerpią. Grupy ekspertów medycyny paliatywnej opracowały szereg metod leczenia objawowego, mających na celu polepszenie jakości życia pacjentów umierających. Jedną z proponowanych przez nich procedur jest sedacja paliatywna.

TERMINOLOGIA

Sedację, czyli farmakologiczną metodę zniesienia lęku, stresu, napięcia nerwowego z obniżeniem świadomości stosuje się najczęściej przed nieprzyjemnymi, wywołującymi lęk procedurami medycznymi, zabiegami. Istnieją różne jej rodzaje. Ze względu na głębokość sedacji wyróżnić możemy sedację płytką (pacjent utrzymuje kontakt z otoczeniem), sedację umiarkowaną (pacjent śpi, ale daje się wybudzić) oraz sedację głęboką (brak reakcji na bodźce).¹ W opiece paliatywnej sedację stosuje się w celu zmniejszenia odczuwania dokuczliwych dolegliwości i cierpienia.²

Stosowanie sedacji paliatywnej budzi wiele wątpliwości zarówno wśród przedstawicieli zawodów medycznych, jak i rodzin czy samych pacjentów. Spory dotyczą chociażby terminologii – nie istnieje ujednolicona definicja sedacji paliatywnej. Najczęściej stosowane w piśmiennictwie

¹ Graf L., Ślężona M. Dylematy związane z sedacją paliatywną stosowaną u chorych u schyłku życia. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2016; 2: 45-51.

² Stachowiak A. Sedacja paliatywna. Rozdz. [w:] Ból i cierpienie. Red. Makiełło-Jarża G., *Acta Academiae Modrevianae* Kraków 2011, 217-219.

anglojęzycznym terminy to: sedacja paliatywna (palliative sedation), sedacja terminalna (terminal sedation) i sedacja u schyłku życia (sedation at the end of life), ale istnieje także wiele innych określeń.³

Zdecydowanie odróżnić należy sedację paliatywną od eutanazji, gdyż istotą pierwszej jest ulżenie w cierpieniu bez intencji skracania życia, natomiast druga zakłada właśnie zakończenie życia jako środek znoszący cierpienie.

WSKAZANIA DO STOSOWANIA SEDACJI PALIATYWNEJ

Wątpliwości dotyczą również tego u kogo i w jakiej sytuacji wskazany jest ten sposób postępowania. Zgodnie z zaleceniami ekspertów sedację paliatywną stosuje się u pacjentów z nieuleczalną i zaawansowaną chorobą, u których przewiduje się, że śmierć nastąpi w ciągu 1-2 tygodni i u których występują uporczywe objawy, czyli takie, których nie udało się uśmierzyć innymi dostępnymi metodami lub takie, dla których nie jest w danym czasie dostępna żadna inna metoda zmniejszająca cierpienie.⁴

Wdrożenie sedacji paliatywnej powinno odbywać się za zgodą pacjenta. Decyzja ta powinna zostać z nim uzgodniona z wyprzedzeniem, gdy jeszcze jest w stanie podjąć świadomą decyzję i może wcześniej dokończyć ważne dla niego sprawy. Środki obniżające świadomość powinny być podawane na oddziale opieki paliatywnej pod nadzorem lekarza specjalisty medycyny paliatywnej lub anestezjologa pod kontrolą parametrów życiowych, jednak dopuszczalne jest zastosowanie ich w domu pacjenta. Ustalać właściwą dawkę powinno się poprzez miareczkowanie – zaczynać od dawki minimalnej i zwiększać ją aż do osiągnięcia oczekiwanego efektu, czyli zmniejszenia dolegliwości, przy zachowaniu jak największej świadomości. Niekiedy wystarczy sedacja okresowa, stosowana w momencie nasilenia się objawów, w innych przypadkach konieczne jest wprowadzenie sedacji ciągłej, trwającej aż do śmierci.⁵

ZASADA PODWÓJNEGO SKUTKU

Wiele kontrowersji dotyczących sedacji paliatywnej koncentruje się wokół jej wpływu na długość życia pacjenta. Na podstawie dotychczasowych badań nie sposób jednoznacznie zaprzeczyć ani potwierdzić, że jej zastosowanie przyspiesza śmierć pacjenta. Pomóc w rozwikłaniu dylematów

³ Tomczyk M, Sopata M, Viallard M, Beloucif S, Mamzer M, Hervé C. Palliative sedation in adult patients – ethical aspects. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*, 2014; 6 (2): 76-80.

⁴ Stachowiak A., Sedacja paliatywna, w: Ból i cierpienie, red. Makiełło-Jarża G., Acta Academiae Medicevianae, Kraków 2011, s. 217-219.

⁵ Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A. Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. *Nowiny Lekarskie* 2011, 80 (1): 3-15.

etycznych dotyczących sedacji paliatywnej i jej ewentualnego wpływu na długość życia może zasada podwójnego skutku, wypracowana przez katolickich teologów na podstawie nauczania św. Tomasza z Akwinu. Zgodnie z nią, jeśli działanie ma dwa skutki: zamierzony i niezamierzony, przy czym cel zamierzony jest oceniany jako „dobry”, korzystny, a niezamierzony jako niekorzystny, „zły”, to dopuszczalne jest zaakceptowanie skutku niekorzystnego, jeśli nie istnieje inna metoda osiągnięcia skutku korzystnego. W przełożeniu na sedację paliatywną oznacza to, iż osiągamy skutek zamierzony, jakim jest zniesienie cierpień chorego, jednocześnie dopuszczając możliwość przyspieszenia zgonu pacjenta. Należy jednak podkreślić, iż skrócenie życia nie jest tu celem naszych działań, a jedynie skutkiem ubocznym.⁶

Podsumowując, istnieje wiele argumentów przemawiających za zastosowaniem sedacji paliatywnej u pacjentów w stanach terminalnych, których cierpienie jest nieznosne. Jednocześnie nadal kilka wątpliwości pozostaje nierozstrzygniętych. Czy pacjent poddany sedacji faktycznie nie odczuwa żadnego cierpienia? Jak postępować z pacjentami, z którymi lekarz nie zdążył ustalić, czy chcą zostać poddani sedacji paliatywnej, a których stan utrudnia lub uniemożliwia komunikację? Jak rozmawiać z pacjentem, jego rodziną o tej metodzie i jej możliwych skutkach, także niepożądanych?

*** Artykuł o tym samym tytule ukazał się w 13. numerze Biuletynu Informacyjnego „Bioethica”. Jednak podanie u dołu artykułu spisu literatury, z której korzystała autorka, nie pozwalało na jednoznaczną identyfikację artykułów, których treść została przywołana w tekście. Niniejszy artykuł został uzupełniony o przypisy. Wszystkich autorów publikacji przytoczonych w artykule opublikowanym w 13. numerze Biuletynu serdecznie przepraszamy i zapewniamy, iż to niedopatrzenie nie było wynikiem zamierzonego celu, lecz nieumyślnego działania.**

⁶⁶ Tomczyk M., Sopata M. J., Viillard M.-L., Beloucif S., Mamzer M.-F., Hervé C., Sedacja paliatywna u dorosłych – wybrane aspekty etyczne, w: Medycyna paliatywna 2014; 6(2): 76-80.

Bibliografia:

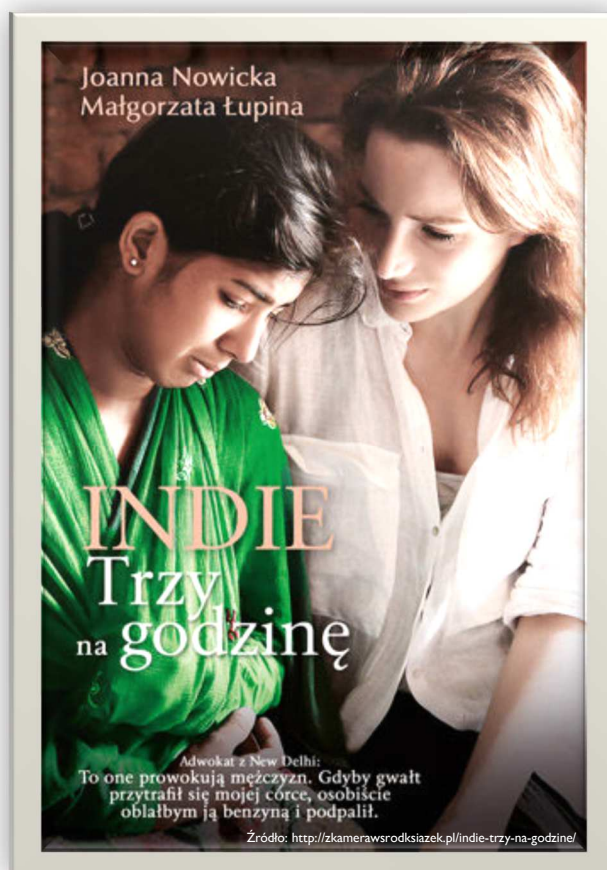
1. Graf L., Śleziona M. Dylematy związane z sedacją paliatywną stosowaną u chorych u schyłku życia. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2016; 2: 45-51.
2. Stachowiak A. Sedacja paliatywna. Rozdz. [w:] Ból i cierpienie. Red. Makiełto-Jarża G., *Acta Academiae Modrevianae Kraków* 2011, 217-219.
3. Tomczyk M, Sopata M, Viallard M, Beloucif S, Mamzer M, Hervé C. Palliative sedation in adult patients – ethical aspects. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*, 2014; 6 (2): 76-80.
4. Stachowiak A., Sedacja paliatywna, w: Ból i cierpienie, red. Makiełto-Jarża G., *Acta Academiae Modrevianae*, Kraków 2011, s. 217-219.
5. Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A. Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. *Nowiny Lekarskie* 2011, 80 (1): 3-15.
6. Tomczyk M., Sopata M. J., Viallard M.-L., Beloucif S., Mamzer M.-F., Hervé C., Sedacja paliatywna u dorosłych – wybrane aspekty etyczne, w: *Medycyna paliatywna* 2014; 6(2): 76-80.

„INDIE Trzy na godzinę”

AUTOR: OLIWIA SKIBIŃSKA

Autorka tekstu, Joanna Nowicka oparła treść swojej książki na wstrząsającej fabule filmu dokumentalnego „Trzy na godzinę”. Reżyser filmu, Małgorzata Łupina, jest również autorką zdjęć zamieszczonych w książce. Prezentowana książka porusza tematykę związaną z dokonywaniem gwałtów na kobietach w Indiach. Kobiety w dużej części przypadków są traktowane przedmiotowo i instrumentalnie, jako narzędzie zaspokojenia potrzeb seksualnych mężczyzn. Niezależnie od wieku oraz pory dnia i roku, kobiety w Indiach padają ofiarą gwałtów, często

zbiorowych, które niekiedy nawet kończą się śmiercią. Sprawcy gwałtów czują się bezkarni. Zwykle mężczyźni, ale często także rodziny ofiar uważają, że to same kobiety prowokują ich do gwałtu, poprzez swój ubiór i/lub zachowanie. Szczególnie ciężka jest dola kobiet należących do niedotykalnych, którzy zajmują najniższe miejsce w społeczeństwie kastowym Indii. To właśnie one wykonują najcięższe prace, które są najniżej opłacane. One też najczęściej padają ofiarami bezkarnie popełnianych gwałtów. Czytając tę książkę łzy same napływają do oczu, mimo to polecam ją każdemu kto chciałby dowiedzieć się jak żyją kobiety w Indiach.



KRÓTKA HISTORIA O TYM, JAK ROZWINĘŁAM SKRZYDŁA

AUTOR: MARTA MIKA

Słyszeliście może o projekcie Medi+?

Czasami w aktualnościach na Facebook 'u, pojawiały się powiadomienia o projekcie? Może widzieliście na zdjęciach znajomych jak studenci z różnych kierunków jadą na praktyki zagraniczne? Ja to przeżyłam i mogę Wam opowiedzieć czym dokładnie jest projekt, który daje tak wiele możliwości.



Źródło: Zbiory własne Marty Miki

Zaczynając od początku, „MEDI+” Centrum Doskonalenia Kompetencji Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

to projekt wspomagający rozwijanie kompetencji studentów jako przyszłych specjalistów. Polega na serii spotkań, których celem jest poszerzenie wiedzy z zakresu kompleksowej opieki nad pacjentem. Oferta poszerzona jest o certyfikowany kurs (w moim przypadku jako studentki położnictwa – kurs leczenia ran) oraz wizytę studyjną w renomowanym ośrodku warszawskim lub zagranicznym. Do osób, które jeszcze się nie zdecydowały – rozumiem Wasze obawy. Bądźmy realistami i zadajmy sobie pytanie, jak często przychodziłeś na zajęcia, które okazywały się nudne? Kończyło się na potajemnym rozwiązywaniu krzyżówek i na modlitwie o wcześniejsze skończenie zajęć.

W przypadku tego projektu Twoje postrzeganie procesu zdobywania wiedzy zmieni się całkowicie. „MEDI+” to nie tylko ciekawe zajęcia ubrane w atrakcyjną formę przyswajania materiału, ale także sposób na zrozumienie otaczającej nas rzeczywistości i wdrożenie teorii w życie.

A teraz przykład. Seria zajęć z „prowadzenia działalności gospodarczej”. Okazuje się, że jako nowe jednostki na rynku pracy nie mamy o tym pojęcia. Dzięki Pani Mecenasa, która prowadziła spotkania, poznaliśmy techniki umożliwiające zrozumienie skomplikowanego języka prawniczego, przez co nie straszne nam już żadne ustawy. Każdy z nas zrozumiał różnice między umową o pracę a umową-zlecenie.

Ponadto poznaliśmy wiele technik ułatwiających poruszanie się w skomplikowanym świecie urzędów. Teraz wiemy jak założyć naszą własną działalność gospodarczą, przy okazji nie narażając się na związane z tym zawiłości prawne.

Projekt zakłada również realizację zajęć poruszających tematykę chorób jamy ustnej. Początkowo nie darzyłam ich sympatią.. Jakże wielkie było moje zdziwienie, gdy wiedza przekazywana na tych spotkaniach okazała się przydatna w życiu prywatnym i w przyszłej pracy zawodowej. Zajęcia obejmowały tematykę podstaw rozwoju uzębienia, przez protetykę, na leczeniu stomatologicznym



Źródło: Zbiory własne Marty Miki

u pacjentek ciężarnych kończąc. Co zaskoczyło mnie najbardziej - ostatnie zajęcia były zajęciami praktycznymi. Mogliśmy przez chwilę poczuć się jak prawdziwi lekarze stomatolodzy i ... polakować zęby! Te zajęcia skończyliśmy z zagwarantowanym, szerokim i zdrowym uśmiechem.

„Transkulturowa opieka medyczna” to seria, wobec której moje oczekiwania były największe. Zależało mi na poszerzeniu wiedzy z zakresu różnych kultur, aby móc w przyszłości lepiej wykonywać swoją pracę. Nie zawiodłam się! Poznaliśmy największe kultury i religie, przełamaliśmy stereotypy, nauczyliśmy się szacunku do tradycji kulturowych drugiego człowieka oraz rozwiązywaliśmy problemy barier kulturowych, jakie

stawiają obecnie szpitale. Dzięki naszemu rozwojowi, pacjent w przyszłości będzie mógł oczekiwać respektowania zasad swojej kultury. Teraz wiemy, czemu Azjatka podczas porodu będzie unikała okazywania bólu oraz co oznacza czerwony barwnik we włosach u Hinduski. Moja ciekawość i oczekiwania zostały w pełni zaspokojone. Ciekawym udoskonaleniem była możliwość odbywania zajęć on-line. W wygodnych spodniach i puszystych skarpetkach, z pyszną herbatą w ręku. Nie ograniczało to możliwości w przyjmowaniu wiedzy, wręcz przeciwnie. Sprawiało, że wiedzę przyjmowałam spokojnie, bez pośpiechu notowałam wszystkie potrzebne informacje, zapamiętując o wiele więcej niż podczas tradycyjnych zajęć. Wciąż mogliśmy się uczyć, zadawać pytania i prowadzić dyskusje nie wychodząc z domu. Nie zdradzę dużo mówiąc, że pozostałe moduły również korzystały z nowych technologii.

Seria „Komunikacja transkulturowa” zapewniała zajęcia interaktywne, które wymagały rozgrzewki, poruszania się, zapoznania z grupą i zawiązaniu umowy pomiędzy uczestnikami. Głównym celem zajęć było poszerzenie naszej świadomości i otwarcie się na drugiego człowieka. Pozwalały one na zgłębienie wiedzy o sobie, jak pracujemy, jakie są nasze słabe i mocne strony. Ponadto seria zawierała spotkania z profesjonalną aktorką teatralną, która odgrywała sceny i pokazywała nam, jakie błędy popełniamy przy kontakcie z pacjentem. Aktorka przedstawiła nam także, jakie wykorzystać metody, aby pacjent czuł się komfortowo w naszym gabinecie. Było to niesamowitym przeżyciem, ponieważ w wielu przypadkach okazywało się, że nie zwracamy uwagi na nasz sposób wypowiadania się przy pacjentach. Nasze normalne zachowanie było odbierane przez pacjentów kompletnie inaczej. Pomoc aktorki okazała się nieoceniona. Dzięki rozłożeniu naszych zachowań na czynniki pierwsze oraz korekcji wypowiadania się, poprawiliśmy naszą prezencję.

Warsztaty „umiejętności analitycznych” skupiały się na pracy w grupach. Podstawowym aspektem zajęć było znalezienie swojej funkcji, jaką przyjmujemy podczas pracy w grupie. Poszerzaliśmy swoją świadomość poprzez zagadki oraz rozwijaliśmy kreatywne myślenie podczas budowania swojego własnego państwa.



Źródło: Zbiory własne Marty Miki

Będąc studentką położnictwa najbardziej zależało mi na praktykach w Szpitalu Św. Zofii w Warszawie, ponieważ jest to jedyny szpital w Polsce mający funkcjonujący Dom Narodzin. Nasz wyjazd trwał cztery dni, co pozwoliło jedynie na zobaczenie poszczególnych klinik, ale przy okazji narzuciło to poważne refleksje, jak niewyobrażalne zmiany czekają jeszcze wiele szpitali w Polsce. Każdy dzień był możliwością poznania nowego oddziału szpitalnego i personelu medycznego, który chętnie dzielił się z nami swoimi doświadczeniami. Z ogromną pasją patrzyłam na Dom Narodzin i sale porodowe. Zachwylił mnie również oddział położniczy

prowadzony wyłącznie przez położne. Trafiały tam kobiety po porodach fizjologicznych i to położne sprawowały realną opiekę nad pacjentką, położne decydowały, kiedy pacjentka może zostać wypisywana do domu i dawały zalecenia dotyczące opieki poporodowej.

Wspaniałe nowatorskie podejście, z którego obecnie korzystają m.in. Norwegia i Dania nareszcie wchodzi do polskich szpitali. Popołudniami zwiedzaliśmy Warszawę, której piękno nie mogło zostać w pełni przez nas poznane ze względu na ograniczenia czasowe.

Podsumowując - czy warto?

Moim zdaniem tak, bo dzięki projektowi „MEDI+” nauczysz się rzeczy praktycznych, które wykorzystasz nie tylko w pracy, ale także w prywatnym życiu i w kontaktach z ludźmi. Jeżeli chcesz się rozwijać, poznać wspaniałych ludzi z różnych kierunków i nauczyć się współpracować w grupie ten projekt jest jak najbardziej zarezerwowany dla Ciebie. Co niesamowite, nie trzeba się uczyć po zajęciach. Kompletną, potrzebną wiedzę zdobywasz podczas spotkań. To największy fenomen „MEDI+” - po projekcie zostaje nieprzetarty ślad, sprawiający, że stajemy się lepszymi profesjonalistami.

Autorami poniższych zdjęć są: Julia Jajor, Paweł Jessa, Monika Cyprian i Marta Romanowska.

Bremen. Spotkanie z Panią Senator.



Bremen. Studenci podczas zajęć.



Uczestnicy wizyty w Instytucie Kardiologii w Warszawie.



POZNAŃ 2018