

DANUTA PENKALA

SPOŁECZNO-KULTUROWE UWARUNKOWANIA SYTUACJI
ZDROWOTNEJ LUDNOŚCI WIEJSKIEJ WE WSPÓŁCZESNYM
AFGANISTANIE

Artykuł łączy podejście badawcze etnologa z elementami oceny stanu zdrowotnego ludności Afganistanu z punktu widzenia przedstawicieli medycyny nowoczesnej. Przyjęcie takiej perspektywy było niezbędne dla ukazania powiązań między sposobem życia ludności wiejskiej a powstawaniem chorób. Obok czynników ekologicznych, rozpoznawane przez etnografa czynniki społeczno-kulturowe wywierają na zdrowie danej społeczności określony wpływ oceniany według kryteriów medycyny naukowej jako chorobotwórczy lub korzystny. Tym zagadnieniom poświęcona jest pierwsza część artykułu, w której wykorzystano, prócz własnych obserwacji i prac etnologicznych, również publikacje z dziedziny geomedycyny czy geografii medycznej Afganistanu. Część druga, oparta w znacznej mierze na badaniach własnych autorki, dotyczy społeczno-kulturowych uwarunkowań sukcesów i niepowodzeń nowoczesnych programów opieki zdrowotnej na wsi afgańskiej¹. Państwo planuje akcje profilaktyczne i lecznicze bazując na rozpoznaniach medycznych, jednakże, aby miały one szanse powodzenia, konieczne jest wzięcie pod uwagę etnograficznych ekspertyz kultury danej społeczności².

W Afganistanie, kraju muzułmańskim, religia w dużym stopniu uniformizuje kulturę rozlicznych mieszkających tu grup etnicznych. Około

¹ Badania terenowe przeprowadzono latem 1976 roku w ramach ekspedycji Katedry Etnografii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu pod kierunkiem prof. dra Z. Jasiewicza. Objęły one 4 miejscowości w środkowym i północnym Afganistanie. Oto ich nazwy i skład etniczny: Najak (prow. Bamjan) — Hazarowie; Tala (prow. Baghlan) — Tadžycy, Hazarowie, uzbeckie plemię Karam Ali zasymilowane przez Hazarów; Dawlatabad (prow. Balch) — Uzbeki, Tadžycy, Turkmeni, Pasztuni; Kajsar (prow. Fariab) — Uzbeki, Tadžycy, Turkmeni, Pasztuni. Wykorzystana literatura dotyczy okresu sprzed rewolucji miesiąca Saur 1978 roku. Nowsze dane, które przytaczam, pochodzą z czasopisma „The Kabul Times” (od stycznia 1980 r. „Kabul New Times”).

² Doskonałą pracą, łączącą oba podejścia, jest obszerne studium dwóch wsi w północnym Afganistanie: Ri-Jang (prow. Balch) i Sansiz (prow. Jawzjan), *Services for Children ...* 1973. Dwuletnie badania terenowe prowadziła 10-osobowa międzynarodowa i interdyscyplinarna ekipa.

80% ludności to sunnici należący do szkoły hanafickiej, około 18% stanowią szyici (większość Hazarów i Kizyl-baszowie), a pozostałe 2% — ismailici i członkowie niemuzułmańskich wspólnot religijnych (Wilber 1962, s. 66). Islam jest podstawowym czynnikiem organizującym sposób życia ludności. Reguluje przede wszystkim dziedzinę obyczajową kultury, wkracza także do medycyny tradycyjnej, wpływając na poglądy dotyczące zdrowia i choroby. W ten sposób religia muzułmańska z jednej strony wpływa pośrednio na stan zdrowotny ludności Afganistanu, a z drugiej — jest ważnym czynnikiem warunkującym przeobrażenia w zakresie ochrony zdrowia. Toteż w poniższych rozważaniach rola islamu zostanie szczególnie uwypakowana.

1. ROLA CZYNNIKÓW SPOŁECZNO-KULTUROWYCH W ETIOLOGII CHOROÓB WYSTĘPUJĄCYCH W AFGANISTANIE

Zróznicowanie występujące w zajęciach i związanym z nimi trybie życia różnych grup ludności wpływa niewątpliwie na sytuację zdrowotną. Czynnikiem o istotnym znaczeniu epidemiologicznym jest koczowniczy, związany z pasterstwem, tryb życia dużej części ludności Afganistanu. Liczba „właściwych” nomadów, w większości Pasztunów, szacowana jest według najnowszego spisu ludności, przeprowadzonego w 1979 roku, na 2,5 mln., czyli około 1/6 mieszkańców kraju³. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia 5 spośród 57 epidemii ospy w Afganistanie zostało zawleczonych przez pasztuńskich koczowników z Pakistanu. Cholera, nie endemiczna w Afganistanie, przenoszona była najczęściej z subkontynentu indyjskiego poprzez Przełęcz Chajberską. Jak stwierdzono, z całą pewnością epidemię tej choroby wiosną 1938 roku przeniosła z Pakistanu karawana koczowników (Šerý 1974, s. 17, 62). Udowodniono również wpływ wędrówek koczowników na sytuację epidemiologiczną malarii. Nomadzi, podczas jesiennej wędrówki z wysoko położonych letnich siedzib do zimowych, przechodzą jeszcze w porze transmisji malarii (trwającej od lipca do września lub października) przez niżej położone tereny, gdzie żyją komary *Anopheles* — nosiciele choroby. Grupa koczowników z zakażonymi osobnikami, powracając w następnym roku do siedzib letnich, może rozprzestrzenić chorobę nawet obozując z dala od osiedli, bowiem niektóre gatunki *Anopheles* przenoszące malarię potrafią przebywać znaczne odległości (Fischer 1969, s. 135 - 136). Polski lekarz, S. Tomaszunas, doradca z ramienia ŚOZ, na podstawie badań przeprowadzo-

³ Według spisu liczba ludności Afganistanu wynosi 15,5 mln. („The Kabul Times”, 3 X 1979).

nych w latach 1969-1971 w południowym i zachodnim Afganistanie wykazał decydującą rolę koczownictwa dla niepowodzenia (mimo przejściowych sukcesów) wieloletniej walki z malarią, prowadzonej energicznie w ramach ogólnonarodowego programu wykorzenienia tej choroby. Tomaszunas wysunął postulat objęcia tą akcją nomadów jako niezbędny warunek sukcesu wspomnianego programu (Tomaszunas 1972, s. 183-200). Przemieszczenia koczowników ze stadami przyczyniają się również do szerzenia antropozoonoz — chorób zwierzęcych przenoszonych na człowieka (Šery 1974, s. 48).

Rolnictwo oparte na nawadnianiu także ma duże znaczenie dla sytuacji zdrowotnej. Rozszerzanie powierzchni pól pod uprawę ryżu (przede wszystkim w północnym Afganistanie, w okolicach Kunduzu), korzystne ze względów ekonomicznych, pogarsza sytuację epidemiologiczną malarii. Ryżowiska bowiem dają świetne warunki dla lęgu komarów. Woda używana do nawadniania pól jest zanieczyszczona. Infekcje amebowe są przenoszone najczęściej przez spożywanie surowych warzyw z pól nawadnianych skażoną wodą. Do szerzenia zakażeń amebowych i bakteryjnych oraz robaczyc przyczynia się defekowanie w pobliżu pól. Ludzkich odchodów używa się często do nawożenia warzyw, stąd też glistę ludzką ma miejscami aż 90% ludności (Šery 1974, s. 48). Na wsi w mniejszości domów znajdują się suche latryny, przeważnie odgradza się dla celów higienicznych jedynie częściowo zakryte miejsce, z którego zresztą rzadko korzystają dzieci. Nieczystości przesiąkając przez glebę dostają się często do niezabezpieczonych kanałów nawadniających (*juya*). Tak powstaje krąg zakażeń.

Domy osiadłej ludności rolniczej, budowane w większości rejonów z suszonych na słońcu cegieł, posiadające małe okna i otoczone (głównie ze względów obyczajowych) wysokim, glinianym murem, są doskonale przystosowane do miejscowych warunków geograficznych (Dzięgiel 1976). Niemniej, zwyczaj sypiania latem na zewnątrz, przeważnie na płaskich dachach, zwiększa niebezpieczeństwo zakażenia chorobami przenoszonymi przez owady, zwłaszcza malarią. Jedno obejście zamieszkuje z reguły rodzina rozszerzona, przy czym poszczególne rodziny nuklearne (zależnie od stopnia zamożności) zajmują odrębne domy albo przynajmniej oddzielne izby. Zatłoczenie pomieszczeń, szczególnie zimą, kiedy mieszkańcy skupiają się wokół urządzenia ogrzewczego *sandali*, przy niedostatku higieny, sprzyja rozmnażaniu się robactwa, m.in. wszy przenoszących tyfus (Fischer 1968, s. 104). Niewystarczające dotlenienie i ogrzanie pomieszczeń mieszkalnych w miesiącach zimowych oraz skupiska kurzu, pyłu w starych domach sprzyjają szerzeniu się grzybic. Z powodu trudności opałowych, powszechnie wykorzystuje się na opał wysuszone plaćki z nawozu zwierząt domowych. Przygotowujące je kobiety i dzieci na-

rażone są na choroby zakaźne, bowiem w nawozie żyje wiele patogen-nych bakterii.

Wyżywienie ludności jest dosyć urozmaicone, choć przeciętna dieta wieśniaka nie zawiera wystarczającej ilości kalorii (Dzięgiel 1977, s. 204). W niektórych rejonach, zwłaszcza w górzystym Hazaradzacie, warzywa i owoce przez większą część roku nie są dostępne ludności, tam też stwierdzono objawy deficytu witaminy A (Šerý 1974, s. 51). Płukane w kanałach nawadniających warzywa są zanieczyszczone cystami ameby i jajeczkami robaków. Przy powszechnym skażeniu wody zwyczajem pozytywnym z epidemiologicznego punktu widzenia jest powszechne picie ulubionego napoju — herbaty. Jednakże latem często zaspokaja się pragnienie surową wodą prosto z dźwi. Zgodnie z tradycją muzułmańską za zdrową do picia uważa się wodę bieżącą, która, nawet zanieczyszczona, ulega jakoby oczyszczeniu po przepłynięciu kilku metrów. Ponadto ludność preferuje wodę z kanałów także z tego względu, że woda pochodząca ze studni ma często dużą zawartość soli⁴. Opisane praktyki w dużym stopniu podnoszą wskaźnik chorób przewodu pokarmowego, szczególnie niebezpiecznych dla małych dzieci.

Mięso jedzone jest przez większość ludności wiejskiej nieregularnie, zwykle nie częściej niż raz w tygodniu. Ponieważ konsekwentnie przestrzegany jest muzułmański przepis zabraniający jedzenia wieprzowiny, nie występuje trychinoza. Korzystny dla zdrowia ludności jest też zakaz spożywania mięsa zdechłych zwierząt. Preferowana jest baranina, która zawiera mniej niż inne rodzaje mięs stadiów rozwojowych pasożytów przenoszonych przez zwierzęta⁵. Pozytywny według zasad nowoczesnej higieny żywienia jest zwyczaj silnego przypiekania mięsa. Dzięki temu, że zboże mieli się w prymitywnych młynach, mąka zawiera wiele protein, witamin i soli mineralnych. Korzystnie wpływa również na stan zdrowotny ludności przestrzeganie islamicznego zakazu picia alkoholu. Alkohol zyskał sobie ostatnio pewną popularność jedynie w wyższych kręgach społecznych, i to głównie w miastach.

Na dietę ludności wiejskiej oddziałuje w pewnym stopniu powszechnie znana, stara koncepcja pożywienia, temperamentów, chorób i leków „gorących” (*garm*) i „zimnych” (*xonuk*). Została ona przejęta ze starożytnej medycyny greckiej i rozwinięta przez muzułmańską medycynę „arabską” (tj. pisaną w języku arabskim). W Afganistanie grunt dla niej

⁴ Poza tym budowane w ramach programu rozwoju wsi głębokie do 6-12 m studnie z ręcznymi pompami służyły ludności przeciętnie tylko 8 miesięcy (Šerý 1974, s. 52).

⁵ Jednakże wraz z coraz większym rozpowszechnieniem rzadko dawniej spożywanej wołowiny, nastąpił wzrost zachorowań na tasiemca wołowego (Fischer 1968, s. 126).

przygotowały prawdopodobnie idee ajurwedyckiej medycyny indyjskiej. Omawiana koncepcja zakłada równowagę elementów „gorąca” i „zimna” w organizmie jako warunek zdrowia, a dla przywrócenia zachowanego *aequilibrium* zaleca stosowanie diety i leków o własnościach przeciwnych. Ponadto poleca spożywanie potraw „gorących” zimą, a „zimnych” w okresie letnim, biorąc także pod uwagę cechy temperamentu danego człowieka. Jednakże ludzie zdrowi nie przestrzegają na ogół tych zasad. Natomiast dieta oparta na koncepcji „gorąca” i „zimna” jest ściśle przestrzegana w wypadku choroby oraz w okresie poporodowym. W tym czasie kobiecie podaje się wyłącznie pożywienie „gorące” — jajka, potrawy mięsne, a więc produkty wysokokaloryczne, rzeczywiście korzystne dla wzmocnienia organizmu⁶.

Karmienie dziecka piersią przez matkę powinno według przepisów Koranu trwać 2 lata, jednakże, jak stwierdziłam w terenie, często przeciąga się jeszcze dłużej, do 2,5 — 3 lat⁷, chyba że kobieta wcześniej zajdzie ponownie w ciążę. Zdaniem lekarzy tak długie karmienie dziecka prawie wyłącznie mlekiem matki nie jest korzystne dla jego zdrowia, tym bardziej, że nie odbywa się regularnie. Ale najbardziej niebezpieczny jest dla zdrowia dziecka okres bezpośrednio po odstawieniu od piersi matki. Podczas kilkudniowego odzwyczajania dziecka od pokarmu naturalnego daje mu się głównie słodczyce, by nie płakało. Później nie przygotowuje się specjalnych potraw dla dziecka, jest ono w zasadzie pozostawione samemu sobie. M. A. Pakmal (1975/76, s. 33) pisze, że wskutek braku u kobiet wiejskich jakiegokolwiek wiedzy o potrzebach wyżywieniowych małego dziecka, prawie wyłącznym jego pokarmem jest chleb. Oczywiście, tak monotonne pożywienie nie zaspokaja potrzeb rozwijającego się organizmu, osłabia jego odporność.

Zakazując picia alkoholu, islam nie wzbrania swym wyznawcom używania tytoniu i narkotyków (haszysz, opium). W Afganistanie palenie tytoniu albo haszysz w fajkach wodnych, zwanych *čelam*, jest bardzo popularne. Na wsi często palą także kobiety, zwłaszcza gdy spotykają się w gronie krewnych i sąsiadek; *čelam* krąży wtedy z rąk do rąk. Lekarz z Kajsaru utrzymywał, że nawyk ten jest przyczyną częstych schorzeń astmatycznych. Wieśniacy chętnie żują sproszkowany tytoń — *naswār*, *nās*. Niektórzy lekarze wskazują na dość częste przypadki występowania raka jamy ustnej i przewodu pokarmowego u osób żujących *nās*. Jednakże niebezpieczeństwo zachorowania zmniejsza religijny obyczaj prze-

⁶ Szczegółowe omówienie koncepcji „gorąca” i „zimna”: Penkala 1979, 1980.

⁷ Dziewczynki są zazwyczaj później niż chłopcy odstawiane od piersi. Informatorki tłumaczyły, że chłopiec, gdy dorośnie, będzie miał ziemię i pozycję, więc dziewczynce należy wynagrodzić jej, w przyszłości gorsze, położenie.

płukiwania ust przed modlitwą. Przepisane przez islam ablucje poprzedzające pięciokrotne w ciągu dnia modły mają duże znaczenie higieniczne, jednakże zwykle służy do nich zanieczyszczona woda. Nakazy higieny rytualnej nie zawsze też są ściśle przestrzegane, nie obowiązują dzieci, niemniej niewątpliwie mają znaczny, pozytywny wpływ na stan zdrowotny ludności (Dzięgiel 1978).

Islam wymaga od swych wyznawców przestrzegania czystości przedmałżeńskiej i małżeńskiej wierności. Heteroseksualna prostytutka nie była nigdy rozpowszechniona w Afganistanie, a choroby weneryczne (przede wszystkim kiła) częściej szerzyły się przy stosunkach homoseksualnych. Badania wykazały, że zakażony we wczesnej młodości mężczyzna, jeśli nie został wyleczony, żenił się zwykle w stadium nieinfekcyjnym choroby, ponieważ dopiero w późniejszym wieku był w stanie zapłacić tradycyjny *mahr* za żonę. Dlatego kobiety rzadko dotknięte są chorobami wenerycznymi (Šerý 1974, s. 55 - 56).

W społecznościach wiejskich Afganistanu, zgodnie z tradycją muzułmańską, kobieta jest silnie podporządkowana mężczyźnie. Jej życie upływa w żeńskiej części domostwa, a wychodząc — za zezwoleniem męża — z domu, wkłada *čādri* — strój okrywający ją od stóp do głów. Jedynie kobiety z grup koczowniczych i w niektórych osiadłych społecznościach rolniczych w biedniejszych regionach nie zasłaniają twarzy. Tak jest na przykład w ubogim Hazaradzacie, gdzie można obserwować kobiety pracujące w polu. Lekarze stwierdzają, że tryb życia większości kobiet, wśród pyłu i kurzu w niedotlenionych domach, sprzyja ich zapadaniu na gruźlicę, będącą obecnie jednym z największych problemów zdrowotnych w Afganistanie (Fischer 1968, s. 116). Często jest wśród kobiet osteomalacja (rozmiękczenie kości) występująca przede wszystkim podczas ciąży, a spowodowana deficytem witaminy D (Canfield 1976, s. 104, 106). Zbyt wczesne wydawanie dziewcząt za mąż, liczne ciążę, powodują wyniszczenie i przedwczesne starzenie się kobiet. Według obliczeń lekarzy kobieta afgańska rodzi przeciętnie siedmioro dzieci (Šerý 1974, s. 11). Często, zwłaszcza u bardzo młodych kobiet, zdarzają się poronienia. Indagowane kobiety niekiedy nawet nie pamiętają ich liczby. Członkowie ekipy przeprowadzającej badania w tadżyckiej wiosce Ri-Jang w północnym Afganistanie stwierdzili, że wiele kobiet rodzi najpierw dwoje, troje słabych dzieci, które zwykle umierają, a później dopiero dzieci zdrowe (Services... 1973, III, s. 138 - 139). Tradycyjny poród odbywa się w domu, w warunkach ahigienicznych, z pomocą starszych, doświadczonych kobiet z rodziny położnicy oraz miejscowej specjalistki zwanej *dāya*, *dāyi* (niekiedy jest ona wzywana tylko w wypadku trudnego porodu). Powszechnie przyjęta pozycja kuczna przy porodzie przyczynia się, zdaniem lekarzy, do przedwczesnych urodzeń i poważnych pęknięć krocza. Wyso-



Ryc. 1. Tadzyczki z Tala. Z lewej dziecko szczelnie zawinięte w kołysce (gawāra).
Fot. M. Bero.

ka jest nadal śmiertelność kobiet przy porodzie. Czterdziestodniowy okres połogu (*čilla*) uważany jest za szczególnie niebezpieczny dla zdrowia matki i dziecka. Choć specjalne środki ostrożności podejmuje się dla ochrony przed urokiem, złymi duchami, obyczaj ten jest korzystny dla zdrowia kobiety, bowiem pozostaje ona pod opieką „akuszerki” i zabrania się jej wykonywania niektórych prac domowych.

Tradycyjna opieka nad nowonarodzonym dzieckiem również pozostawia wiele do życzenia pod względem higieny. Niesterylne odcięcie pępowiny powoduje wypadki teżca, niemowlę jest zbyt rzadko kąpane, szko-

dłwie jest przegrzewanie dziecka szczelnie zawiniętego w powijaki. Po kilku dniach dziecko zostaje umieszczone w kołysce, gdzie leży nieruchomo, ściśle przywiązane. Przez specjalną drewnianą lub glinianą rurkę (*neyčak*), przymocowaną do narządów płciowych dziecka, odprowadza się moc. Powoduje to często stany zapalne i choroby dróg moczowych.

Tradycyjnego obrzezania chłopców (*sunnat*) dokonuje się najczęściej w 1 - 2 roku życia, ale czasami i w późniejszym wieku. Wprawdzie Koran nie nakazuje obrzezania, ale zachował się przekaz przypisywany Pro-
roкови Muhammadowi, że jest ono obowiązujące dla mężczyzn. Obrzezaniem zajmują się przeważnie golarze (*dallāk*) — jedna z grup zawodowych o najniższym statusie społecznym⁸. Obrzezanie prowadzi niekiedy do zakażenia, zdarza się jednak obecnie, że golarz stosuje przy tej operacji środek aseptyczny, np. spirytus.

Generalnie, stan zdrowia dzieci afgańskich jest niezadowolający. Śmiertelność niemowląt osiągała dawniej 50% i więcej. W roku 1963 obliczana była przez zagranicznych obserwatorów na 15 - 30% (Fischer 1968, s. 128 - 129). Jednakże w 1969 roku Medical Assistance Program opublikował dane z czteroletnich badań nad śmiertelnością dzieci do 5-go roku życia przeprowadzonych w 5 prowincjach Afganistanu. Wskaźnik śmiertelności wyniósł przeciętnie 49,5%, a w Hazaradzacie aż 50,4% (Canfield 1976, s. 106). Przyczyną tak wysokiego wskaźnika są choroby zakaźne wieku dziecięcego. Ponieważ organizm dziecka jest często osłabiony wskutek niedożywienia i powszechnych dolegliwości przewodu pokarmowego, choroby zakaźne, takie jak odra, koklusz, mają ciężki przebieg i nierzadko kończą się śmiercią. Pokaźne żniwo zbiera gruźlica, którą według ostatnich danych jest zakażone prawie 30% dzieci w grupie wiekowej 0 - 14 lat („The Kabul Times”, 13 XI 1979).

Niektóre spośród praktyk medycyny tradycyjnej są z punktu widzenia medycyny naukowej szkodliwe dla zdrowia ludności (choć generalnie są one efektywne — tylko jako takie mają szanse przetrwania). Pewne praktyki, choć skuteczne, mogą mieć szkodliwe działania uboczne — np. upuszczanie krwi, kauteryzacja, czy zawijanie w skórę świeżo zabitego zwierzęcia. W tym ostatnim wypadku istnieje niebezpieczeństwo przeniesienia chorób zwierzęcych (Fischer 1974, s. 62). Ponadto niesterylne przeprowadzanie niektórych zabiegów, np. wyrywania zębów, przyczynia się do niebezpiecznych zakażeń. Są i takie metody medycyny tradycyjnej, które pełnią dwojaką rolę z punktu widzenia epidemiologii. Jako dobry przykład może posłużyć od dawna stosowane w Afganistanie szczepienie

⁸ Schurmann (1962, s. 227) uznaje ją za bliską grupie etnicznej. W okolicach Kajsaru specjalistami od obrzezania byli kowale — Hajdarowie, odrębna grupa endogamiczna o bardzo niskim statusie społecznym (Jasiewicz 1978, s. 40 - 41).

przeciw ospie polegające na wprowadzeniu pod skórę zawierającego wirusy materiału pobranego z krost człowieka chorego. Tę starą technikę praktykowano w Afganistanie jeszcze do ostatnich lat, póki zdarzały się epidemie ospy. Stanowiła ona ważny czynnik rozprzestrzeniania się ospy — według danych SOZ z roku 1970, 18 spośród 57 epidemii (czyli ok. 32%), które wybuchły po ustanowieniu programu zwalczania ospy, miało źródło w tradycyjnym szczepieniu. Osoby szczepione, przechodząc chorobę łagodnie, podróżowały i kontaktowały się ze zdrowymi (Šerý 1973, s. 107). Ale z drugiej strony, jak potwierdzili lekarze, dokonywane tylko raz w życiu, w dzieciństwie, szczepienie zapewniało odporność na całe życie, w przeciwieństwie do nowoczesnej szczepionki.

Wraz z postępującymi stopniowo procesami modernizacyjnymi obniża się wskaźnik zachorowań na pewne choroby, natomiast stają się problemem inne, zmieniają się również czynniki wywołujące choroby. Dzięki rozwinętym akcjom szczepień ospa została wyeliminowana⁹, zmalała w Afganistanie groźba cholery. Jednakże rozwój komunikacji samochodowej przyczynił się do szybszego szerzenia się chorób zakaźnych. Na przykład epidemia cholery w 1965 roku, przyniesiona przez pielgrzyma wracającego z Mekki szerzyła się w szybkim tempie od Andchoj na wschód (do Kabulu) i na zachód głównym szlakiem komunikacyjnym. Jeśli ktoś zachoruje z dala od domu, jest pospiesznie przewożony do miejsca zamieszkania, by w razie śmierci być blisko miejsca pogrzebania przodków (Wilber 1956, s. 317). Komunikacja samochodowa występuje więc coraz częściej w roli przenosiiciela epidemii karawany koczowników. Postępujący w ostatnich latach wzrost zachorowań na rzeżączkę wiąże się również z rozwojem komunikacji i ważnych węzłów komunikacyjnych, gdzie szerzy się prostytucja homoseksualna oraz, dawniej prawie nieznaną, heteroseksualną (Šerý 1974, s. 65).

Rozwojowi szkolnictwa towarzyszą nowe problemy zdrowotne. W szkołach wiejskich, często pozostawiających wiele do życzenia pod względem higieny, dochodzi do epidemicznego szerzenia się wielu zakaźnych chorób dziecięcych. Plagą stał się dyfteryt, rozprzestrzeniają się zakaźne choroby przewodu pokarmowego, zwłaszcza robaczyce.

Przytoczone przykłady pokazują, że przemiany modernizacyjne mają niekiedy uboczne skutki niebezpieczne z punktu widzenia epidemiologii i rodzą nowe problemy zdrowotne.

⁹ Niedawno epidemiolodzy SOZ, stwierdziwszy, że na kuli ziemskiej nie notuje się przypadków ospy, wyrazili przypuszczenie, że choroba ta przestała już istnieć (uzyskanie pewności wymaga braku zachorowań w ciągu dostatecznie długiego, wieloletniego okresu).

2. SPOŁECZNO-KULTUROWE UWARUNKOWANIA PRZEOBRAŻEŃ W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA W AFGANISTANIE

Wiedza o roli czynników społeczno-kulturowych w etiologii chorób jest niezbędna przy programowaniu przez powołane do tego instytucje wszelkich akcji profilaktycznych. Natomiast sukcesy bądź niepowodzenia realizowanych programów zdrowotnych — profilaktycznych i leczniczych — zależą w ogromnej mierze od rozpoznania kultury danej społeczności i odpowiedniego wykorzystania tej wiedzy. Podejmowane przez państwo akcje mające na celu polepszenie sytuacji zdrowotnej spotykały się często z nieufnością i niechęcią ludności, bowiem nie respektowały tradycyjnych reguł kulturowych. Szczególne znaczenie ma znajomość reguł i praktyk tradycyjnej medycyny oraz pozycji jej przedstawicieli w danej społeczności.

Wkraczanie do lokalnej społeczności wiejskiej w Afganistanie przedstawicieli nowoczesnej medycyny nie eliminuje zastanego systemu tradycyjnej opieki zdrowotnej. Powiększa się jedynie skala możliwości wyboru, a w sytuacji dużej konkurencji miejscowych specjalistów nielatwym zadaniem lekarza jest zdobycie zaufania ludności.

Potrzeby zdrowotne ludności wiejskiej do niedawna całkowicie zaspokajała stosunkowo silnie rozwinięta medycyna tradycyjna. W Afganistanie, podobnie jak w Indiach czy Chinach, obok leczenia, którego reguły przekazywane są drogą ustną (medycyna „tradycyjno-ustna”) żywotna jest także medycyna tradycyjna bazująca na przekazie pisemnym (medycyna „tradycyjno-pisemna”) ¹⁰. Ta ostatnia jest dziedzictwem dawnych wielkich systemów medycznych, przede wszystkim indyjskiego, greckiego i arabskiego. Reprezentują ją we współczesnym Afganistanie profesjonaliści zwani *hakim* albo *tabib*, niekiedy wykształceni w Indiach bądź Pakistanie. Oprócz nich działa wielu przedstawicieli medycyny tradycyjno-ustnej, nieprofesjonalnej, a więc cała rzesza starszych, doświadczonych (kobiet leczących w domu i sąsiedztwie oraz „specjaliści” (dla których działalność medyczna jest z reguły zajęciem dodatkowym). Spośród nich wymienimy „nastawiaczy” kości (*šekastaband*), ziołarzy (*attār*), golarzy (*dallāk*) zajmujących się upuszczaniem krwi i wyrywaniem zębów, specjalistów od wyciągania jadu żmii i skorpiona (*zahrkeš*). Przedstawiciele praktyki religijnej — mułlowie i derwisze — stosują magiczno-religijne sposoby leczenia: „oczytują” chorych cytatami z Koranu, wypisują amulety *tumār*, *ta’wiz*. Za szczególnie predestynowanych z racji urodzenia do tego rodzaju praktyk uważani są saidzi, jako potomkowie

¹⁰ Powyższe terminy stosuję za J. W. Bromlejem i A. A. Woronowem (1976, s. 3-18). Odpowiadają one przyjętemu przez Ch. Leslie (1976, s. 2-3), w nawiązaniu do klasyfikacji Redfielda, rozróżnieniu między „małą” i „wielką” tradycją medyczną.



Ryc. 2. Wędrowni sprzedawca leków na bazarze w Kajsarze i jego klientela.
Fot. M. Bero.

Proroka. Saidzi i mułlowie oraz hakimowie cieszą się wielkim szacunkiem ludności.

Jak przedstawia się sytuacja medycyny nowoczesnej, naukowej w Afganistanie? Jej wprowadzanie datuje się od lat 20-tych (okres reform króla Amanullaha). W latach 20-tych i 30-tych sprowadzono do kraju lekarzy z Europy, Turcji i Indii. Fakultet medyczny w Kabulu powstał już w 1932 roku, stając się zaczątkiem Uniwersytetu Kabuńskiego. W latach 60-tych wydział medycyny Uniwersytetu Kabuńskiego opuszczało około 100 osób rocznie, a po utworzeniu w 1963 r. filii w Dżalalabadzie — jeszcze blisko 40. W 1966 roku na 655 studentów medycyny w Kabulu przypadało 111 kobiet. W latach 1938 - 1967 studia medyczne ukończyło 758 młodych lekarzy obu płci, ale wielu z nich zaniechało uprawiania zawodu (Fischer 1968, s. 87). W 1977 roku szacowano liczbę lekarzy (zatrudnionych w służbie państwowej) w Afganistanie na 719 osób (*Statistical Yearbook* 1978, s. 895), a więc jeden lekarz przypadał na ok. 21 tys. mieszkańców. Przy tym ich rozmieszczenie jest bardzo nierównomierne: w 1969 r. przy krajowej przeciętnej 1 lekarz na 22 - 23 tys., w Kabulu przypadał jeden na 950 mieszkańców (Fischer 1975, s. 381). Natomiast w odległych, górskich regionach niekiedy jedyny lekarz pracował w stolicy prowincji. Absolwenci niechętnie udają się na wieś, gdzie wyposażenie placówek służby zdrowia jest zazwyczaj prymitywne, liczba pacjentów ogromna, a pracę utrudniają duże odległości i złe drogi. Ponadto brak jest rekompensaty finansowej. Kobiety-lekarki, jeśli nawet po

wyjściu za mąż nie zarzuca zawodu, z reguły pozostają w Kabulu, bądź w innym dużym mieście, np. Mazar-i Szarif. Podobna jest sytuacja pielęgniarek i położnych. Kobiety bowiem ze względów obyczajowych nie mogą pracować w placówkach zdrowotnych na prowincji.

W ciągu ostatnich dziesięcioleci tak w miastach, jak i na wsi powstały liczne szpitale, pozostające pod kontrolą Ministerstwa Zdrowia. Według danych z 1976 roku było wówczas w Afganistanie 55 szpitali z łączną liczbą łóżek 2.914 (*Statistical Yearbook* 1978, s. 895). W każdej prowincji Afganistanu jest przynajmniej jeden szpital, choć często niewielki, z 10 - 20 łózkami. Wyposażenie starszych szpitali jest prymitywne, a i nowszych zwykle niewystarczające. W małych wioskach jest niekiedy niewielki budynek pełniący rolę przychodni, gdzie urzęduje lekarz, a częściej felczer i pielęgniarz. W niektórych trudno dostępnych rejonach nie ma w ogóle przedstawicieli służby zdrowia. W Kajsarze (w północno-zachodnim Afganistanie) latem 1976 roku budynek szpitalny i nowa przychodnia były w trakcie budowy trwającej już od trzech lat. W Najaku (Hazaradzat), gdzie istnieje postawiony przez misję amerykańską kompleks budynków, w których możliwa byłaby hospitalizacja chorych, z braku personelu i wyposażenia urządzona była jedynie przychodnia. Akcje budowy i wyposażania placówek służby zdrowia na wsi afgańskiej z reguły były przedsięwzięciami modernizacyjnymi podejmowanymi przez państwo, bez pomocy ludności miejscowej. Wyjątkowym przypadkiem jest centrum zdrowia w Arczi w północnej części kraju, wybudowane za pieniądze miejscowej ludności, która zgodziła się na potrącanie niewielkiego procentu z sum uzyskiwanych ze sprzedaży bawełny. W latach 1966 - 1973 zebrano wystarczającą ilość pieniędzy i już w 1974 roku oddano do użytku 20-łóżkowy szpital i przychodnię z nowoczesnym wyposażeniem (Zair 1974, s. 54).

Nowe władze Demokratycznej Republiki Afganistanu zdają się przywiązywać dużą wagę do rozwoju służby zdrowia. Wśród „Podstawowych Zasad DRA”, będących zarysem przyszłej konstytucji, przyjętych przez Radę Rewolucyjną 14 kwietnia br. („Kabul New Times”, 20 - 21 IV 1980) są również artykuły (art. 26 i 29, rozdz. 1) zapewniające społeczeństwu prawo do ochrony zdrowia, szczególnie matek i dzieci i zapowiadające podjęcie przez rząd wysiłków dla polepszenia i rozbudowy placówek służby zdrowia.

Jednakże w zakresie opieki medycznej podstawowego szczebla widoczne są w kraju duże zaniedbania¹¹. Wskutek niedostatku personelu i bazy materialnej korzystanie ludności wiejskiej z pomocy lekarskiej

¹¹ Jest to powszechna sytuacja w krajach tzw. Trzeciego Świata, gdzie próbuje się przeszczepiać formy organizacyjne medycyny nowoczesnej bez dostosowania ich do lokalnych warunków.

jest utrudnione. Na przykład w górskim Hazaradzacie chorzy muszą często przebywać znaczne odległości pieszo, konno bądź na osle, by dotrzeć do najbliższego lekarza. Ale do tych przeszkód dochodzą, bodaj trudniejsze do pokonania, bariery świadomościowe. Zarówno świadomość zdrowotna ludności wiejskiej, jak i reguły obyczajowe mają oparcie w religii muzułmańskiej. Ta sytuacja wpływa na wybór dokonywany spośród dostępnych metod leczenia.

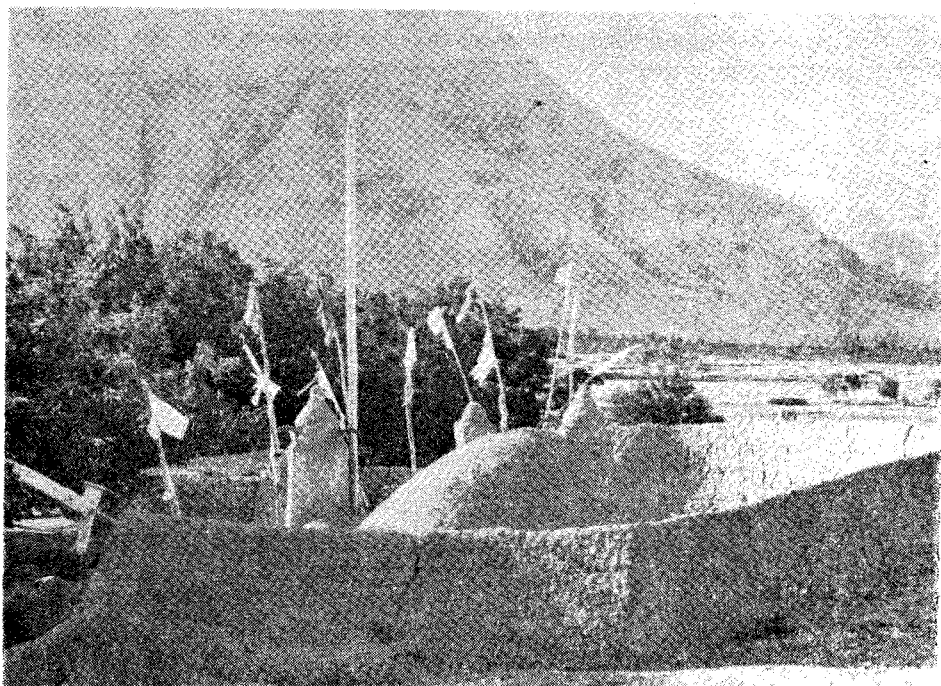
Omówimy szerzej niektóre spośród kulturowych czynników decydujących o preferencjach ludności wiejskiej co do rodzaju pomocy zdrowotnej.

Na wybór metod leczenia wpływają w dużym stopniu przekonania religijne (zwłaszcza należące do warstwy tzw. „islam ludowego”). Wielu chorobom przypisuje się nadnaturalne przyczyny. Ludność wierzy, że choroby mogą spowodować złe duchy (*jinn*, l. mn. *ajinna*) i „złe oko” (*čašm-e bad*), czyli rzucenie uroku. Bardzo często tym złym siłom przypisuje się spowodowanie bezpłodności kobiet oraz komplikacji przy porodzie. Dżinny i „złe oko” czyni się też odpowiedzialnymi za choroby małych dzieci. Ingerencją złych duchów są powszechnie tłumaczone choroby nerwowe i psychiczne. Także ukąszenie węża albo skorpiona uważa się często za skutek działalności dżinnów (Einzmann 1977, s. 94). W przypadkach, kiedy wierzy się w nadnaturalne przyczyny choroby, za jedynie skuteczne uznawane są środki magiczno-religijne. Należą do nich przede wszystkim amulety, modlitwy i „oczytywanie” chorego przez mułłę oraz pielgrzymki do grobowców świętych (*ziyārat*)¹². O silnej waloryzacji religijnej tych praktyk leczniczych świadczą wypowiedzi informatorów, że np. dla efektywnego działania amuletów niezbędna jest wiara chorego, niewierzącym nie mogą one pomóc. W opisanych przypadkach szczególnie trudne jest wkroczenie medycyny nowoczesnej. Niemniej, niekiedy stosuje się kombinowane metody leczenia — próbuje się środków domowych, ziół od *hakima*, albo prosi się o pomoc lekarza, a obok tego stosuje się oczytywanie chorego i okurzanie go dymem dzikiej ruty (*espan*, *Peganum harmala*), odganiającym jakoby dżinny¹³.

Spośród innych przyczyn chorób często wymienia się przewagę „gorąca” albo „zimna” w organizmie. Na przykład malaria i reumatyzm uważane są za „zimne” choroby. Istnieją też odrębne jednostki chorobowe — *garmi* („gorąco”) i *xonuki* („zimno”) o specyficznych, przypisywanych im powszechnie objawach. W wypadku choroby „zimnej” za-

¹² Pielgrzymki podejmuje się przy wszelkich chorobach; niekiedy istnieją „specjalizacje” poszczególnych ziyaratów. Zob. Einzmann 1977, s. 93-94, Dupree 1976.

¹³ Interesujący przykład połączenia różnych metod leczenia w przypadku chorego (prawdopodobnie na zapalenie płuc) uzbeckiego dziecka z Kunduz podaje A. Shałimsky (1980, s. 196-198).



Ryc. 3. *Ziyarat* — grobowiec lokalnego świętego w Tala. Fot. M. Gawęcki.

leca się rozmaite środki „gorące” — odpowiednią dietę, zioła, fizykoterapię. Odwrotnie, jeśli choroba uznana jest za „gorącą”. Ponadto panuje przekonanie, że leczeniu właściwie każdej choroby, jako zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, powinna towarzyszyć specjalna dieta. Dlatego pacjenci często sami proszą lekarza o przepisanie diety i są zawiedzeni, jeśli takich zaleceń nie otrzymują.

Brak wiedzy o przenoszeniu chorób drogą infekcji¹⁴ jest poważną przeszkodą w walce z chorobami zakaźnymi. Nie ma zwyczaju izolowania chorych. Odrę, ospę i koklusz uważano za choroby, przez które każdy musi przejść. Badania przeprowadzone w uzbecko-turkmeńskiej wsi Sansiz w północnym Afganistanie wykazały, że jedynie nieliczni jej mieszkańcy o wykształceniu ponadpodstawowym mieli niejasne wyobrażenie o tym, że pewne choroby są spowodowane przez zanieczyszczoną wodę, brudne owoce i przez owady. Tadźycy z Ri-Jang mówili o mikrobach jako niewidzialnych żyjątkach, ale nie znali ich związku z chorobami. Nie zdawali też sobie sprawy z zależności między brudem i robactwem a zachorowaniami (*Services* ... 1973, II, s. 204, III, s. 142, 151).

¹⁴ Mimo, iż według pewnych tradycji Prorok Muhammad wypowiadał się o możliwości zakażenia niektórymi chorobami, np. trędą i dżumą (Recep 1969, s. 18).

R. Canfield (1976, s. 109) podkreśla, że lęk przed chorobą wzmagany jest przez niedostateczną świadomość zdrowotną ludności. To przyczynia się do szukania pomocy, wsparcia duchowego i emocjonalnego u przywódców religijnych — mułłów. Niezależnie od tego, czy słuszne jest takie psychologistyczne tłumaczenie przyczyn popularności przedstawicieli religii jako uzdrowicieli¹⁵, pozostaje faktem, że tak oni, jak i hakimowie, cieszą się poważaniem i zaufaniem członków społeczności lokalnej. Są im bliscy w sensie przestrzennym, społecznym i psychologicznym — są dobrze znani, poświęcają choremu dużo czasu i uwagi, potrafią zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa. Stosują metody leczenia, do których miejscowi pacjenci odnoszą się ze zrozumieniem.

Natomiast przedstawiciel medycyny nowoczesnej jest z reguły kimś obcym, spoza społeczności. Lekarz zwykle nie ma czasu, by poświęcić pacjentowi wiele uwagi, nie wyjaśnia choroby w terminach zrozumiałych dla chorego. Nieznane, budzące często opory, są nowoczesne metody stawiania diagnoz i leczenia. Chory zostaje pozbawiony poczucia bezpieczeństwa i oparcia, jakie daje mu społeczność, w której żyje, tym bardziej jeśli zmuszony jest jechać do innej, odległej nieraz miejscowości. Toteż chorzy ze wsi niechętnie poddają się hospitalizacji, zwłaszcza w dużych miastach. Mieszkańcy Sansiz, którzy byli pacjentami szpitala w Mazar-i Szarif, wyrażali na ogół niezadowolenie z pobytu w obcych im warunkach i nie chcieli powtórzyć tego przykrego doświadczenia (*Services* ... 1973, II, s. 210).

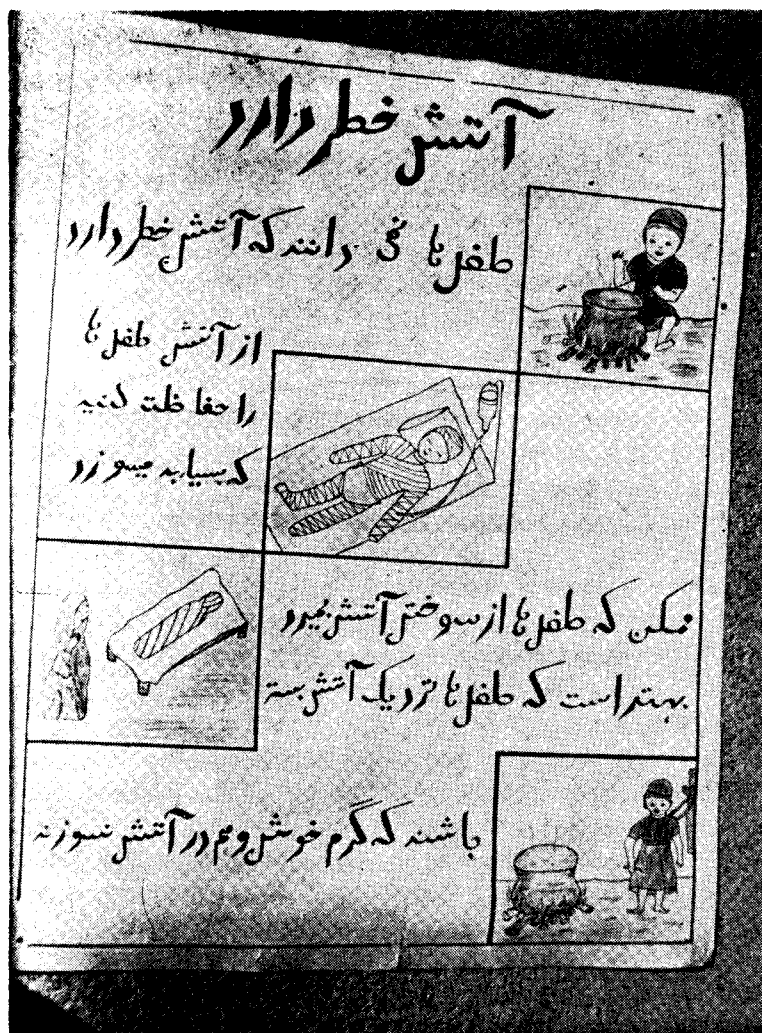
Opisane powyżej bariery rosną jeśli leczona jest kobieta. Otoczenie nowoczesną opieką zdrowotną kobiet wiejskich w Afganistanie jest poważnym problemem przy braku żeńskiego personelu służby medycznej na prowincji. Izolacja kobiet stanowi znaczną przeszkodę w zwalczaniu czy zapobieganiu epidemiom. Ponieważ obcy mężczyźni nie mogą wchodzić do żeńskiej części domu, działalność męskich ekip dokonujących szczepień nigdy nie była w pełni skuteczna. Konieczne było zatem tworzenie ekip mieszanych, najczęściej z udziałem cudzoziemek, bowiem większość kobiet tutejszych wzdragała się przed podróżowaniem po wsiach w towarzystwie nie spokrewnionych z nimi mężczyzn oraz przed wejściem do obcego domu. Chore kobiety mają wiele oporów przeciw udaniu się do lekarza — mężczyzny, obawiają się także nagany opinii publicznej. Niemniej, pacjentek wciąż przybywa. Przed poradnią w Kajsarze obserwowaliśmy codziennie wiele kobiet w czadorach, zwykle z dziećmi (jedyńy lekarz przyjmował ogółem 30–50 pacjentów dziennie). Również lekarz naszej wyprawy przyjmował wiele chorych kobiet. Jednak zazwy-

¹⁵ Jak wspomniano, w świadomości wieśniaków mułła czy said jest tym, który jest w stanie wyleczyć choroby spowodowane przez dżinny albo „złe oko”.

czaj wywiad odbywał się za pośrednictwem męża albo ojca pacjentki, a diagnoza musiała być postawiona właściwie bez badania.

Trudne do przezwyciężenia przeszkody w leczeniu kobiet szczególnie jaskrawo uwidaczniają się w dziedzinie opieki nad kobietą w ciąży i podczas porodu. W przypadku bezpłodności, uważanej za wielkie nieszczęście i hańbę, kobiety uciekają się do wszelkich dostępnych środków, a więc, jeśli zawiodą metody medycyny tradycyjnej, trafiają nieraz do lekarza. Natomiast przy porodzie kobiety wiejskiej niemal nigdy nie jest obecny lekarz ani wykwalifikowana położna¹⁶. Lekarz z Kajsarū poinformował mnie, że mieszkańcy tej miejscowości i okolicznych wsi nigdy nie zwracają się do niego o pomoc przy porodzie. Czasem w przypadku trudnego porodu do lekarza zgłasza się mąż położnicy, a on daje jedynie odpowiednie leki, bowiem nie zezwala się na obecność mężczyzny przy porodzie. W tej samej miejscowości mąż kobiety, która miała komplikacje przy porodzie, poprosił o pomoc lekarza naszej ekspedycji. Wywiad prowadzony był za pośrednictwem męża i obecnych w izbie starszych kobiet, a lekarzowi nie pozwolono nawet dotknąć chorej. Proponowano jedynie tłumacze albo autorce zbadanie brzucha kobiety poprzez suknię. Przyczyną takiej postawy jest przede wszystkim przepis islamu zabraniający ukazywania komukolwiek części płciowych ciała. *Dāya* jedynie w wypadku trudnego porodu przeprowadza dokładniejsze badanie położnicy. Nawet kobietom-lekarkom wchodzącym w skład ekipy badawczej działającej w Sansiz i Ri-Jang nie zezwalano nigdy na obecność przy normalnie przebiegającym porodzie. Jedynie wtedy, gdy były komplikacje, proszono je o pomoc, np. w Ri-Jang, kiedy przez 20 godzin po porodzie położnica nie wydała łożyska. W trakcie operacji wyjęcia łożyska jedna z krewnych pacjentki pozostała w izbie, ale odwrócona tyłem. Wszystko wskazywało na to, że już samo ułożenie chorej na plecach jest dla obecnej nienaturalne i niesmaczne. Przyglądała się jedynie zastrzykowi antybiotycznemu po operacji i wkrótce cała wieś wiedziała, że to zastrzyk zaradził komplikacjom (*Services ...* 1973, II, s. 196, III, s. 137-138). Kobiety wzbraniają się przed rodzeniem w szpitalu, bowiem zmuszone są tam przyjmować pomoc lekarza-mężczyzny, akceptować obcą im pozycję leżącą przy porodzie. Ponadto pozbawione są podtrzymującej je psychicznej atmosfery, stwarzanej przez obecne podczas porodu starsze, doświadczone kobiety. Badania Pameli Hunte wykazały, że afgańskie *dāya* to zwykle kobiety o specyficznych cechach osobowości. Energiczne i wesołe, pomagają rodzącej przezwyciężyć strach,

¹⁶ Nawet w Kabulu około 1968 roku 30% porodów odbywało się w szpitalu, 20% z pomocą położnej w domu, a 50% kobiet rodziło bez fachowej pomocy (Fischer 1968, s. 92).

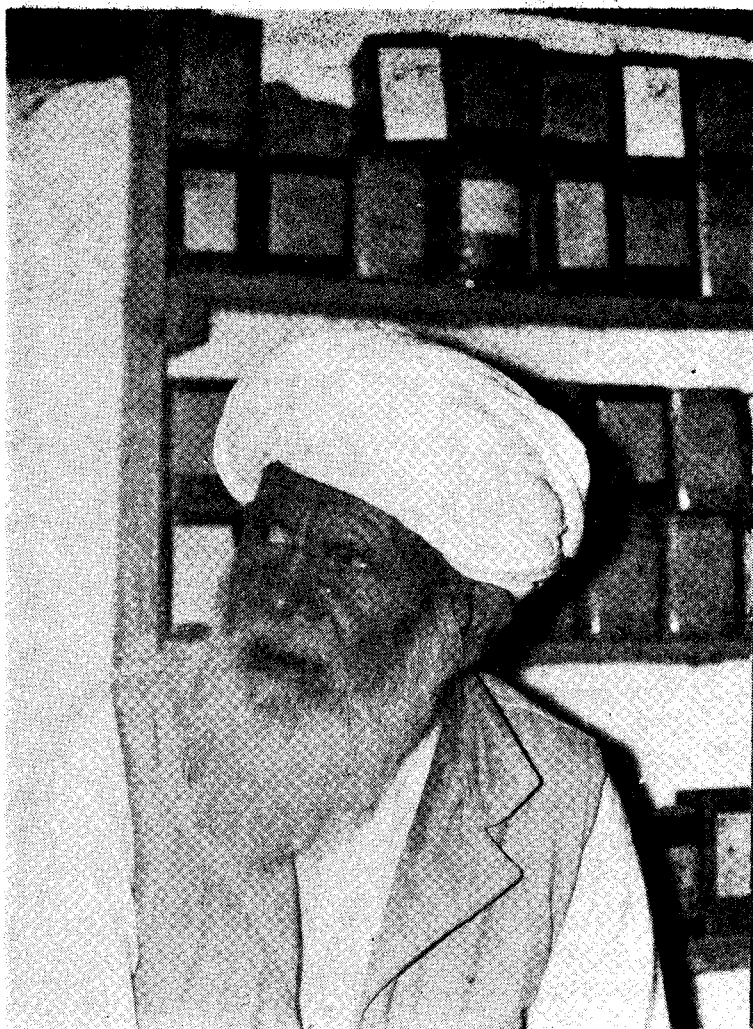


Ryc. 4. Plakat z przychodni w Najaku ostrzegający przed niebezpieczeństwem poparzenia dzieci. Fot. M. Gawęcki.

pobudzają ją do śmiechu opowiadając różne zabawne historyjki (Dunpre 1977, s. 11).

Ponieważ do kobiety należy zazwyczaj przyprowadzanie do poradni czy szpitala dzieci, również ich hospitalizacja napotyka duże przeszkody. Z powodu powszechnego analfabetyzmu kobiet trudno jest im przekazywać zasady higieny żywienia bądź opieki nad niemowlęciem. Toteż w poradniach i szpitalach wywiesza się odpowiednie plansze z obrazkami.

Przedstawione powyżej względy religijno-obyczajowe często decy-



Ryc. 5. *Mawlawi Abdul Sotar z Dawlatabadu w swoim sklepie z ziołami. Fot. St. Ubermanowicz.*

dują o wyborze sposobu leczenia. Większość informatorów pytanych o kolejność zasięgania porady w wypadku choroby swojej albo dziecka, stawiała lekarza na ostatnim miejscu, twierdząc, że korzysta z jego pomocy dopiero wtedy, gdy inne środki zawiodą¹⁷. Na przykład mieszkańcy Dawlatabadu informowali mnie, że najpierw udają się do sklepiku z ziołami ogólnie szanowanego hakima Abdul Sotara, chętnie bio-

¹⁷ Analogiczne wypowiedzi mieszkańców Ri-Jang znajdujemy w *Services ...* 1973, III, s. 142.

rą również od niego albo od mullę amulet, a jeśli te środki nie pomogą — zwracają się po poradę do miejscowego lekarza. Sam *mawlawi* Abdul Sotar tłumaczył, że ludzie, którym już kiedyś pomógł, w ogóle nie chodzą do lekarza, przychodzą od razu do jego sklepu. Jeżeli widzi, że nie może kogoś wyleczyć, sam kieruje go do przychodni.

Nie najmniejszą rolę w kwestii wyboru odgrywają względy finansowe. Wieśniacy powszechnie narzekali, że lekarstwa są zbyt drogie. Zarzucali lekarzom, że „dużo biorą”; jedna z ubogich Hazarek z Tala nazwała wręcz miejscowego felczera „zjadaczem pieniędzy”. Lekarze wyjaśniali, że otrzymują jedynie ograniczoną ilość leków standardowych z centralnego magazynu lekarstw w Kabulu. Jeżeli leczenie wykracza poza te leki standardowe, chory musi płacić. Natomiast przedstawiciele medycyny tradycyjnej z reguły biorą za swe usługi bardzo umiarkowane opłaty, przeważnie zresztą zależne od sytuacji majątkowej pacjenta, w której się doskonale orientują. Mullowie biorą najczęściej za wypisanie tawizu „ile kto da”, niekiedy od ubogich nie żądają nic, natomiast od bogatych — sum dość wysokich (nawet do 1000 afgani¹⁸). Hakim z Dawlatabadu twierdził, że ludzie, którym nie pomogło lekarstwo od lekarza z Kabulu za 400, 500 afgani, przychodzą do niego i kupują zioła np. za 12 afgani. Większość ziół jest bardzo tania.

Zdarzało się, że dobroczynna dla ludności wiejskiej akcja lekarzy zagranicznych źle przysłużyła się ich afgańskim następcom. Tak było w Najaku, gdzie ludność wspominała bardzo dobrze lekarzy amerykańskich, którzy pracowali tam przez trzy lata. Informatorzy wychwalali umiejętności cudzoziemskich lekarzy i skuteczność ich lekarstw, które otrzymywali za darmo. Z rozgoryczeniem i niechęcią wypowiadali się natomiast o obecnym lekarzu, twierdząc, że nie potrafi leczyć, bierze dużo pieniędzy i daje niedobre leki. Z powodu większego zaufania wieśniaków do cudzoziemskich metod leczenia, lekarz naszej ekspedycji miał zawsze wielu pacjentów. W tej sytuacji musiał działać bardzo ostrożnie, chcąc pomóc potrzebującym, a jednocześnie nie zaszkodzić miejscowemu lekarzowi.

Ludność wiejska najczęściej spodziewa się natychmiastowego, wręcz cudownego działania nowoczesnych lekarstw, nie stosuje się do przepisanych długotrwałych kuracji. Wskutek tego łatwo rozczarowuje się do medycyny nowoczesnej. Jednakże zespół badawczy działający w Ri-Jang zaobserwował, że po pewnym czasie obca ludności idea zażywania leków w określonych dawkach i odstępach czasu zaczęła się stopniowo przyjmować (*Services...* 1973, III, s. 148). Niemniej, stosunek do nowoczesnych medykamentów często przypomina podejście do amuletów

¹⁸ W 1976 roku oficjalny kurs afgańskiej waluty wynosił w przybliżeniu 50 afgani = 1 dolar.

czy innych środków magiczno-religijnych. M. A. Zair (1974, s. 55) pisze, że mieszkańcy wsi Karluk i Mohmand w północnym Afganistanie nabrali zaufania do aspiryny i innych leków, które mogą kupić na bazarze, i wierzą, że są one niekiedy równie skuteczne, jak *ta'wiz*. L. Dupree (1976, s. 17) przewiduje, że „magia tawizu może zostać — za jakiś czas — zastąpiona magią pigułki i zastrzyku”. Zdarzają się przypadki traktowania recept jako amuletów, z powodu podobnej ich formy. *Ta'wiz* — modlitwę wypisaną na kawałku papieru — niekiedy w celach leczniczych łyka się po namoczeniu w wodzie. Toteż jeden z Hazarów z okolicy Tala otrzymawszy od naszego lekarza receptę zapytał, czy ma ją zjeść „na sucho”, czy też popić wodą. Takie i tym podobne przykłady traktowane w oderwaniu przedstawiają się jak sensacyjne ciekawostki, tymczasem ujęte w kontekście kulturowym świadczą o adaptowaniu przejmowanych nowości do reguł tradycyjnej kultury.

Akceptuje się najchętniej te środki nowoczesnej medycyny, które mają swe analogie w medycynie tradycyjnej. Zastrzyki przypominają powszechnie znane, tradycyjne szczepienie przeciw ospie, syropy od dawna były jednym ze środków medycyny tradycyjnej, toteż leki w tej postaci są najbardziej cenione. Natomiast wieśniacy nie mają na ogół zaufania do tabletek. Zdarzało się, że otrzymanym od naszego lekarza medykamentom pacjenci przypisywali szkodliwe działanie. Młody Hazar z Tala, chory na żółtaczkę, twierdził, że właśnie od zażycia pastylek „dostał żółte oczy”. W Dawlatabadzie syn miejscowego bogacza skarżył się lekarzowi ekspedycji, że natychmiast po dotknięciu językiem otrzymanej od niego tabletki padł jak martwy i dopiero po pewnym czasie odzyskał przytomność. Komentujący to zdarzenie młody Tadżyk wyraził przekonanie, że naprawdę skuteczne mogą być jedynie zastrzyki. Powiedział: „Cóż to jest taka mała tabletki? To może być tylko trucizna!”

Sieć aptek w Afganistanie jest dosyć dobrze rozwinięta. Prócz aptek państwowych w r. 1968/1969 było w kraju 259 aptek prywatnych (Fischer 1975, s. 382), które bez ograniczeń kupowały leki z zagranicy. Lekarstwa z aptek wykupywali handlarze bazarowi i w rezultacie na bazarach oferowano na sprzedaż rozmaite oryginalne preparaty z różnych krajów. Hakimowie coraz częściej zaopatrywali się w zastrzyki antybiotyczne i inne leki i aplikowali je swoim pacjentom. Lekarz z Kajsaru opowiadał o szkodliwych skutkach takich praktyk, powszechnych w całej okolicy. Członkowie ekipy działającej w Sansiz również podają, że kilku mieszkańców tej wsi zaopatrzyło się w strzykawki, igły i leki i na życzenie robi zastrzyki domięśniowe a nawet dożylnie (*Services ... 1973, II, s. 210-211*). Również handlarze bazarowi czasami imali się tych praktyk. Jest to interesujący przykład powierzchownego korzystania ze zdobyczy nowoczesnej medycyny, niekiedy niebezpiecznego w skutkach.

Personel służby zdrowia jest obecnie prawie całkowicie afgański. Lekarzom zagranicznym nie przyznaje się już zezwoleń na prowadzenie praktyki wśród miejscowej ludności. Wydawałoby się, że lekarze miejscowi mają więcej szans, by dostosować swoją działalność do istniejących warunków społeczno-kulturowych i w niektórych przypadkach umiejętnie wykorzystać lokalne tradycje dla powodzenia swej praktyki. Jednakże wykształceni w duchu nowoczesnej medycyny lekarze często odcinają się całkowicie od tradycji, a medycynę tradycyjną generalnie określają jako zbiór przesądów i zabobonów. Taka postawa niewątpliwie znacznie obniża efektywność praktyki i utrudnia pracę lekarza w społeczności wiejskiej. Młody lekarz i sanitariusz w Najaku właśnie z takiej pozycji podkreślali zacofanie miejscowej ludności, podając jako jego dowód m. in. powszechne stosowanie w celach leczniczych rozmaitych ziół. Natomiast starszy, doświadczony lekarz z Kajsarzu oceniał pozytywnie skuteczność niektórych leków roślinnych medycyny tradycyjnej.

Pożyteczne byłoby popieranie i wykorzystywanie tych środków tradycyjnej medycyny, których efektywność potwierdziła medycyna naukowa. Badania farmakologiczne wykazały biologiczną aktywność wielu substancji zawartych w roślinnych lekach afgańskiej medycyny tradycyjnej (*Les plantes* ... 1960; Pelt et al. 1965; Fischer 1974). W ostatnich latach zaczęto doceniać rośliny lecznicze nie tylko jako cenny artykuł eksportowy, ale także jako źródło leków dla medycyny krajowej (Azimullah 1977). Być może przyczyni się to do zaakceptowania niektórych środków afgańskiej medycyny tradycyjnej.

Stosowaną powszechnie przez ludność Afganistanu klasyfikację produktów żywnościowych na „gorące” i „zimne” można by zestawzić z ich wartością kaloryczną i na tej podstawie polecać pacjentom stosowną dietę, co byłoby szczególnie pożyteczne dla często niedożywionych czy nieodpowiednio żywionych dzieci. Przepisywanie diety, jak już wspomniano, zawsze spotyka się ze zrozumieniem chorych. Warto stosować w praktyce lekarskiej przede wszystkim leki w takiej postaci, która jest najłatwiej akceptowana, a więc zastrzyki i syropy.

Personel służby zdrowia powinien nawiązywać ścisłą współpracę z lokalnymi przedstawicielami medycyny tradycyjnej. W sytuacji ogromnego niedoboru personelu medycznego, kosztowności i niedostosowania modelu zachodniego do miejscowych potrzeb, jedynym wyjściem jest „pokojowa koegzystencja” i — w dalszym planie — stopniowa integracja obu systemów. W ostatnich latach Światowa Organizacja Zdrowia zaczęła propagować takie właśnie „nieortodoksyjne rozwiązania” problemów zdrowotnych krajów tzw. Trzeciego Świata. Dyrektor Generalny ŚOZ, dr Halfdan Mahler, wysunął hasło: „Health by the people for the people” oraz koncepcję rozwoju podstawowych służb zdrowotnych integrują-

cych nowoczesne koncepcje medyczne z lokalną medycyną tradycyjną (Diesfeld 1977, s. 9; Sokołowska 1980, s. 25 - 29).

Przykładem takiej udanej współpracy może być w Afganistanie akcja szczepień przeciw ospie, która dała znakomite rezultaty (ospa została wyeliminowana). Popularność wspomnianej już, tradycyjnej techniki szczepienia przeciw ospie stworzyła doskonały grunt dla szerokiego zastosowania nowoczesnej szczepionki. Ekipy wykonujące szczepienia cieszyły się zazwyczaj dużym poważaniem, a jeśli skład ich był mieszany, mogły dotrzeć do wszystkich mieszkańców. Ponadto, by ograniczyć niebezpieczne niekiedy skutki tradycyjnego szczepienia, wykonującym je „specjalistom” zaczęto dawać nowoczesną szczepionkę. Akcja powiodła się — przyjmowano chętnie szczepionkę z powodu coraz większych trudności z uzyskaniem materiału bezpośrednio od chorych. W ten sposób przedstawiciele tradycyjnej medycyny zostali włączeni do rządowej akcji szczepień (Šerý 1973, s. 112).

Propagowany przez ŚOZ model współpracy przedstawicieli dwóch systemów medycznych można by z równym powodzeniem wprowadzać w życie także na innych odcinkach działalności zdrowotnej. Jak już nadmieniałam, lekarz-mężczyzna nadal nie może dotrzeć do rodzącej kobiety, a lekarek i położnych jeszcze nie spotyka się na wsi afgańskiej. W tej sytuacji tradycyjna akuszerka — *dāya* mogłaby służyć jako przekaznik nowych idei dotyczących zdrowia matki i dziecka. Dzięki swej ważnej pozycji w kobiecym sektorze społeczności może ona wpływać na opinie i preferencje kobiet. Byłoby bardzo wskazane, żeby nieliczne jeszcze pielęgniarki i kwalifikowane położne ze szpitali w stolicach prowincji nawiązywały kontakt z wiejskimi *dāya* i instruowały je, jak przeprowadzać poród w higienicznych warunkach. P. Hunte, która przeprowadziła badania nad stosunkiem tradycyjnych akuszerok do medycyny nowoczesnej w Afganistanie, podaje przykłady udanej współpracy położnych z tymi spośród *dāya*, które nie traktowały ich jako konkurentki. W niektórych przypadkach *dāya* pomagała kobiecie przed urodzeniem dziecka i w porożu, a położna czuwała nad samym przebiegiem porodu (Dupree 1977, s. 11 - 12). Według informacji lekarza z Kajsaru, niektóre *dāya* z okolicy stosują już środki aseptyczne.

Lekarze z ekipy działającej w Sansiz stwierdzili, że miejscowe kobiety mogą być w pewnym stopniu podatne na idee planowania rodziny, ponieważ ze względu na częste przypadki śmierci podczas porodu obawiają się każdej następnej ciąży. Jednakże silniejsze niż te obawy są względy religijne i panujący ideał rodziny wielodzietnej. W Ri-Jang kilkoro spośród zapytywanych mężczyzn i kobiet potwierdziło wprawdzie, że chce mieć tylko 2 - 3 dzieci, ale kiedy proponowano im jakieś środki antykoncepcyjne, nie przyjęły ich, tłumacząc, że poddadaż się woli Al-

laħa (*Services ... 1973*, II, s. 197 - 198, III, s. 140). Można przewidywać, że działalność placówek planowania rodziny długo jeszcze nie przyniesie oczekiwanych efektów, zwłaszcza w środowisku wiejskim.

Powodzenie programów edukacji zdrowotnej na wsi jest w dużym stopniu uwarunkowane poparciem ludzi wpływowych w danej społeczności. Prócz władz wioskowych, niekiedy i szanowani mulłowie włączają się do akcji zdrowotnych, wzywają do stawiania się na miejsce szczepień, udostępniają meczet dla doraźnych celów, dbają o przestrzeganie rozporządzeń wydawanych podczas epidemii. Również niektórzy hakimowie, jak wspomniany Abdul Sotar z Dawlatabadu, nie traktują lekarzy jako konkurentów i gotowi są do współpracy. Program edukacji zdrowotnej realizuje się w znacznej mierze poprzez szkoły. Ponieważ coraz większa liczba dzieci (w tym również dziewcząt), nawet w odległych wiejskich rejonach zostaje objęta nauczaniem podstawowym, można się spodziewać, że młode pokolenie będzie o wiele lepiej zorientowane w zagadnieniach ochrony zdrowia, a przede wszystkim utrzymywania higieny.

Edukacja zdrowotna jest nadal bardzo ważnym zadaniem stojącym przed nowym państwem afgańskim. Wskutek jej postępów i rozwoju bazy materialnej systemu opieki zdrowotnej, metody i środki medycyny nowoczesnej są w coraz większym stopniu akceptowane przez ludność. Sytuacja ta pociągnie za sobą niewątpliwie dalsze przeobrażenia medycyny tradycyjnej, ale można sądzić, że nie doprowadzi do jej wyeliminowania, bowiem w pełnionych przez nią funkcjach nie jest jej w stanie całkowicie zastąpić medycyna nowoczesna.

BIBLIOGRAFIA

Azimullah

1977 *Medical Herbs — Gifts of Nature*, „Aryana”, Autumn.

Bromlej J. V., A. A. Voronov

1976 *Narodnaja medicina kak predmet etnografičeskich issledovanij*, „Sovetskaja Etnografija”, nr 5, s. 3 - 18.

Canfield R. L.

1976 *Suffering as a Religious Imperative in Afghanistan*, [w:] Bharati A. (ed.), *The Realm of the Extra — Human. Ideas and Actions*, The Hague—Paris, s. 101 - 122.

Diesfeld H. J.

1977 *Die Bedeutung des Dialoges zwischen Heilkunst und Völkerkunde für die Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern*, [w:] Rudnitzki G., W. Schiefenhövel, E. Schröder, (Hrsg.), *Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*, Barmstedt, s. 7 - 22.

Dupree L.

1973 *Afghanistan*, Princeton.

- 1976 *Saint Cults in Afghanistan*, „American Universities Field Staff, South Asia Series”, vol. 20, no. 1.
- 1977 *USAID and Social Scientists Discuss Afghanistan's Development Prospects*, „American Universities Field Staff, South Asia Series”, vol. 21, no. 2.
- Dzięgiel L.**
- 1976 *Tradycyjne budownictwo w Afganistanie jako przykład harmonii między środowiskiem przyrodniczym i kulturowym*, „Etnografia Polska”, t. 20, z. 1, s. 127 - 146.
- 1977 *Afgańskie pożywienie codzienne i potrawy tradycyjne*, „Etnografia Polska”, t. 21, z. 2, s. 175 - 210.
- 1978 *Problem higieny w tradycyjnych społecznościach afgańskich*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Prace Etnograficzne”, z. 11, s. 127 - 136.
- Einzmann H.**
- 1977 *Religiöses Volksbrauchtum in Afghanistan. Islamische Heiligenverehrung und Wallfahrtswesen im Raum Kabul*, „Beiträge zur Südasiensforschung, Südasiens-Institut Universität Heidelberg”, Bd. 34, Wiesbaden.
- Fischer L.**
- 1968 *Afghanistan. Eine geographisch-medizinische Landeskunde (A Geomedical Monograph)*, Berlin—Heidelberg.
- 1969 *Nomaden und Tropenkrankheiten*, [w:] *Nomadismus als Entwicklungsproblem. Bochumer Symposium 14/15 Juli 1967*, „Bochumer Schriften zur Entwicklungsforschung und Entwicklungspolitik”, Bd. 5, Bielefeld, s. 131 - 143.
- 1974 *Volksmedizin in Afghanistan*, „Afghanistan Journal”, Jg. 1, H. 3, s. 51 - 64.
- 1975 *Das Gesundheitswesen*, [w:] Kraus W. (Hrsg.), *Afghanistan. Natur, Geschichte und Kultur, Staat, Gesellschaft und Wirtschaft*, Tübingen und Basel, s. 381 - 386.
- Jasiewicz Z.**
- 1978 *The Haydarihā — an Afghanistan Community of Blacksmiths. An Attempt to Change the Ethnic Situation and Social Position*, [w:] *Poland at the 10th International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences*, Wrocław, s. 36 - 42.
- Leslie Ch. (ed.)**
- 1976 *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley.
- Pakmal M. A.**
- 1975/76 (1354) *Social Attitudes, Beliefs and Practices that Affect the Nutritional Status of Pregnant Women, Lactating Mothers and Young Children in Three Afghan Villages, Kabul* (maszynopis powielany).
- Pelt J.-M., J.-C. Hayon et C. Younos**
- 1965 *Plantes medicinales et drogues de l'Afghanistan*, „Bulletin de la Société de Pharmacie de Nancy”, no. 66, s. 16 - 61.
- Penkala D.**
- 1979 „Gorące” i „zimne” w tradycyjnej medycynie Afganistanu, „Etnografia Polska”, t. 23, z. 2, s. 307 - 329.
- 1980 „Hot” and „Cold” in the Traditional Medicine of Afghanistan, „Ethnomedizin”, Bd. 6, H. 1 - 4, s. 201 - 228.
- Les Plantes ...**
- 1960 *Les plantes médicinales des régions arides*, UNESCO, Paris.
- Recep Ö.**
- 1969 *Tibb an-Nabī. Die Prophetenmedizin bei Ibn as-Sunnī und Abū Nu'aim*

unter besonderer Berücksichtigung der Kapitel über den Kopfschmerz, die Augen-, Nasen-, Zahnkrankheiten und die Hämorrhoiden, Marburg/Lahn.

Schurmann H. F.

1962 *The Mongols of Afghanistan. An Ethnography of the Monghols and Related Peoples of Afghanistan*, 's-Gravenhague.

Services ...

1973 *Services for Children within Regional Development Zones. Research and Action. Experimental Activities at Village Level*, vol. 2: Monographs, CINAM, Kabul.

Serý V.

~ 1973 *Smallpox and Traditional Medicine in the Developing Countries of Africa and Asia*, „Zeitschrift für Tropenmedizin und Parasitologie”, t. 24, no. 1, s. 105 - 118.

1974 *Lékařsko-geografické poměry Afghánistánu*, Praha.

Shalinsky A. C.

1980 *Curing Strategies in a Central Asia Population in Afghanistan*, „Ethnomedizin”, Bd. 6, H. 1 - 4, s. 183 - 200.

Sokołowska M.

1980 *Medycyna nowoczesna a systemy tradycyjne*, „Odra”, nr 2, s. 22 - 29.

Statistical Yearbook 1978

1979 *Statistical Yearbook 1978, Thirtieth Issue*, United Nations, Department of International Economic and Social Affairs, Statistical Office, New York.

Tomaszunas S.

1972 *Wpływ migracji ludności na sytuację epidemiologiczną malarii w południowym i zachodnim Afganistanie*, „Biuletyn Instytutu Medycyny Monkskiej w Gdańsku”, t. 23, nr 3/4, s. 183 - 200.

Wilber D. N. (ed.)

1956 *Afghanistan*, Human Relations Area Files, New Haven.

Wilber D. N.

1962 *Afghanistan. Its People, Its Society, Its Culture*, New York.

Zair M. A.

1974 *Social Integration in Rural Afghanistan*, Kabul.

DANUTA PENKALA

SOCIO-CULTURAL FACTORS OF THE HEALTH SITUATION IN RURAL AFGHANISTAN

(Summary)

In the first part of the present paper socio-cultural factors affecting the health of the Afghan rural population were discussed. Their role in the etiology of diseases was estimated from the point of view of modern medicine.

In the second part of this article reasons for the successes and failures of modern health protection programs applied in Afghan villages were analysed. The role of Islam as a basic factor determining peoples' style of life and thus influencing both the epidemiological situation and modification of medical care was especially emphasized.

It was proved that when authoritatively planning any salubrious campaigns in rural communities one should take into consideration medical expertise as well as ethnographic reports and adjust these programs to local cultural specificity. To secure basic medical care for the rural population it is necessary to have the cooperation of medical doctors with representatives of traditional medicine who are very active in modern Afghanistan. Examples of such cooperation were enumerated in the present paper. This trend of modification in the domain of health protection in the countries of the so-called "Third World", aiming at integration of modern and traditional medicine, has been advertised recently by the World Health Organization, since previous enterprises favouring a Western model of health service organization had failed.