



ISSN 1641-604 X

MEDICUS  
MUNDI

# Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

PRZEZNACZONY DLA OSÓB ZAINTERESOWANYCH PROBLEMAMI MEDYCZNYMI WCHODZĄCYMI W ZAKRES TZW. MEDYCZYNY TROPICALNEJ I „INTERNATIONAL HEALTH”, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB MISYJNYCH OŚRODKÓW MEDYCZNYCH

LUTY 2001  
NR 1 (rok I)

## Od Redakcji

Po 8 latach działalności Fundacji „Redemptoris Missio” Rada i Zarząd Fundacji doszły do przekonania, że nadszedł właściwy czas, aby rozpocząć wydawanie kwartalnika poświęconego problemom medycznym w krajach rozwijających się.

Kwartalnik ma na celu przekazywanie informacji istotnych dla ochrony zdrowia oraz rozpoznawania i leczenia chorób tropikalnych. Służyć będzie również integracji w kraju osób o doświadczeniu w zakresie chorób tropikalnych lub zainteresowanych tropikami i przybliżać problemy medyczne, z jakimi stykają się osoby związane z ośrodkami misyjnymi, prowadzącymi działalność medyczną.

Z drugiej strony, Redakcja oczekuje, że poprzez kwartalnik osoby te będą miały okazję bliższego kontaktu z Fundacją, która potrzebuje jak najszerszego wsparcia, zarówno społeczeństwa, jak i osób związanych z medycyną.

Pierwszy numer kwartalnika przedstawia krótko Fundację „Redemptoris Missio” i Medicus Mundi International, z którym jest ona stowarzyszona. Stałą rubryką będą bieżące wiadomości ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i aktualna działalność Medicus Mundi International (MMI). Redakcja doloży starań, aby poszczególne numery

kwartalnika były zogniskowane wokół pewnych bieżących zagadnień. Zaczynamy od przedstawienia problemów związanych z zakażeniem HIV i AIDS, które uznaliśmy za najważniejsze. Zagadnienia związane z malarią będą tematem następnego numeru.

Postaramy się podawać streszczenia interesujących pozycji piśmiennictwa oraz krótkie informacje związane z występowaniem, rozpoznawaniem i leczeniem chorób tropikalnych. Do działów stałych należeć będą również: wykaz kursów i zjazdów naukowych z dziedziny medycyny tropikalnej, spis interesujących wydawnictw na ten temat oraz oferty pracy w tropiku. Oczekujemy, że w dalszych numerach będzie otwarta stała rubryka, zawierająca listy skierowane do Fundacji przez osoby pracujące w tropiku i przez studentów, którzy zamierzają poświęcić się pracy w tropiku, m.in. w medycznych ośrodkach misyjnych.

Oddając pierwszy numer kwartalnika »Medicus Mundi Polonia« do rąk osób zainteresowanych, wyrażamy przekonanie, że nie będzie on zbyt wielkim obciążeniem finansowym dla Fundacji. Nie chcemy wyznaczać ceny prenumeraty, ale podajemy do wiadomości, że kwoty przekazane Fundacji na dołączonym przekazie można odpisywać od podstawy podatku dochodowego do wysokości 10% dochodów.

## W numerze:

### Aktualności

- z kraju 2
- z ośrodków misyjnych 2
- z Medicus Mundi International 3
- ze Światowej Organizacji Zdrowia 4

### Oferty pracy „w tropiku”

- 3

### Streszczenia interesujących publikacji

5

### Szkolenie:

- kursy, książki, wideoteka, internet
- szkolenie indywidualne przy pomocy CD-romów
- kongresy i konferencje 5
- Aktualny temat: HIV / AIDS w krajach rozwijających się
- Zakażenia HIV / AIDS 6
- Postęga lecznicza Kościoła 12

## HIV / AIDS

### Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

**Biuro Fundacji:** Akademia Medyczna, ul. Dąbrowskiego 79, p. 503, Kolegium Prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel. +48 61 8477 458 wew.195, fax +48 61 8477 490; e-mail: medicus@eucalyptus.usoms.poznan.pl

**Centrum Wolontariatu Fundacji:** ul. Grunwaldzka 89, 60-311 Poznań, tel. +48 61 8621 321

<http://www.usoms.poznan.pl/medicus>

Konto bankowe: Bank Zachodni SA, I Oddział w Poznaniu nr rachunku 11201492-3740-137-3000

## AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

## Z KRAJU

Według danych Komisji Episkopatu ds. Misji, w świecie pracuje obecnie 1934 polskich misjonarzy, w tym 863 w Afryce, 747 w Ameryce Łacińskiej, 34 w Ameryce Północnej, 220 w Azji i na Bliskim Wschodzie oraz 70 w Oceanii. Najlicniejszą grupę wśród misjonarzy stanowią przedstawiciele zakonów męskich (1111), następnie siostry zakonne (540), księża diecezjalni (257) oraz osoby świeckie (26).



W czasie Kongresu misyjnego w Rzymie (październik 2000) Dr h.c. Wanda Błęńska złożyła na ręce Papieża Jana Pawła II dar w postaci ośrodka medycznego, który Fundacja „Redemptoris Missio” pomaga budować w Kiabakari w Tanzanii i którym będzie się w przyszłości opiekować. Ośrodek ma zapewnić opiekę prawie 70.000 mieszkańcom tego rejonu, w którym opieka medyczna jest niedostateczna. Papież z radością przyjął wiadomość o tej pozytywnej inicjatywie Fundacji.



Przedstawiciele Fundacji „Redemptoris Missio” brali czynny udział w części medycznej 4-miesięcznego kursu organizowanego przez International Catholic Missionary Community w Częstochowie. Bliższe szczegóły o działalności w Polsce Instytutu ds. Ewangelizacji Świata zostaną podane w następnym numerze MMP.

## AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

## Z OŚRODKÓW MISYJNYCH

Dr Mirosława Góra, prowadząca w Katondwe, w Zambii, szpital misyjny, przesłała Fundacji następujący list z okazji Świąt Bożego Narodzenia 2000:

Drodzy Przyjaciele Misji,

Dobiega końca Rok Milenijny. Tutaj w Katondwe nie mieliśmy wiele możliwości, aby wypełnić ten rok specjalnymi wydarzeniami. Łączyliśmy się z innymi w modlitwie, komunii duchowej i codziennej pracy. Jakże były nasze osiągnięcia w tym roku? Zdecydowanie jedno przychodzi mi na myśl – udało się nam przetrwać i nadal służyć chorym i wspólnocie. Próbowaliśmy i próbujemy utrzymać naszą pomoc medyczną mniej więcej na tym samym poziomie. Pacjenci przychodzą nie tylko z naszego, ale i z sąsiadujących powiatów. Około 25% stanowią chorzy z Mozambiku. Udało się nam przedłużyć współpracę z Danchurch Aid, związaną z pomocą sierotom i chorym na HIV/AIDS. Otworzyliśmy kaplicę szpitalną, w której nieomal codziennie odprawiana jest msza święta. Zaczęło funkcjonować schronisko, w którym zatrzymują się rodziny chorych i pacjenci, którzy nie potrzebują przyjęcia, a mieszkają za daleko, aby codziennie dochodzić do szpitala. Przyjęliśmy około 2.000 pacjentów, a 12.000 było leczonych w przychodni przyszpitalnej. Wykonaliśmy 500 wizyt domowych u pacjentów w ramach tzw. Podstawowej Opieki Domowej (HBC). Około 400 sierot jest zarejestrowanych w naszym programie. Mieszkają one z dalszą rodziną, najczęściej z babcią, a nasza rola polega na pomocy w opłatach szkolnych, zaopatrzeniu w jedzenie, ubranie, mydło i koce. W ochronce siostra ma 80 dzieci. Z tego 35 zakończy w tym roku przygotowanie do pierwszej klasy.

Mamy też wiele problemów. Minimalne jest finansowe wsparcie ze strony zambijskiego Ministerstwa Zdrowia; pokrywa ono zaledwie 10% naszych podstawowych potrzeb. Bardzo wysokie są ceny paliwa. Szpital ma elektryczność z agregatora. W chwili obecnej jesteśmy w stanie włączyć prąd tylko na 3 godziny dziennie. Dojazd do Lusaki (300 km) po zaopatrzenie i pocztę jest utrudniony. Jeździmy tylko dwa razy w miesiącu. Brakuje leków; jedyne, które można kupić, są produkowane w mało znanych firmach w Indiach. Nie ma leków przeciwwirusowych, szczególnie tych, które zmniejszają przenoszenie wirusa HIV z matki na dziecko. Pracownicy ogólni otrzymują od rządu tylko 30% należnej pensji. Pielęgniarki wola pracować w mieście, gdzie mogą dorobić do pensji poza godzinami pracy. Dwa miesiące temu przyjechała do nas s. Krystyna, pielęgniarka. Nie może zacząć pracy, dopóki nie będzie zarejestrowana przez tutejszą Radę Pielęgniarską; aby być zarejestrowaną musi zdać egzamin pielęgniarski (łącznie z chorobami tropikalnymi) w języku angielskim.

Problemy zdrowotne naszych pacjentów też się pogorszyły. Liczba skomplikowanych porodów, niedożywienie, niedokrwistość, gruźlica, zapalenia wątroby i HIV wzrosły w porównaniu do lat poprzednich. Wśród dawców krwi hepatitis B wzrósł 6-krotnie, a HIV 3-krotnie w stosunku do zeszłego roku. Ludzie w naszych wioskach cierpią coraz większą biedę. Jedno, co nadal cieszy, że nie ma wojny ani żadnych walk na naszym małym kawałku ziemi afrykańskiej. Bogu niech będą dzięki.

W czasie Bożego Narodzenia i przez cały następny rok życzę wszelkiego błogosławieństwa i pokoju.

M. Góra.

**Od Redakcji.**

List Dr Mirosławy Góry oddaje w pełni atmosferę, w jakiej wykonuje się codzienną pracę w medycznym ośrodku misyjnym na pograniczu Zambii i Mozambiku. Szpital w Katondwe należy do ośrodków misyjnych wspieranych przez Fundację w miarę jej możliwości, tak materialnie, jak i osobowo.

## Medicus Mundi Polonia

Kwartalnik Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” i Medicus Mundi Poland

**Redaktor:** Prof. zw. em. Zbigniew Pawłowski, DTMH.

**Sekretarz Redakcji:** Lek. med. Nobert Rehlis, HCMT, prezes Fundacji

**Rada Redakcyjna:** X. Ambroży Andrzejak (Poznań), Dr h.c. Wanda Błęńska (Poznań), Dr Mirosława Góra (Zambia), X. lek. med. Jan Jaworski (PNG), Dr Anita Magowska (Poznań), Dr Wanda Marchak-Malczewska (Zakopane), Mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), Lek. med. Rafał Sadowski (Kraków), Dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), Dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

**Wydawca i dystrybucja:** Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – Medicus Mundi Poland, pokój 503, Kolegium Prof. Adama Wrzóska, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań, tel. 061+8477458 w. 195, faks 061+8477490, e-mail: medicus@eucalyptus.usoms.poznan.pl.

**Adres Redakcji:** Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Dr hab. Jerzy Stefaniak, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, telefon 061+8691363, faks 8691699, e-mail: medtrop@mp.pl.

**Prenumerata:** Celem regularnego otrzymywania *Medicus Mundi Polonia* osoby zainteresowane proszone są o wypełnienie załączonego zgłoszenia i przesłanie go do Biura Fundacji. Sumy przesłane na konto Fundacji na załączonym przekazie lub przekazane bezpośrednio na rachunek Fundacji w Banku Zachodnim S.A., I Oddział w Poznaniu, nr r-ku 11201492-3740-137-3000, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplania skromnych zasobów finansowych Fundacji.

**Przygotowanie:** Wydawnictwo Kontekst, Poznań. e-mail: wyd\_kontekst@poczta.onet.pl

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

# Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

## Starania Medicus Mundi International (MMI) o lepszą skuteczność opieki zdrowotnej

Jednym z podstawowych praw ludzi jest prawo do opieki zdrowotnej, w tym do zapobiegania chorobom i promocji zachowań prozdrowotnych. Zły stan zdrowia społeczności jest wynikiem biedy, ale również istotną barierą w wyjściu z „biedy” [Halifax, 1977]. Dlatego też potrzebny jest wszechstronny rozwój społeczeństw w zakresie socjalnym, ekonomicznym, politycznym i kulturalnym w duchu solidarności i sprawiedliwości społecznej. „W duchu Ewangelii Kościół troszczy się o wszystkich ludzi, ale szczególnie o najuboższych członków społeczności, aby mogli i mieli prawo odgrywać bezpośrednią rolę w promocji i ochronie własnego zdrowia; w tym zakresie troska Kościoła(ów) idzie zgodnie z zasadami Podstawowej Opieki Zdrowotnej – Primary Health Care (PHC) [Tanzania Churches Consultation on PHC, Dodoma, 1985].

Seminarium zorganizowane przez MMI i Christian Medical Commission (CMC) Światowej Rady Kościołów na terenie siedziby Fatebenefratelli w Rzymie w roku 1984 nt. „Strengthening co-ordination of Health Activities by Local NGO towards Health for All” zgromadziło przedstawicieli podlegających Kościołowi ośrodków medycznych z wielu krajów Afryki. Termin NGO oznacza organizacje pozarządowe (Non-Governmental Organisations). Seminarium to potwierdziło zgodnie potrzebę lepszej koordynacji NGO z rządami i sugerowało, że powinno się przejść od prostej współpracy i wymiany informacji do uzgodnienia wspólnego działania na wszystkich szczeblach: narodowym, regionalnym i lokalnym, i że realizacja Podstawowej Opieki Zdrowotnej (PHC) pilnie potrzebuje takiego podejścia.

W tym czasie „District Health Concept” jeszcze nie istniał; dopiero w 1987 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) na konferencji w Harare określiła ponownie rolę szpitali peryferyjnych w ochronie zdrowia na terenie „dystryktu”.

Wiele szpitali związanych z Kościołem stara się otoczyć opieką lekarską lokalną społeczność z zasady nieodpłatnie. Jednakże, kiedy Bank Światowy i WHO omawiały „a Better Health for Africa” [1992] i kiedy na kon-

ferencji w Dakarze [1998] dyskutowano nt. „The Contractual Approach as a tool for implementation of National Health Policies in African Countries”, nie wzięto pod uwagę znacznego potencjału medycznego NGO. Istotna rola tego potencjału jako partnera nie była oficjalnie uznana, chociaż ośrodki należące do NGO odgrywają doniosłą rolę w systemie opieki zdrowotnej wielu krajów. Jeżeli propozycja kontraktów miałaby poprawić dostęp populacji do podstawowej opieki zdrowotnej, to byłoby wskazane wzięcie pod uwagę potencjalnych korzyści z kontraktów z tymi prywatnymi organizacjami, które mają możliwości, wykazują zaangażowanie, mają własne doświadczenie i które aprobują zasady PHC proponowane przez władze rządowe.

W tym stanie rzeczy MMI zdecydował się zaproponować uchwalenie rezolucji przez World Health Assembly, proponującej integrację szpitali należących do NGO – w tym ośrodków misyjnych – do „District Health Concept” na drodze jasno zdefiniowanych kontraktów i uzgodnień. Taka rezolucja, możliwa jedynie przy poparciu państw członkowskich, zobowiązywałaby WHO do działania. MMI zabiega o poparcie rezolucji przez rządy europejskich państw członkowskich, jak i rządy państw, z którymi MMI współpracuje. Watykan jest niewątpliwie zainteresowany w podjęciu takiej rezolucji, która wzmocniłaby pozycję wielu szpitali związanych z Kościołem; mógłby on w tym celu posłużyć się swoimi kanałami dyplomatycznymi.

Pamiętamy, że Ojciec Święty, przemawiając na konferencji watykańskiej [1997] nt. „Church and Health in the World, Expectations and Hopes on the Treshold of the Year 2000”, namawiał międzynarodowe katolickie organizacje, zajmujące się problemami zdrowia, aby współpracowały z WHO w zakresie programu „zdrowie dla wszystkich”. Przy tej samej okazji Dr Nakajima, ówczesny dyrektor generalny WHO, podkreślił, jak bardzo ceni pracę ośrodków medycznych związanych z Kościołem, oraz że świat potrzebuje takiej współpracy. „Unirsi per fare meglio”.

Dr Edgar Widmer  
Thalwill, Szwajcaria, 1998.

Od Redakcji.

Powyższy tekst, przygotowany przed dwoma laty, stanowi podstawę starań MMI o bliższą i formalną współpracę medycznych ośrodków misyjnych –

i innych pozarządowych organizacji ochrony zdrowia – z rządową służbą zdrowia. Sprawa była dyskutowana na Zgromadzeniu Ogólnym WHO w Genewie w roku 1999 i będzie ponownie rozważana na Zgromadzeniu w maju 2001.

## 70-lecie MEMISA, Holenderskiej Fundacji Pomocy Humanitarnej, będącej członkiem MMI

W dniach 5-6 października 2000 odbyła się w Rotterdamie międzynarodowa konferencja poświęcona 70-leciu działalności Fundacji MEMISA. Ostatnio MEMISA – w ramach globalizacji – połączyła się z holenderskim Caritasem w jedną potężną organizację pod nazwą CORDAID. Fundacja „Redemptoris Missio” była reprezentowana na konferencji w Rotterdamie i uzyskała obietnicę pomocy ze strony MEMISA, która zachowała pewną niezależność, w prowadzeniu naszej działalności humanitarnej.

Przed konferencją MEMISA w Rotterdamie, w dniach 2-4 października 2000 roku, w Cenakel, Soesterberg w Holandii odbyła się robocza Konferencja „The Church and its involvement with health: the healing ministry”. Uchwały tej konferencji, przetłumaczone na język polski, zamieszczono na stronie 12.

Oryginalny dokument w języku angielskim jest w posiadaniu Fundacji i może być udostępniony zainteresowanym.

## OFERTY PRACY W „TROPIKU”

Dr Mirosława Góra z Katondwe Hospital P.O.Box 30500 Lusaka, Zambia, poszukuje lekarza na zastępstwo w czasie jej urlopu w dniach od 1 czerwca 2001 do 30 września 2001. Wymagana znajomość języka angielskiego. Wskazane, aby kandydat potrafił wykonać cięcie cesarskie i zoperować ostry brzuch. Mogą być dwie osoby, które by się uzupełniały.

X.Dr Jan Jaworski z Papua Nowa Guinea zgłasza zapotrzebowanie na wysokiej klasy specjalistów (zwłaszcza laryngologów, neurologów i okulistów) ze znajomością języka angielskiego w celu przeprowadzenia badań specjalistycznych i kursów doskonalących dla pracowników lokalnej służby zdrowia. Przewidywany okres pracy 2-3 miesiące.

# AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

## USUNĄĆ PRZESZKODY NA DRODZE DO ROZWOJU ZDROWEGO ŚWIATA

Pani Dr Gro Harlem Brundtland, Dyrektor Generalny WHO, powiedziała: *»Jedna osoba z dwóch mieszkających w krajach o niskim dochodzie na głowę ludności umiera młodo z powodu chorób zakaźnych, którym można by zapobiec. Jak rodziny, społeczności i kraje mogą urealnić swoje marzenia o poprawie tej sytuacji? Poprzez dążenia do zdrowego świata, które pozwoliłyby, zarówno indywidualnym osobom, jak i krajom, osiągnąć ich pełny rozwój. Jeżeli tylko świat zainwestuje w priorytetowe strategie zwalczania chorób zakaźnych, to zmniejszy się znaczna liczba zgonów i skala cierpienia nimi powodowana.«*

**Znaczenie chorób zakaźnych w krajach rozwijających się.** W krajach rozwijających się jedna trzecia populacji ma mniej niż 1 dolar na osobę dziennie. Jedno dziecko na trzy jest niedożywione. Jedno dziecko na pięć nie ma dostępu do szczepień ochronnych, a jedna osoba na pięć nie korzysta z podstawowych leków. W 1996 roku ponad 50.000.000 ludzi (1% populacji) zmuszone było do opuszczenia swych domów, zwiększając ryzyko rozszerzenia się chorób zakaźnych. Sprzyja temu też gwałtowny wzrost aglomeracji miejskich.

**Choroby zakaźne są największym zabójcą najmłodszych.** Spośród 53.900.000 zgonów w świecie w 1998 roku 13.300.000 (25%) było spowodowane chorobami zakaźnymi. W każdej godzinie ginie z tego powodu 1.500 ludzi. W Azji Południowo-Wschodniej i w Afryce odsetek zgonów z powodu chorób zakaźnych sięga wśród ogółu populacji 45%, a u dzieci 63%. Odsetek kobiet, którym zmarło co najmniej jedno dziecko, wyniósł w Malawii 52%, w Kenii – 49%, w Senegalu – 45%, w Jemenie – 42%, w Tanzanii – 40%, w Egipcie – 32%, w Burkina Faso i Pakistanie – 30%.

**Sześć chorób powoduje w świecie 90% zgonów z powodu chorób zakaźnych.** Należą do nich choroby układu oddechowego o ostrym przebiegu (w roku 1998 – 3.500.000 zgonów w świecie), AIDS (2.300.000 zgonów), choroby biegunkowe (2.200.000 zgonów), gruźlica (1.500.000 zgonów), malaria (1.100.000 zgonów) i odra (900.000 zgonów). Wśród dzieci niedożywienie jest nadal jeszcze częstszą przyczyną zgonów niż AIDS.

**Choroby zakaźne należą również do najczęstszych przyczyn kalectwa.** Rozmiar kalectwa lub upośledzenia sprawności określa liczba DALY (Disability Adjusted Life Years), tj. lat życia z upośledzoną sprawnością. W skali światowej na czele chorób, prowadzących do niesprawności, znajdują ostre choroby układu oddechowego (83.000.000 DALY w roku 1998), choroby biegunkowe (73.000.000 DALY), HIV/AIDS (71.000.000 DALY), malaria (39.000.000 DALY), odra (30.000.000 DALY), gruźlica (28.000.000 DALY), choroby przenoszone drogą płciową (kiła, rzeżączka, chłamydiozy, rzesistkowica – 17.000.000 DALY), krztusiec (13.000.000 DALY) i tzw. choroby tropikalne (11.000.000 DALY). Wśród chorób, powodujących trwałe kalectwo, należy wymienić również trąd i polio oraz niektóre choroby niezakaźne np. psychiczne.

**Istnieją już mało kosztowne sposoby zapobiegania najgroźniejszym chorobom zakaźnym.** Należą do nich szczepienia dzieci, zwłaszcza przeciwo-drowe, moskitiery, zapobiegające w 50% zgonom z powodu malarii, DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course), zmniejszające śmiertelność z powodu gruźlicy o 60%, IMCI (Integrated Management of Childhood Illnesses), m.in. wprowadzenie doustnego nawadniania dzieci z biegunką, zmniejszające o 90% liczbę zgonów z powodu odwodnienia, antybiotyki użyte we właściwym czasie i dawkach, zmniejszające śmiertelność z powodu zapalenia płuc oraz opracowane ostatnio metody zwalczania HIV/AIDS. Dotychczasowe osiągnięcia w zakresie zwalczania chorób zakaźnych. Zapadalność na drakunkulozę zmniejszyła się w ostatniej dekadzie o 90% dzięki współpracy WHO, UNICEF, Fundacji Cartera i Center for Disease Control w Atlancie. Ponad 100 krajów zostało uwolnionych od drakunkulozy; występuje ona nadal w 14 krajach afrykańskich. Niestety, w jednym z krajów

afrykańskich o niestabilnej sytuacji wewnętrznej liczba przypadków rejestrowanych rocznie ostatnio wzrosła. Podobnie tęczę noworodków został zlikwidowany w ponad 100 krajach, ale w świecie nadal ginie z jego powodu rocznie 300.000 noworodków i 40.000 matek. W roku 1967 tylko 64% ciężarnych było immunizowanych, a z 50 krajów endemicznych tylko 17 stara się o likwidację tęcza. W ciągu 15 lat leczono na trąd ponad 15 milionów ludzi. Liczba krajów, w których trąd jest problemem, zmniejszyła się ze 122 w roku 1985 do 28 obecnie. Nadal rejestruje się ponad 500.000 nowych przypadków rocznie. Zmniejszyła się znacznie zapadalność na filariozę limfatyczną i chorobę Chagasa. Onchocerkoza („ślepotą rzeczna”) została prawie zlikwidowana w 11 krajach Zachodniej Afryki poprzez ponad 20-letni program prowadzony przez Bank Światowy i Afrykański Program ds. Onchocerkozy przy współudziale firmy Merck – dostawcy leku. Niemniej, problem pozostaje nie rozwiązany jeszcze w 19 krajach.

[Wg Removing Obstacles to Healthy Development, WHO Geneva 1999]

*Od Redakcji. Jest oczywiste, że WHO samo nie może poprawić sytuacji zdrowotnej na świecie i w tym zakresie szuka partnerów, zarówno w innych organizacjach, jak i w społecznościach lokalnych. Nie może też zrobić wiele we wszystkich dziedzinach naraz i stąd wytypowane zostały pewne problemy priorytetowe, które powinny pomóc zwrócić na nie uwagę świata, zmobilizować fundusze i doprowadzić do skutecznych i ekonomicznie uzasadnionych działań z dobrze określonymi celami i wymierzalnymi efektami. Bliższe informacje można znaleźć w Internecie na stronach [www.who.int/chd/](http://www.who.int/chd/oraz) oraz [www.who.int/rbm](http://www.who.int/rbm).*



W połowie roku 2000 ukazał się **THE WORLD HEALTH REPORT 2000, HEALTH SYSTEMS: IMPROVING PERFORMANCE**. WHO, Geneva 2000, 215 stron. Podsumowanie tego opracowania, dokonane na wniosek Pani Dyrektora Gro Harlem Brundtland przez wielu ekspertów w zakresie ochrony zdrowia w świecie, prześlemy w następnym numerze MMP.



Komunikaty **WHO COMMUNICABLE DISEASE SURVEILLANCE AND RESPONSE (CDS)** zwracają uwagę na:

- ognisko ostrej gorączki hemorragicznej w Północnym Jemenie, mającej prawdopodobnie łączność z zachorowaniami na Rift Valley fever w Arabii Saudyjskiej; zarejestrowano 30 zgonów u ludzi i setki padnięć zwierząt domowych (CDS 20 września 2000);
  - ognisko gorączki zachodniego Nilu w Izraelu z zarejestrowanymi 76 przypadkami zachorowań, w tym 12 zgonów (CDS 22 września 2000);
  - epidemię cholery w Południowej Afryce w Departamencie Kwazulu-Natal, która utrzymuje się nadal i od sierpnia 2000 zaatakowała 5.285 osób oraz spowodowała 35 zgonów (6 komunikat w tej sprawie, CDS 20 listopada 2000);
  - epidemię cholery w rejonie Awdal w Somalii, gdzie od połowy października 2000 zanotowano 272 zachorowania, w tym 14 zgonów (CDS 22 listopada 2000);
  - ogniska gorączki hemorragicznej Ebola w dystryktach Gulu, Mbarara i Masindi w Ugandzie; w dystrykcie Gulu wystąpiło łącznie 327 przypadków, w tym 121 zgonów i 15 przypadków potwierdzonych laboratoryjnie, w pozostałych dystryktach zachorowania były sporadyczne (CDS 24 listopada 2000).
- [Występowanie zachorowań na gorączkę Ebola nie powinno pociągać za sobą ograniczeń w podróżowaniu do Ugandy (CDS 3 listopada 2000), niemniej mogą one stanowić zagrożenie dla pracowników służby zdrowia, mających bezpośredni kontakt z chorymi – przypisek od Redakcji],
- grupowe zachorowania na leptospirozę miały miejsce wśród atletów, biorących udział w zawodach w Sarawaku, Malezja (15 sierpnia 2000).



**Zapalenie opon mózgowych u osób powracających z Mekki.** 24 przypadki zapalenia opon mózgowych (grupa serologiczna W-135) zostały rozpoznane w Anglii, Francji i Niemczech u pielgrzymów powracających z Mekki. Arabia Saudyjska wymaga szczepienia pielgrzymów. Szczepionki różnią się między sobą; poliwalentna szczepionka używana w USA (A/C/Y/W-135) jest skuteczna, natomiast bivalentna szczepionka stosowana w Europie (A/C) może nie dawać pełnej odporności.

[Opracowano na podstawie doniesienia GEOSENTINEL z dnia 5 kwietnia 2000]

## Streszczenia interesujących publikacji

*Wobec toczącej się dyskusji nt. zmian klimatycznych na świecie, warto zapoznać się z zagrożeniami zdrowia, jakie te zmiany powodują i mogą jeszcze spowodować.*

### WPŁYW „EL NINO” – „DZIECIĄTKA” NA STAN ZDROWIA W ŚWIECIE

Co kilka lat, po świętach Bożego Narodzenia, u zachodnich wybrzeży Południowej Ameryki powstaje bardzo ciepły prąd morski, mający – jak się okazuje – znaczny wpływ na klimat i zdrowie mieszkańców odległych niekiedy krajów.

El Nino pojawia się nieregularnie co 2 do 7 lat i trwa 12-18 miesięcy. El Nino osłabia naturalne wiatry wiejące nad Pacyfikiem i sprowadza znaczne opady lub okresy suszy. Jego działanie dotyczy nie tylko krajów wokół Pacyfiku, ale również innych kontynentów. El Nino jest

odpowiedzialny za powodzie w Peru i Ekwadorze, za okresy suszy w południowo-wschodniej Azji, południowej Afryce i północnej Australii. W Indiach El Nino wpływa na osłabienie wiatrów monsunowych i skierowanie ich wzdłuż równika; powoduje to okresy letniej suszy w północno-zachodnich i centralnych Indiach i znaczną ilość opadów w Indiach północno-wschodnich.

Także niektóre z klęsk naturalnych wiąże się z wpływem El Nino, który był szczególnie wyraźny w latach 1982-1983 i 1997-1998. W roku 1997 środkowy Ekwador i Peru otrzymały 10-krotnie więcej opadów niż w innych latach; spowodowały one – między innymi – zniszczenie 10% ośrodków zdrowia na terenie Peru. El Nino z lat 1991-1992 spowodował najgorszą w tym stuleciu suszę w południowej Afryce. W 1983 z powodu znacznych opadów pojawiły się epidemie malarii w Ekwadorze, Peru i w Brazylii. W 1997 roku susza dotknęła Malesję, Indonezję i Brazylię, powodując m.in. ogromne pożary lasów tropikalnych.

Istnieją poważne przesłanki do obciążenia El Nino wzrostem zachorowań na malarię, dengę i gorączkę Rift Valley – choroby przenoszone przez komary. Na terenach endemicznych występowanie malarii w dużej mierze zależy od

opadów, wilgotności i temperatury otoczenia. Znaczne opady tworzą rozliczne miejsca lęgowe dla komarów (epidemie malarii w południowej Afryce i w Punjabie, Pakistan), ale powstają one również podczas suszy, kiedy duże zbiorniki wody ulegają fragmentacji na mniejsze zbiorniki wody stojącej (epidemie malarii w Wenezueli i w Kolumbii).

Komary przenoszące dengę są mniej zależne od opadów, gdyż mogą mnożyć się w niewielkich zbiornikach wody (puszki, porzucone opony), są natomiast zależne od temperatury otoczenia, na którą ma wpływ El Nino. W 1998 roku wiele krajów Azji, w tym wysp na Pacyfiku i Indonezji, miało szczególnie wysoką zapadalność na dengę. Gorączka Rift Valley we wschodniej Afryce zwykle występuje po okresach wzmożonych opadów; miało to miejsce w północno-wschodniej Kenii i w południowej Somalii w czasie 1997-1998 El Nino.

El Nino może też mieć wpływ na epidemie cholery. United Nation Inter-Agency Task Force on El Nino, którego członkiem jest WHO, bada, jaki może być wpływ El Nino na ocieplenie naszej planety i jak można przewidywać klęski, jakie sprowadza on na wiele krajów.

[Opracowano na podstawie WHO Fact Sheet nr 192, marzec 2000]

## Szkolenie:

### kursy, książki, wideoteka, internet, konferencje

#### KURSY

#### KURS ORGANIZOWANY PRZEZ FUNDACJĘ W DNACH 2-7 LIPCA 2001

Kurs „Opieka Zdrowotna w Tropiku” przeznaczony jest dla osób pracujących lub zamierzających podjąć pracę w ośrodkach medycznych w krajach tropikalnych. Porusza kluczowe zagadnienia z zakresu zdrowia w tropiku. Łączy elementy różnych specjalności (medycyna tropikalna, parazytologia, epidemiologia, jadownictwo i trujące zwierzęta, zdrowie publiczne, kulturoznawstwo, oświata zdrowotna, organizacja i zarządzanie w służbie zdrowia, obozy dla uchodźców). Podczas kursu przedstawiony zostanie pełen zakres działań, wchodzących w skład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w tropiku (Primary Health Care) w myśl Deklaracji z Alma-Ata oraz postępowanie w chorobach dzieci (WHO IMCI strategy). Biuro Fundacji udziela bliższych informacji i przyjmuje zgłoszenia na kurs.

#### LISTA KURSÓW DOKSZTAŁCAJĄCYCH

prowadzonych przez europejskie i amerykańskie instytuty związane z medycyną tropikalną jest dostępna w Fundacji i będzie podana w następnych numerach MMI.

#### NOWE KSIĄŻKI

Światowa Organizacja Zdrowia w Genewie wydała w tym roku kolejne (drugie) wydanie

„Management of severe malaria. A practical handbook”. Książeczka zawiera zasady rozpoznawania zimnicy, oceny jej formy klinicznej, podstawy leczenia, zarówno przeciwparazytycznego, jak i internistycznego. Ciężkie przypadki malarii muszą być leczone w Oddziałach Intensywnej Terapii Internistycznej. Omawiane są również najczęstsze błędy w postępowaniu klinicznym.



Do wglądu w Fundacji jest rozprawa nt. Racjonalizacja pomocy medycznej w formie darów leków według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO/OMS). Analiza dokumentu „Guidelines for Drug Donations” (WHO/DAP/96.2), przygotowana przez Prezesa Fundacji, lek.med. Norberta Rehlisa, w ramach Podyplomowego Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, prowadzonego przez Akademię Medyczną im. Karola Marcinkowskiego i Akademię Ekonomiczną w Poznaniu.

#### CD

**Topics in International Health:** zestaw 12 dysków CDROM na najważniejsze tematy z zakresu medycyny tropikalnej został przygotowany przez Welcome Trust i jest rozprowadzany przez CABI Publishing, Wallingford, Oxon OX10 8 DE, UK (<http://www.cabi.org/catalog/cdrom>).

#### INTERNET

Adresy internetowe z zakresu parazytologii zostały opracowane dla uczestników Kongresu EMOP8, który odbył się w Poznaniu we

wrześniu 2000. Lista adresów będzie podana w następnym numerze MMI.

#### KONFERENCJE I KONGRESY

- 1-4 kwietnia 2001, Istanbuł, 11th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, szczegóły: [info@akm.ch](mailto:info@akm.ch)
- 3-6 maja 2001, Lipsk, 6 Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin, <http://www.eucid.org>
- 20-24 maja 2001, Kreta, 2nd International Congress of Leishmania and Leishmaniasis, [congress@triaenatours.gr](mailto:congress@triaenatours.gr)
- 27-31 maja 2001, Innsbruck, 7th Conference of the International Society of Travel Medicine, [istm\\_europ@csi.com](mailto:istm_europ@csi.com)
- 6-8 czerwca 2001, Kiekrz k. Poznania, Problemy Higieny i Epidemiologii u progu XXI wieku. Polskie Towarzystwo Higieniczne
- 10-12 września 2001, Leeds, UK, British Society for Parasitology: 12th Malaria Meeting, <http://www.biology.leeds.ac.uk/malaria.htm>
- 22-25 października 2001, Dakar, 6<sup>ème</sup> Congres International Francophone de Medicine Tropicale, Societe de Pathologie Exotique, <http://www.pasteur.fr/socpatex>
- 5-8 listopada 2001, Manila, 6th International Symposium on Maritime Health, [jrydeguz@compass.com.ph](mailto:jrydeguz@compass.com.ph)
- 11-14 marca 2002, Singapur, 10th International Congress on Infectious Diseases, <http://www.meet-in-singapore.com.sg> lub [www.isid.org](http://www.isid.org)
- 4-10 sierpnia 2002, Vancouver, Kanada, X International Congress of Parasitology (ICOPA), <http://www.biology.ualberta.ca/courses.hp/tp4.hp/home/htm>



AKTUALNY TEMAT: HIV/AIDS w krajach rozwijających się



## ZAKAŻENIA HIV/AIDS

Na podstawie wybranych dokumentów UNAIDS – lista dostępna w Internecie pod adresem <http://www.unaids.org/key materials> – oraz HIV/AIDS w Topics in International Health, The Welcome Trust.1999 opracował Prof. Zbigniew Pawłowski. Opracowanie zostało przygotowane dla potrzeb misjonarzy i było przedstawione na kursie w IFM w Warszawie w czerwcu 2000. Stanowisko Ks. Jacques Suaudeau z Papieskiej Rady Rodziny w sprawie zapobiegania epidemii HIV/AIDS zostało wydrukowane w wydaniu polskim L'Osservatore Romano R. 22, nr 1 (229) 2001, s. 55-58. Obszerne opracowanie, szczegółowo udokumentowane, ogniskuje się wokół dwóch istotnych informacji, obrazujących stanowisko Kościoła Katolickiego: „Nie można liczyć, że uda się powstrzymać epidemię HIV/AIDS jedynie przy pomocy prezerwatywy” oraz „Najbardziej radykalnym działaniem, zapobiegającym HIV/AIDS, którego skuteczności nikt nie może kwestionować, jest wstrzemięźliwość pociowa młodzieży przed małżeństwem oraz czystość w małżeństwie”.

*»AIDS stanowi zagrożenie dla całej ludzkości, ale w odróżnieniu od wojny, jest bitwą, która toczy się w nas samych... Czy wybieramy nienawiść i dyskryminację, czy też będziemy mieli odwagę, by wybrać miłość i pomoc bliźniemu?«*

Elisabeth Kuebler-Ross

„Koło Życia”. Bertelsmann Media Sp.z o.o.  
Łódzka Drukarnia Działowa SA, 1997, s. 249.

### Różnorodność zjawisk i terminów w HIV/AIDS

HIV – ludzki wirus upośledzenia odporności (human immunodeficiency virus) jest różnorodną grupą wirusów. Cechuje się ona dużą zmiennością antygenową i różną szybkością namnażania. Istnieje HIV-1 i mniej patogenny HIV-2. Wirus HIV-1 ma z kolei 9 genotypów (A-H i O), wpływających na różnorodność przebiegu klinicznego zakażenia. Zakażenie HIV nie jest równoznaczne z chorobą.

AIDS – pełnoobjawowy zespół chorobowy nabytego upośledzenia odporności (acquired immunodeficiency syndrome) może wystąpić w późniejszym okresie zakażenia HIV po okresie bezobjawowym lub skąpoobjawowym. AIDS może mieć różny wyraz kliniczny zależnie od stopnia upośledzenia odporności i rodzaju rozwijających się oportunistycznych zakażeń wirusowych, bakteryjnych, grzybiczych, pasożytniczych lub inwazji nowotworowych, które są odpowiedzialne za wysoką śmiertelność w AIDS.

Wirus HIV korzysta z różnorodnych dróg przenoszenia i w różnych rejonach świata szerzy się mniej lub bardziej gwałtownie. W krajach rozwiniętych zakażenia HIV występują głównie w określonych środowiskach (narkomanów, męskich homoseksualistów), skąd wolno przenikają do ogółu społeczności heteroseksualnej. W krajach mniej rozwiniętych wirus wykorzystuje lokalne zwyczaje seksualne oraz warunki socjalne i poprzez prostytucję i promiskuityzm trafia do ogółu społeczności znacznie szybciej i szerzy się tam gwałtowniej, stając się poważnym problemem nie tylko medycznym, ale również edukacyjnym, ekonomicznym i politycznym. Problem HIV/AIDS dotyka istotnych zagadnień z zakresu norm i praktyk określonych kultur, lokalnych zależności socjalno-ekonomicznych, roli kobiet w społeczności, odpowiedzialności człowieka za zdrowie i życie innych ludzi, sfer seksualności i moralności regionalnie zróżnicowanych. Dlatego w krajach rozwijających się problem HIV/AIDS staje się zagadnieniem społecznym i wielodyscyplinarnym.

### Pandemia HIV/AIDS i co ją wywołuje?

Mówimy o pandemii HIV/AIDS, ponieważ objęła ona nieomal wszystkie kraje na świecie. Do końca roku 2000 zarejestrowano 36,1 miliona osób zarażonych HIV. Tylko w roku 2000 było 5,3 miliona ludzi, którzy nabyli HIV, w tym 4,7 miliona dorosłych (2,2 miliona kobiet i 2,5 miliona mężczyzn) oraz 600.000 dzieci w wieku do 15 lat. Od początków pandemii zmarło na AIDS 21,8 milionów ludzi, w tym 17,5 miliona dorosłych i 4,3 milionów dzieci. Tylko w roku 2000 zmarło na AIDS 3 miliony ludzi, w tym 1,3 miliona kobiet i 1,2 miliona mężczyzn oraz 500.000 dzieci. Każdego dnia ulega zakażeniu ponad 1.600 dzieci. Od roku 1995 AIDS jest najczęstszą przyczyną śmierci w USA (35 przypadków/

100.000). W latach 1994-1997 zanotowano wzrost zachorowań o 100% w Rosji, Indiach, Chinach, Indonezji, Ekwadorze, Angoli, Namibii i Afryce Południowej; roczna liczba nowych zachorowań nie zwiększa się w USA, Kanadzie i w Europie (w Szwajcarii, Niemczech, Anglii i Szwecji). W Afryce istnieje 16 krajów, w których ponad 10% populacji w wieku 15-41 lat jest zarażona HIV; spadek liczby zarażonych obserwuje się w Ugandzie i w Zambii. W Azji tylko w 3 krajach – w Kambodży, Miramar i w Tajlandii – odsetek zarażonych przekracza 1% populacji w wieku ponad 15 lat. Należy zaznaczyć, że 0,7% populacji zarażonej w Indiach to w cyfrach bezwzględnych 3,7 miliona ludzi. Sytuacja w Ameryce Środkowej i Południowej jest bardzo zróżnicowana. Często są zachorowania w rejonie wysp karaibskich. W Ameryce Środkowej i Południowej w 10 krajach odsetek zarażonych HIV przekracza 0,5% populacji dorosłych (Argentyna, Belize, Brazylia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Panama, Surinam).

W Polsce od roku 1985 do dnia 31 grudnia 2000 zarejestrowano 6.747 zakażeń u obywateli polskich, wśród których było co najmniej 4.285 zakażonych w związku z używaniem narkotyków (64%). Ogółem na dzień 31 grudnia 2000 odnotowano 948 zachorowania na AIDS (14%); z tego zmarło 513 osób (54%). Ocenia się, że w Polsce żyje około 12.000 osób zarażonych HIV, tj. dwukrotnie więcej niż osób formalnie zarejestrowanych.

Trzeba podkreślić, że za zasłoną danych statystycznych kryją się setki tysięcy osobistych tragedii, które trudno podać w cyfrach.

Pandemie wywołuje wirus HIV (human immunodeficiency virus), należący do rodziny retrovirusów wnikających do DNA człowieka i tam rozmnażający się. Wirus HIV atakuje 40-70% komórek należących do subpopulacji limfocytów T, które posiadają receptory CD4 (tkanka limfatyczna, makrofagi, komórki dendrytyczne i mikrogleju). Wirus HIV należy do rodzaju lentiwirusów działających wolno, stąd długi okres od zakażenia do zgonu. Wirus cechuje się również zmiennością genetyczną, która sprawia, że organizm człowieka nie może sprawnie likwidować wirusów, które ponadto mogą stawać się odporne na leki. Wirus HIV-1 przeszedł na ludzi od szympanów (które nie chorują!), a jego druga odmiana, rozpowszechniona głównie w Afryce Zachodniej, wirus HIV-2 wywodzi się od mangaby szarej. Adaptacja wirusa do populacji ludzkiej była procesem wielokrotnym, zachodzącym od ponad 50 lat. Wirus HIV jest wrażliwy na wiele pospolitych środków odkażających, m.in. związki chloru, formalinę i aldehyd glutarowy; ginie on w ciągu 30 minut w temperaturze +56°C.

### Jak się rozprzestrzenia wirus HIV?

Wirus HIV rozprzestrzenia się poprzez:

- 1) stosunek płciowy heteroseksualny lub homoseksualny między mężczyznami (zakażenia wśród lesbijek są mało prawdopodobne);
- 2) drogę parenteralną, najczęściej krwiopochodną, poprzez używanie zakażonych igieł, strzykawek (narkomani), narzędzi medycznych, przetoczenie zarażonej krwi lub jej przetworów, oraz
- 3) drogą tzw. „pionową” z matki na płód i noworodka. Na różnych kontynentach częstość poszczególnych dróg szerzenia się zakażenia różni się znacznie (tabela 1).

Tabela 1. Główne drogi rozprzestrzeniania się HIV na różnych kontynentach

Kontynent	Stosunek płciowy		Narkomania	Transfuzja krwi
	hetero- seksualny	homo- seksualny		
Afryka	>85%	2%	<2%	>4%
Azja	>65%	>10%	~15%	>5%
Obie Ameryki	>55%	>30%	>6%	>2%
Europa	>30%	>45%	>22%	>3%
Oceania	>35%	>55%	3%	3%

Możliwość przeniesienia wirusa drogą płciową wyraża się proporcją 1/1000 – 1/100 stosunków, poprzez krew 9/10 przetoczeń, od matki do dziecka 2-4 przypadków na każde 10 noworodków. Wysokie ryzyko zakażenia drogą płciową dla mężczyzn i kobiet wiąże się z korzystaniem z wielu partnerów seksualnych, z dużą dawką zakaźną (zakażenia wczesne lub objawowe, stosunek w czasie menstruacji) lub brakiem stosowania prezerwatyw (np. przy korzystaniu z doustnych leków antykoncepcyjnych). U kobiet szczególnie znaczenie ma tzw. synergizm epidemiologiczny – współwystępowanie zakażeń HIV i innych chorób wenerycznych. Możliwość zakażenia HIV jest 4-krotnie większa w przypadkach istnienia innych chorób wenerycznych, zwłaszcza ze zmianami wrzodzącymi. Inne choroby weneryczne sprzyjają też postępowi AIDS i utrudniają właściwe leczenie. Stosunki analne lub oralne cechuje większe ryzyko zarażenia dla strony biernej, gdyż owrzodzenia i urazy odbytnicy lub jamy ustnej sprzyjają zakażeniu. Przenoszenie HIV na płód lub noworodka ma miejsce zwykle pod koniec ciąży (23%), w czasie porodu (65%) lub poprzez karmienie piersią (12%). Możliwość zakażenia jest większa przy obecności wielu wirusów we krwi matki (świeże lub późne zakażenie), w czasie przedłużającego się porodu po pęknięciu pęcherza (>4 godziny), po nacięciu krocza, u pierwszego z dwóch bliźniaków. Transmisja parenteralna zdarza się najczęściej u narkomanów poprzez wspólne igły i strzykawki, częste wstrzyknięcia, tworzenie dość zamkniętych środowisk narkomanów, prostytucję (zdobywanie pieniędzy na narkotyki). Używanie kokainy pogarsza stan chorych. Przypadkowe – zawodowe zakażenie HIV ma miejsce najczęściej wskutek ukłucia igłą (ryzyko 1/200) lub dostania się materiału zakaźnego do spojówki oka lub błony śluzowej jamy ustnej. Przeniesienie przez krew sprzyja mieszaniu krwi wielu dawców (np. w niektórych preparatach krwi), brak badania krwi na obecność wirusa (badanie nie jest w 100% pewne) i pozyskiwanie krwi od dawców płatnych (często narkomanów potrzebujących pieniędzy). Ponadto HIV można zakażać się poprzez stosowanie akupunktury, w czasie tatuażu, nakłuwania uszu (i nie tylko), korzystanie z nasienia i organów do transplantacji nie badanych dawców.

### Jak człowiek nie zakaża się HIV?

Możliwość zakażenia zależy od kontaktu z znaczną liczbą wirusów i ułatwioną drogą ich wnikania (zakażeniu sprzyjają ubytki skóry, owrzodzenia błon śluzowych, brak obrzezania). Przyjmuje się, że w 1 mililitrze płynu mózgowo-rdzeniowego może być 10-1000 cząsteczek wirusa, w surowicy krwi i w nasieniu 10-50 cząsteczek, w wydzielinie z ucha 5-10 cząsteczek, we łzach, ślinie, moczu, wydzielinie pochwy i w mleku kobiecym poniżej jednej cząsteczki na jeden mililitr. Wirus HIV-2 jest mniej zakaźny niż wirus HIV-1. Stąd też wirus HIV na ogół nie przenosi się poprzez obejmowanie i całowanie policzków, podawanie ręki, opiekę nad zakażonym w domu (przy zachowaniu ostrożności w postępowaniu z wydalninami i wydzielinami chorego) lub w pracy, przez korzystanie ze wspólnych toalet i waniek, przez ukłucia owadów krwiopijnych, wspólnie spożywanie pokarmy i picie wody ze wspólnych naczyń. Natomiast wirus może być przeniesiony przez ugryzienie do krwi przez agresywnego chorego. „Trudne” przeniesienie zakażenia HIV z jednej osoby na drugą poprzez kontakt „socyjalny” nie daje podstawy do izolowania zakażonych i chorych na HIV/AIDS, a wprost przeciwnie – umożliwia otoczenie ich pomocą, jakiej potrzebują.

### Przebieg zakażenia HIV i rozwój AIDS

Pierwotna ostra choroba retrowirusowa pojawia się zwykle w 2-4 tygodnie od chwili nabycia wirusa i trwa około 1-2 tygodni do czasu poja-

wienia się immunologicznych odczynów obronnych, które wprawdzie nie zapobiegają rozwojowi choroby, ale mogą spowolnić jej wystąpienie. We krwi pojawia się antygen wirusa (p24), a po tym swoiste przeciwciała klas IgM i IgG. Mogą w tym czasie pojawić się mało charakterystyczne objawy, jak gorączka, powiększenie węzłów chłonnych, zapalenie gardła, plamisto-grudkowa wysypka twarzy i tułowia, zmiany wrzodzące jamy ustnej, przełyku i genitalii, bóle mięśni i stawów. Często okres ten mija niepostrzeżenie, przechodząc w okres bezobjawowy.

Okres zakażenia bezobjawowego („A”) może trwać od kilku do kilkunastu lat. Jest on krótszy przy opóźnionej reakcji obronnej (niedostateczna produkcja przeciwciał, nieswoiste mechanizmy obronne, np. Interferon alfa) i towarzyszących zakażeniach lub ekspozycji na zakażenia, szczególnie wirusowe. U ludzi starszych (>50 lat) okres ten jest krótszy (średnio 7 lat) niż u ludzi młodych (średnio 11 lat). Jest on też krótszy w Afryce (zgony średnio po 5 latach) niż w USA (zgony po 10 latach).

Okres wczesnego zakażenia objawowego („B”) pojawia się w wyniku namnażania się wirusa i spadku liczby komórek CD4 niszczonej przez wirusa, a odpowiedzialnych za mechanizmy obronne przeciwko zakażeniom i nowotworzeniu. W tym okresie występują objawy niecharakterystyczne, takie jak: gorączka (80-90%), uczucie osłabienia (70-90%) połączone z brakiem łaknienia, chudnięciem i biegunką, bóle stawowe (50-70%), poty w nocy (50%) oraz niebolesne powiększenie węzłów chłonnych (40-70%). Te niecharakterystyczne objawy należy różnicować z malarią, kiłą, toksoplazmozą i wieloma zakażeniami wirusowymi (mononukleozą zakaźną, zakażeniem wirusem cytomegalii, różyczki, opryszczki, adenowirusami, wirusami zapalenia wątroby A, B i C).

Do objawów, które mogą nasunąć podejrzenie o AIDS, należą: małopłytkowość, zmiany skórne w postaci łojotokowego zapalenia skóry, kandydoza genitalii i brodawczaki oraz zmiany jamy ustnej w postaci leukoplakii, kandydozy, owrzodzeń wywołanych wirusem opryszczki i zapalenia dziąseł.

Okres „C” rozwiniętych objawów AIDS zależy od dużej liczby krążących wirusów i znacznego spadku komórek CD4 (<200/mm<sup>3</sup>) i pojawiających się w związku z tym zakażeń oportunistycznych, takich jak: gruźlica, toksoplazmoza, zakażenie Pneumocystis i zmian nowotworowych. Zmiany dotyczą wielu narządów, ale najsilniej są one wyrażone w układzie nerwowym pod postacią encefalopatii (postępujące zaburzenia poznawcze i motoryczne), neuropatii obwodowej (utrata czucia i bóle o lokalizacji podobnej do skarpetki lub rękawiczki), miopatii (bóle mięśni barku i biodra), mielopatii (parestezje, zaburzenia czucia, „słabość” nóg, osłabienie zwieraczy, spastyczny chód, zaburzenia równowagi). Wielu pacjentów zgłasza się do lekarza dopiero w tym okresie. AIDS, zwłaszcza nie leczony, często kończy się zgonem, którego powodem, poza ogólnym wyniszczeniem, są zakażenia oportunistyczne i nowotwory.

Tabela 2 przedstawia występowanie najważniejszych zakażeń oportunistycznych na różnych kontynentach.

Tabela 2. Najważniejsze zakażenia oportunistyczne na różnych kontynentach

Kontynent	Rodzaj zakażenia oportunistycznego
Afryka	gruźlica, zapalenie mózgu toksoplazmowe, zapalenie opon kryptokokowe, zapalenie płuc pneumokokowe, salmonellozy
Azja	gruźlica, zapalenie płuc pneumocystozowe
Płd. i Centr. Ameryka	gruźlica, zapalenie mózgu toksoplazmowe, zapalenie opon kryptokokowe, zakażenie wirusem cytomegalii

### Kobiety, dzieci i dziewczęta cierpią szczególnie z powodu HIV/AIDS

U kobiet przebieg zakażenia HIV i AIDS oraz czas przeżycia są podobne jak u mężczyzn. Ciąża nie pogarsza przebiegu zakażenia, ale ma niekorzystny wpływ na płód (poronienia, mała waga urodzeniowa), stąd przeważa pogląd, że kobiety HIV+ powinny unikać ciąży. Zakażenie HIV zmniejsza płodność (utrata płodu, stosowanie antykoncepcji, obawa

(ciąg dalszy na str. 8-9)



## ZAKAŻENIA HIV/AIDS

(ciąg dalszy ze str. 7)

posiadania zarażonego dziecka; uwaga – zakażenia HIV nie mają wpływu na powstawanie wad wrodzonych). Zakażenie HIV u kobiet często prowadzi do przewlekłych owrzodzeń genitalii na tle zakażenia herpes simplex, przewlekłej kandydozy pochwy i inwazyjnego raka szyjki macicy.

W roku 2000 było 1.400.000 dzieci HIV+; liczba dzieci osieroconych z powodu zgonu rodziców wynosiła 13.200.000, w tym 12.100.000 w Afryce na południe od Sahary. Podejrzewa się zakażenie HIV u dzieci, gdy występują u nich nawracające zakażenia bakteryjne lub wirusowe, gruźlica, półpasiec, zaburzenia neurologiczne (wirus cytomegalii). Częste u dzieci są zapalenia śródmiąższowe płuc i kandydoza przełyku, natomiast rzadko występuje mięsak Kaposiego. Rozpoznanie serologiczne zakażenia HIV u niemowląt może być trudne, gdyż mogą one posiadać przeciwciała matczyne do 18 miesiąca życia.

Młode dziewczęta są szczególnie narażone na zakażenie HIV z wielu powodów. Ich niedojrzały jeszcze układ rozrodczy jest szczególnie podatny na zakażenie, dziewczęta są narażone na gwałt i współżycie ze starszymi, często już zakażonymi partnerami, są one psychicznie i ekonomicznie nieprzygotowane do samodzielnego życia, a zarażone nierzadko nie znajdują oparcia w rodzinie.

### Jak rozpoznać zakażenie HIV i AIDS?

Podejrzanie o HIV zależy od wielu czynników: właściwej oceny ryzyka zakażenia (pacjent homoseksualista, narkoman, prostytutka), objawów klinicznych (zmiany „kardynalne”, charakterystyczne i towarzyszące) i wyników badania laboratoryjnego (testu serologicznego oraz oceny ilości krążących we krwi wirusów i liczby komórek CD4).

Do grupy szczególnego ryzyka należą: narkomani korzystający ze środków wymagających wstrzykiwania dożylnego, partnerzy seksualni HIV+ lub korzystający z wielu okazji do przygodnych stosunków, partnerzy z okolic endemicznych, mężczy homoseksualiści; osoby z owrzodzeniami genitalii w wywiadzie i przetoczniem krwi po 1975 roku, poddawane skaryfikacji, tatuazowi, nakłuwananiu uszu lub obrzezaniu.

Do zmian kardynalnych należą: mięsak Kaposiego (KS) w jamie ustnej, zmiany KS uogólniające się i postępujące zapalenie płuc wywołane przez Pneumocystis (w Afryce rzadko) kandydoza przełyku, zapalenie siatkówki wywołane wirusem cytomegalii.

Do zmian charakterystycznych (podejrzanie HIV, gdy występują 2 zmiany lub więcej) należą: pleśniawki jamy ustnej (u pacjenta dorosłego, który nie brał antybiotyków), włochata leukoplakia, zapalenie opon na tle kryptokokowym (częste w Afryce), gruźlica (prosówka, gruźlica pozapłucna, bezjamowa), półpasiec (często obustronny, aktualny lub przebyty u pacjenta <50 lat), znaczne swędzenie ciała, mięsak Kaposiego (nieuogólniony i niepostępujący), zaawansowany chłoniak komórek B pozawęzłowy.

Do zmian towarzyszących, wspomagających rozpoznanie, obok zmian charakterystycznych należą: spadek ciężaru ciała > 10%, gorączka (też niestała) > 1 miesiąc, kaszel > 1 miesiąc (te trzy objawy są typowe także dla gruźlicy), biegunka (też niestała) > 1 miesiąc, owrzodzenie genitalii lub odbytu > 1 miesiąc, objawy neurologiczne (napady drgawek, obwodowa neuropatia motoryczna i czuciowa, zmiany ogniskowe, demencja, narastające bóle głowy), uogólniona limfopatia (nie licząc pachwinowej, częściej z innego powodu), nowo ujawniona reakcja uboczna na leki (np. sulfonamidy), ciężkie lub zaawansowane zmiany skóry.

Większość zakażonych ma dodatni odczyn serologiczny (za wyjątkiem 2-4 tygodniowego okresu bezpośrednio po zarażeniu tzw. „okienka”

serologicznego). Najpraktyczniejsze w tropiku są proste, szybkie i czułe testy wykrywające przeciwciała (ELISA, aglutynacja). Dodatni wynik testu na HIV wymaga potwierdzenia testem bardziej specyficznym techniką Western Blot. Z zasady wykonuje się badania dwoma testami, chociażby dlatego, że może zająć pomyłka przy przekazywaniu materiału do badania. Zdarza się, że wynik badania serologicznego w kierunku HIV-1 jest fałszywie ujemny (nowy podtyp HIV-1, zakażenie HIV-2, opóźnione wytwarzanie przeciwciał, długotrwałe skojarzone leczenie HIV). Stosowane obecnie testy diagnostyczne są prawie w 100% czułe i swoiste.

Obecność wirusa wymaga wysoce specjalistycznych badań, wykrywających cząstki białka p24 lub RNA wirusa (czułość testu jest bardzo wysoka; wykrywa on tak niewiele jak 100 kopii wirusa w 1 ml surowicy) lub wirusa w DNA zarażonych komórek (czułość tak znaczna, że wykryć można 1 zarażoną komórkę na 100.000 badanych). Obecność wirusa można ustalić na początku zakażenia, kiedy nie ma jeszcze przeciwciał. Później badanie ilości wirusa krążącego we krwi (tzw. load) jest bardzo pomocne w ocenie stanu chorego, wyborze sposobu leczenia i rokowania.

Liczbę krążących we krwi komórek CD4 można określić dokładnie przy pomocy cytometrii. Tam, gdzie nie można wykonać cytometrii, można w każdym laboratorium orientacyjnie określić liczbę limfocytów we krwi (odsetek limfocytów w rozmazie krwi pomnożony przez ogólną liczbę krwinek białych) i przyjąć, że  $<100 \text{ limfocytów/mm}^3 = <200 \text{ komórek CD4/mm}^3$ .

### Postępowanie w przypadkach zakażenia HIV i choroby AIDS

Wyleczenie z zakażenia HIV jest niemożliwe, można natomiast zahamować wystąpienie objawowego AIDS lub opóźnić jego wystąpienie oraz zmniejszyć dalsze rozprzestrzenianie się zakażenia przez zakażonego. Stąd podstawowa rola edukacji w zapobieganiu zakażeń HIV.

Leki swoiste mają znaczny wpływ na przebieg zakażenia i rokowanie, ale na wielu terenach endemicznych są one niedostępne lub dostępne w asortymencie i ilości niedostatecznej do zalecenia zakażenia. Leczenie swoiste może być podejmowane w każdym okresie zakażenia. Skuteczność leczenia jest większa u leczonych pierwszy raz; leczenie niekompletne sprzyja lekooporności. Istnieją 3 grupy leków: PLS – inhibitory proteazy (Norvir, Viracept, Amprenavir), NRTI nukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (Retrovir=ZVD, Videx, 3TC, Zerit, Hivid, Ziagen) oraz NNRTI – nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (Viramune, Stocrin). Stosuje się leczenie skojarzone w następujących 3 kombinacjach: 2 leki NRTI + 1 lek NNRTI; 2 leki NRTI + 1-2 PLS; 3 leki NRTI. Czas pełnego profilaktycznego stosowania ww. leków - nie później niż 24 godziny po zakażeniu określa się na 30 dni; badania kontrolne wykonuje się po 6 tygodniach, 3 i 6 miesiącach. W czasie leczenia mogą wystąpić trudności z uwagi na koszt leków, brak współpracy pacjenta z lekarzem, występowanie objawów ubocznych i niepełne monitorowanie skuteczności leczenia (podwyższona liczba komórek CD i zmniejszenie się ilości krążących wirusów).

Istotnym elementem postępowania jest zapobieganie zakażeniom oportunistycznym, głównie gruźlicy (chemioterapeutyki), toksoplazmozie (leki prewencyjne, gdy  $CD4 < 100$ ), zakażeniu Pneumocystis (leki prewencyjne, gdy  $CD4 < 200$ ). Należy mieć również na uwadze zapobieganie zakażeniem wirusem zapalenia wątroby (A), Streptococcus pneumoniae oraz prewencję nawrotów Mycobacterium avium, Toxoplasma gondii, CMV, Pneumocystis carinii.

Leczenie objawowe ma szczególne znaczenie w przypadku biegunek, zapalenia płuc, gorączki, bólów głowy, limfadenopatii, kandydozy jamy ustnej i zmian skórnych. Opieka pediatryczna i pielęgnarska są niezbędne u ciężiej chorych.

### Zapobieganie zakażeniom HIV jest ważniejsze niż leczenie

Postępowanie lecznicze i prewencyjne różni się w różnych grupach populacji i obejmuje opiekę lekarską, fachowe poradnictwo, edukację seksualną i zachętę do stosowania prezerwatyw w przypadkach ryzykownego stosunku (tabela 3).



Tabela 3. Główne kierunki działania w różnych grupach populacji

Populacja	Kierunki działania
Zakażeni i chorzy	Opieka lekarska i poradnictwo (zapobieganie dalszego przenoszenia)
Grupa zwiększonego ryzyka (narkomani, prostytutki, homoseksualiści mężczy)	Zmiana postępowania, prezerwatywy
Potencjalne grupy ryzyka (młodzież szkolna)	Edukacja seksualna („nie” dla wczesnego rozpoczęcia współżycia, „tak” dla wierności partnerowi)
Ogół populacji	Edukacja m.in. jak HIV się nie przenosi, tolerancja dla osób HIV +, zasady opieki nad chorymi na AIDS

Mobilizacja narażonej na zakażenie HIV społeczności odgrywa istotną rolę w zapobieganiu szerzenia się epidemii (załączniki 1 i 2).

Załącznik 1. Przykłady programów mobilizujących rodziny i społeczności do zwalczania HIV/AIDS – wg UNAIDS, CASE STUDY, JUNE 1999

**Brazylia** — Projeto Esperanca de Sao Miguel Paulista, od roku 1988  
Siostra Gabriela O'Connor, biskup Dom Angelico Sandalo Bernardino

**Cel:** poprawa jakości życia osób HIV+/AIDS przez zmianę ich zachowania i podejścia otoczenia, szczególnie w biednych dzielnicach miast.

**Realizacja:** wsparcie i opieka nad chorymi, pomoc rodzinom, opieka nad sierotami, edukacja, mobilizowanie finansów (wizyty domowe, mobilizacja wolontariuszy i płatnych animatorów).

**Współpraca:** Ministerstwo Zdrowia, projekt HOPE, Caritas-Holland, CAFOD (UK), DKA (Austria).

**Kenia** — Program diecezji Kitui, od roku 1992.

Dr Frank Engelhard (Memisa); kilka szpitali misyjnych i 2 rządowe.

**Cel:** zmniejszenie zapadalności na HIV, godne życie dla osób HIV+ i pacjentów z AIDS

**Realizacja:** biedne okolice wiejskie, poradnictwo przed i po teście, wizyty domowe, sesje grupowe, edukacja społeczeństwa, rekrutowanie wolontariuszy, opieka nad chorymi na schorzenia weneryczne, przygotowanie chorych do odejścia, dostarczanie leków.

**Współpraca:** Ministerstwo Zdrowia, Diecezja Katolicka, Church of Province of Kenya, władze lokalne.

**Malezja** — Drug user programme, Ikhlas Community Centre, Pink Triangle, od 1991.

Organizacja Pink Triangle, Malaysia działa wśród narkomanów dzielnicy Chow Kit, Kuala Lumpur.

**Cel:** informacja dla narkomanów o HIV/AIDS, opieka i poradnictwo.

**Realizacja:** nawiązywanie kontaktów z narkomanami, pomoc socjalna, tworzenie „drop-in-centre” – ognisk pomocy, pomoc medyczna i socjalna.

**Współpraca:** Malaysian AIDS Council, WHO, Ministerstwo Zdrowia i inne (Malaysian Red Cross Society, Nationa Council of Churches).

**Południowa Afryka** — Tateni Home Care Services, od roku 1995.

Założona przez grupę emerytowanych pielęgniarek z Mamelodi (Pretoria).

**Cel:** poradnictwo i pomoc zakażonym HIV, organizacja opieki w domu chorym na AIDS, uzyskanie pomocy społeczności dla chorych na AIDS, szeroko pojęta edukacja.

**Realizacja** przez współpracę z różnymi instytucjami pozarządowymi.

**Tajlandia** — Sanpatong Home-based Care Project, od 1992.

Grupa pielęgniarek Sanpatong Red Cross + wolontariusze ze szpitala uniwersyteckiego w Chang Mai.

**Cel:** domowa opieka nad chorymi na AIDS, zmiana negatywnego nastawienia rodziny i społeczności do chorych, promocja self-care i self-reliance u rodzin i chorych.

**Realizacja** zadań na płaszczyźnie biologicznej, psychicznej i socjalnej: Thursday Club, szkolenie wolontariuszy, opieka mnichów buddyjskich.

**Współpraca:** Red Cross, Chiang Mai University, władze lokalne.

**Zimbabwe** — Chirumhanzu, Home-based Care Project, od 1994.

Pielęgniarki ze szpitala, siostry dominikanki, lekarze.

**Cel:** promocja opieki domowej chorych na AIDS, pomoc w zakresie informacji, doświadczenia, finansowania i poparcia niematerialnego.

**Realizacja:** szkolenie wolontariuszy i rodzin, poparcie grupowe, zwalczanie dyskryminacji.

Załącznik 2. Mobilizacja społeczności w sprawie HIV/AIDS wg UNAIDS Technical update, 1997

Członkowie zmobilizowanej społeczności:

- są świadomi – w sposób realistyczny i szczegółowy – indywidualnej i zbiorowej podatności na HIV/AIDS;
- są motywowani, aby zrobić coś dla zmniejszenia zapadalności na HIV,
- są w posiadaniu wiedzy, co mogą zrobić i jak wzmocnić swe siły (fundusze, praca, materiały);
- biorą udział w podejmowaniu decyzji i odpowiedzialności za wyniki swojej pracy;
- szukają na zewnątrz pomocy i poparcia.

## HIV and AIDS COUNSELLING



Developed by the German-Cameroonian AIDS Control Project in cooperation with the Cameroonian National AIDS Control Programme



### Practical Guide

An introduction to counselling for the prevention of infection and the support of people with HIV infection and AIDS and their families.



Mimo rosnącej wiedzy i tolerancji wobec osób HIV+ nadal jest powszechny lęk przed zakażeniem i obawy o jego następstwa kliniczne. Podstawą zapobiegania jest więc edukacja społeczeństwa. Równowaga między edukacją a przymusem badania (który prowadzi często do zerwania kontaktu zakażonego z lekarzem) jest sprawą delikatną. Edukacja powinna być kierowana szczególnie do grup ryzyka (mężczyźni homoseksualiści, prostytutki i mężczyźni mający wiele partnerek, młodzież), dokonywana w sposób fachowy, z uwzględnieniem nowoczesnych lub tradycyjnych środków przekazu, respektujący tło kulturowe i podejście miejscowej populacji do problemów związanych z płcią. W prowadzeniu edukacji nie należy pouczać, a zainteresować, nie podawać recept nierealnych, nie korzystać z wielu „zagranicznych” ekspertów, a raczej z dobrze przeszkolonych reprezentantów danej populacji.

Zapobieganie transmisji drogą płciową jest najtrudniejsze, gdyż wymaga decyzji o zmianie postępowania w oparciu o stosowne uświadomienie. Na pierwszym miejscu należy wymienić abstynencję płciową (często nierealną), dochowywanie wierności współmałżonkom (często trudne), ograniczone zaufanie do partnera, zmniejszenie liczby partnerów

(dokończenie na str. 10)



## ZAKAŻENIA HIV/AIDS

(ciąg dalszy ze str. 9)

seksualnych i w końcu zastąpienie pełnego aktu płciowego przez takie czy inne „pieszczoty” (załącznik nr 3).

Załącznik 3. Edukacja w szkole (wg UNAIDS, 1999)

Edukacja w szkole powinna ogniskować się na:

- przekazywaniu podstawowych informacji nt. HIV/AIDS i chorób wenerycznych;
- wykształceniu odpowiedzialnego zachowania w opóźnieniu rozpoczęcia życia płciowego, dlaczego powiedzieć „nie”, dlaczego „opóźnić” rozpoczęcie życia płciowego, uczucie bez seksu, postępowanie asertywnie, a nie biernie lub agresywne, jak odpowiedzieć na naleganie (odmówić, opóźnić udzielenie odpowiedzi, targować się), tylko ty decydujesz o tym, co ciebie dotyczy;
- stosowaniu bezpiecznego „seksu” – ranking: abstynencja (trudna); całowanie się i „pieszczoty” niebezpieczne, tylko gdy następuje wymiana krwi, wydzieli ni pochwy lub nasienia; prezerwatywa nie zawsze pewna; jeden partner (o ile prawdziwy i niezakażony), zaufanie ograniczone (wielu kłamie), tylko kilku partnerów (wystarczy jeden, aby się zakazić), badanie (obydwoje partnerów, można się zakazić po badaniu, jeden test to za mało);
- przygotowaniu do pomocy zakażonym i chorym – główne idee: współczucie, tolerancja, konkretna pomoc. Przyczyny dyskryminacji (przekaz od rodziców i kolegów, brak poprawnej informacji, obawa przed ludźmi o pewnych zachowaniach, niechęć do innych), dlaczego wzbudzać współczucie (chorzy, inni, opuszczeni, umierający, obowiązek moralny, satysfakcja), jak się opiekować, jak uszrec się zakażeni; jak nakłaniać do odpowiedzialnego zachowania?

Według WHO, stosowanie prezerwatyw ma duże i ustalone znaczenie w zapobieganiu chorobom wenerycznym, w tym HIV. Prezerwatywy powinny być dostępne nie tylko w aptece, stosowane przy korzystaniu z usług prostytutek, zakładane w sposób właściwy (wcześnie, nie rozwijane przed założeniem, bez stosowania oleistych środków zwilżających). Stosowanie prezerwatywy nie daje 100% zabezpieczenia, niezależnie od poprawnego zakładania. „Przepuszczalność” prezerwatyw, o ile ma miejsce, jest niewielka (np. dotyczy 0,01% ejakulatu) i zmniejsza ilość przenikających wirusów HIV w granicach od 1 przypadku na 100 stosunków bez prezerwatywy do 1 na 10.000 stosunków z zastosowaniem prezerwatywy. Wymiary tworów zatrzymywanych przez prezerwatywę są następujące: krwinka czerwona 7 mikronów, plemnik – 3, bakterie rzeżączki – 0,8, chlamydie – 0,2, HIV – 0,125 oraz wirus zapalenia wątroby typu B – 0,04 mikrona.

W Kongo promocja zakładania prezerwatyw u prostytutek w ciągu 3 lat zmniejszyła zapadalność na HIV 2-krotnie. Prezerwatywy znajdują się często w służbowym wyposażeniu żołnierzy.

Zapobieganie przeniesieniu HIV z matki do płodu ma wieloraki aspekt, zaczynając od wskazania badania na HIV przed ciążą. Badanie i leczenie ciężarnej zmniejsza ryzyko zakażenia płodu o 2/3, ale jest kosztowne (800 \$). Stosuje się więc leczenie niepełne, np. w Tajlandii 300 mg ZDV 2 x dziennie od 36 tygodnia ciąży. Zakażeniu w czasie porodu zapobiega się przez cięcie cesarskie (80%), leczenie w czasie porodu (np. w Tajlandii 300 mg ZDV co 3 godziny, w Ugandzie 200 mg NV jednorazowo w czasie porodu) i unikanie kontaktu noworodka z krwią matki (unikanie nacięcia krocza). Noworodki matek HIV+ powinny być leczone wcześniej, np. w Ugandzie 2 mg/kg NV w 3 pierwszych dniach. W Warszawie stosuje się agresywną terapię trzema lekami (HAART).

Zapobieganie transmisji parenteralnej dotyczy głównie narkomanów. Edukacja powinna dotyczyć takich problemów, jak odstawienie narkotyków (centra detoksykacyjne i rehabilitacyjne; wyleczenie z narkomanii jest możliwe!), podanie informacji, jakie są niebezpieczeństwa narkomanii (przedawkowanie, choroby weneryczne, ciąża, alkoholizm, heroina zmniejszają odporność na HIV), ile kosztują narkotyki (potrzebne pieniądze gromadzone przez prostytutkę, kradzieże, rabunek). Dość istotne jest doprowadzenie do „rozrzedzenia” zgromadzeń narkomanów i likwidacja miejsc, w których zwykli się gromadzić oraz edukacja więźniów, bezdomnych, osób oferujących seks odpłatnie, w tym dzieci. Niezależnie

od edukacji, potrzebna jest tu konkretna pomoc w wyjściu z grupy zwiększonego ryzyka. Stosowana bywa wymiana igieł i strzykawek na nowe lub udostępnienie 1% podchlorynu sodu dla dezynfekcji igieł i strzykawek.

Zapobieganie innym możliwościom zakażenia parenteralnego polega na unikaniu w rejonach endemicznych akupunktury, tatuażu, przekłuwanie ucha i innych okolic ciała. W przypadku chorego w rodzinie wymagane są osobne zyletki i szczotki do zębów. Personel szpitalny winien właściwie niszczyć igły (tępic ostrza w aparacie) i strzykawki jednorazowego użycia, stosować poprawne zasady sterylizacji narzędzi i aparatów medycznych. W razie przypadkowego narażenia na zakażenie, np. w czasie zabiegu, umyć miejsce zranienia mydłem i obficie spłukać wodą.

Prewencja zakażeń HIV poprzez przetaczanie krwi jest regulowana przepisami. Krew nie jest w 100% bezpieczna mimo badania krwiodawców i samej krwi. Dlatego też wskazane jest stosowanie krwi wyłącznie w przypadkach koniecznych (np. po wypadkach komunikacyjnych często zachodzi potrzeba przetaczania krwi). Podobne regulacje dotyczą przeszczepiania narządów i sztucznego zapłodnienia.

Nie należy się spodziewać, aby skuteczna szczepionka była dostępna w ciągu najbliższych kilku lat. Wiąże się to ze zmiennością wirusa nawet u tego samego pacjenta (potrzeba wielokrotnego szczepienia), szybkim jego namnażaniem, występowaniem różnych podtypów wirusa, np. w Afryce i w Azji (A, C, D, E), niebezpieczeństwem zastosowania w szczepionce wirusa atenuowanego – osłabionego.

### Fachowe poradnictwo dla zakażonych HIV

Poradnictwo ma dwa główne cele: wsparcie emocjonalne chorego i namówienie go, aby nie rozprzestrzeniał dalej zakażenia. Zakres poradnictwa różni się zależnie od tego, czy ma miejsce przed rozpoznaniem zakażenia czy po; w tym ostatnim przypadku różni się wobec pacjenta HIV+ i HIV-.

Przed rozpoznaniem osoba dokonująca porady powinna zorientować się, w jakim zakresie pacjent obeznany jest z HIV, jak duże jest (było) ryzyko jego zakażenia, jak zapatruje się na współpracę z lekarzem. Osoba udzielająca porady powinna przekazać konkretne informacje odnośnie HIV i AIDS, wytłumaczyć potrzebę i procedurę badania laboratoryjnego oraz dalszego postępowania, rozważyć wstępnie następstwa takiego czy innego wyniku badania, uzyskać zgodę na dalszą współpracę.

W razie testu dodatniego trzeba ustalić optymalny czas powiadomienia chorego, powtórzyć zasady badania i procedur, powiadomić o możliwości pomocy i namówić na dalszy kontakt z lekarzem.

W razie testu negatywnego należy namówić pacjenta na powtórzenie badania (okienko, zamiana krwi), pouczyć o profilaktyce, w tym o zmianie zachowania seksualnego.

### Skutki HIV/AIDS dla indywidualnych osób i społeczeństwa

Zakażenia HIV dotyczą ludzi młodych, w wieku produkcyjnym, opiekujących się dziećmi i osobami starszymi (rodzicami). Skutki społeczne HIV trudno obliczyć. Dotyczą one: wydajności produkcji (np. rolnej), rozpadu rodzin (brak zarobków, zgon współmałżonka, brak opieki nad dziećmi), wypadnięcia kobiet z roli matek, opiekunów dzieci i rodziców, wzrastająca liczba sierot. W rejonach endemicznych dla HIV znacznie zmniejszają się możliwości edukacji dzieci i młodzieży (znaczną śmiertelność wśród nauczycieli, brak nowych nauczycieli, brak funduszy na edukację, znacznie zwiększony absenteizm lub nieuczęszczanie do szkoły). Do tego dochodzi wzrost wydatków służby zdrowia: opieka, leki, pogorszenie wskaźników zdrowotności, zmniejszenie liczby pracowników w służbie zdrowia (zgony, porzucanie pracy, stres związany z obawą zakażenia).

Dla osoby indywidualnej świadomość zakażenia jest znacznym obciążeniem psychicznym; niekiedy traktowane jest jako „wyrok śmierci” lub potencjalne odrzucenie przez społeczność nie tolerującą chorych na AIDS. Nad wyraz cenne są wszystkie pozytywne odruchy za strony społeczeństwa. Nielatwe problemy powstają wówczas, gdy współpraca z lekarzem lub pielęgniarką okazuje się trudna lub grozi umyślnie rozprzestrzenienie zakażenia. Współpracę z chorym ułatwia jego ciężki stan, wzbudzenie wiary w skuteczność leczenia, podanie prostego sposobu leczenia, stosowanie wytycznych WHO dla opieki nad chorymi.

□

## Posługa lecznicza Kościoła

(dokończenie ze str. 12)

trudności finansowe i personalne. Często kościelnymi organizacjom brakuje jasno określonego, dopracowanego kierunku rozwoju działalności w sprawach dotyczących zdrowia. Niezależnie od wielu innych spraw, zmiana ta wymaga, aby możliwości i przygotowanie zawodowe personelu odpowiadało aktualnym wymogom.

12. Jako część społeczeństwa obywatelskiego, Kościół jest orędownikiem wzajemnego zrozumienia i pomocy w relacjach między organizacjami państwowymi i obywatelskimi różnych szczebli. Przekonany, że w stale komplikującym się otoczeniu wszystkie elementy społeczeństwa obywatelskiego powinny mieć prawo działania i swoje właściwe miejsce, Kościół wie, że nie może już dłużej podejmować działań w izolacji, ale powinien popierać wielostronną współpracę Kościoła ze społecznościami, z instytucjami dobroczynnymi, z różnymi ośrodkami zaangażowanymi w ochronę zdrowia, z osobami i środowiskami zaangażowanymi w opiekę zdrowotną oraz w końcu współpracę między Kościołem i państwem.

13. Kościół wierzy, że współpraca i partnerstwo nie powinny polegać tylko na wymianie dóbr kierowanych ze świata rozwiniętego do krajów rozwijających się. Powinny one być oparte na rzeczywistej solidarności międzyludzkiej. Powinno to być stosunek, który ma na względzie dobro innych poprzez dzielenie się personelem i funduszami, ale w atmosferze dialogu.

14. Szczególna relacja, istniejąca między Kościołem w krajach rozwijających się a kościelnymi organizacjami dobroczynnymi na północnej półkuli, wymaga dobrze skonstruowanego dialogu. Kościelne organizacje dobroczynne na północnej półkuli są odpowiedzialne przed własnym społeczeństwem za wykorzystanie funduszy przeznaczonych dla ubogich. Z drugiej strony, kościelne organizacje zajmujące się zdrowiem na południu świata mają własne programy i instytucje zobowiązane do zmniejszania ubóstwa. Taka wspólna wizja wymaga nowego sposobu współpracy, która byłaby realna, należycie zdefiniowana przez wspólne cele i prowadząca do udokumentowanych wyników.

15. Nie jest możliwa owocna współpraca między partnerami bez „przejrzystości” działań i wzajemnej odpowiedzialności. [Od Redakcji: „Przejrzystość” jest to nowy termin na określenie działania łatwego do skontrolowania i bez ukrytych podtekstów]. Przejrzystość jest niezbędna przy jakiegokolwiek deklaracji zamiaru działania, w procesie podejmowania decyzji, w zarządzaniu finansami, w korzystaniu z zasobów ludzkich i w dokumentowaniu jakości działania oraz osiągnięć. Aby partnerstwo było efektywne i wartościowe, musi być ono oparte na zrozumieniu, na czym tak naprawdę takie partnerstwo polega. Konstytucje, reguły misyjne i inne statuty oraz kontrakty są niezbędnymi elementami, wyraźnie określającymi charakter i działania takiego partnerstwa.

Na gruncie osiągniętego wzajemnego porozumienia, uczestnicy podają zobowiązania, które wspólnie pragną realizować.

## ZOBOWIĄZANIA

### Posługa lecznicza

1. Jesteśmy zdecydowani przyjąć, że różne aspekty i formy posługi leczniczej będą podejmowane wspólnie z odpowiednimi organizacjami i programami, bez ociągania się i w uzgodnionym przez nas kontekście.
2. Uważamy za konieczne, aby zająć się odpowiednią i realną ochroną zdrowia, dostępną dla wszystkich, zwłaszcza dla najbardziej tej pomocy potrzebujących.
3. Zobowiązujemy się odgrywać apostolską rolę poprzez aktywne występowanie po stronie i w imieniu najbardziej potrzebujących grup społecznych: ubogich, kobiet, osób upośledzonych i nieuprzywilejowanych grup społecznych, tak aby ich prawa były podkreślane i przestrzegane przez rządy i społeczności.
4. Zobowiązujemy się do holistycznego podejścia do problemów opieki zdrowotnej i współpracowania z całą społecznością obywatelską dla usunięcia przeszkód natury politycznej, socjalnej i ekonomicznej, które uciskają ludzi i wpływają tym samym na jakość opieki zdrowotnej.
5. Zważywszy na tragiczne następstwa pandemii AIDS oraz szczególne wyzwania, które za tym idą dla kościelnej posługi leczenia, zobowiązujemy się włączyć w program obrad Konferencji Episkopatów problematykę HIV/AIDS, aby uaktywnić rolę Kościoła w walce z rozprzestrzenieniem się tej choroby oraz aby złagodzić jej wpływ na życie ludzi, rodzin i społeczeństw.

### Zmiana działania

6. Uważamy za niezbędne, aby rozpocząć i podtrzymać proces pewnej zmiany działania wewnątrz naszych instytucji i programów oraz zobowiązujemy się do przekonania ludzi w naszych instytucjach i programach, aby stali się bardziej aktywni, i do umożliwiania im tej aktywności.
7. Uważamy za konieczne, abyśmy przygotowali statuty, wytyczne postępowania, regulaminy instytucji i programów zdrowia itp., aby nie było wątpliwości, że pragniemy osiągnąć nasz wspólny cel i wizję w sposób przejrzysty.
8. Uznajemy potrzebę wyjaśnienia, w zależności od lokalnych okoliczności i warunków prawnych, spraw związanych z tytułem własności i aktualnym zarządzaniem instytucją lub programem zdrowia, a to w celu podkreślenia funkcji zarządzającego jako dodatkowej wartości na wszystkich szczeblach.

### Zmiany profesjonalne

9. Aby efektywnie kierować instytucjami i programami zdrowotnymi, uważamy za nieodzowne posiadanie profesjonalnej kadry, profesjonalnych grup koordynujących, profesjonalnych jednostek usługowych oraz instytucji ds. kształcenia. Zobowiązujemy się do promowania profesjonalnych działań na wszystkich szczeblach, ze szczególnym uwzględnieniem działania tych osób, związanych z instytucją religijną, które podejmują się roli menedżerów.
10. Profesjonaliści powinni mieć możliwość zarządzania pracami Kościoła, dotyczącymi ich usług i programów zdrowia, z jasno określony-

mi marginesami zależności przy maksymalnym profesjonalizmie. Zobowiązujemy się także do stworzenia warunków, które sprawią, że zarządzanie stanie się bardziej profesjonalne.

11. Zauważamy potrzebę, aby różne inicjatywy i instytucje kościelne, dbające o szkolenie menadżerów zdrowia, dostosowały swoją działalność do geograficznych warunków, w których pracują.

### „Przejrzystość”

12. Zobowiązujemy nasze instytucje i programy do działania w sposób przejrzysty i godny zaufania, jeżeli chodzi o sprawy finansowe i medyczne. Naszym celem jest zapewnienie skuteczności, efektywności oraz dobrej jakości pracy w sposób zgodny z różnym podejściem do tych zagadnień w odmiennych kulturach.

### Partnerstwo

13. Chcemy także zapewnić uczestnictwo w naszych instytucjach i programach zdrowotnych reprezentantom miejscowych społeczności i osobom reprezentującym stronę rządową. Rozumiejąc istotną rolę kobiety w promowaniu zdrowia, chcemy zwrócić szczególną uwagę na potrzebę wyrównania szans udziału kobiet i mężczyzn w zarządzaniu strukturami instytucji i programów zdrowotnych, aby nie dopuścić do jakiegokolwiek dyskryminacji w zależności od płci.

14. Popieramy politykę wprowadzania kontraktów na wykonanie pewnych zadań jako sposób na ulepszenie i sformalizowanie współpracy oraz integracji między różnorodnymi wykonawcami i zarządcami. Kontrakty mogłyby obejmować rządowych (lokalnych) i innych dostawców usług, a także kościelne instytucje zdrowia, mając na celu zapewnienie podstawowych usług o odpowiedniej jakości i dostosowanych do realnych finansowych możliwości populacji w określonych obszarach geograficznych.

15. Zobowiązujemy się do aktywnego uczestnictwa w reformach zdrowia, wnosząc do nich nasze poparcie i doświadczenie w realizacji i rozwoju polityki zdrowotnej.

16. Zawrzemy także kontrakty z organizacjami dobroczynnymi, które wspierają możliwości Kościoła w sprawach zdrowia, na zasadach obopólnej współpracy, w ramach dobrze sformułowanych założeń i oczekiwanych wyników.

### Zakończenie

Jako część tego procesu zmian:

17. Uczestnicy Konferencji zobowiązują się do propagowania w naszym kraju powyższego porozumienia i zobowiązań w formie dialogu między osobami odpowiedzialnymi za te sprawy w Kościele i w instytucjach niekościelnych. Ponadto widzimy potrzebę zainteresowania sprawą innych Konferencji Episkopatu na szczeblu regionalnym oraz podjęcia działań, mających na celu wzmocnienie naszych kontaktów z Radą Pontyfikatu ds. Opieki Duszpasterskiej Pracowników Zdrowia.

18. Reprezentanci organizacji dobroczynnych zapewnią techniczne, finansowe oraz moralne poparcie dla realizacji wymienionych inicjatyw.

Rotterdam, 6 października 2000

Kościół i jego zaangażowanie w sprawy zdrowia:

## Posługa lecznicza Kościoła

Od Redakcji. Przed konferencją MEMISA w Rotterdamie, w dniach 2-4 października 2000 roku, w Cenakel, Soesterberg w Holandii odbyła się robocza Konferencja „The Church and its involvement with health: the healing ministry” – zamknięte spotkanie 32 osób zaangażowanych w sprawy zdrowia w krajach rozwijających się. Wśród zaproszonych było 10 biskupów, reprezentujących episkopaty Ghany, Indii, Indonezji, Kongo, Malawi, Mołdawii, Papua Nowa Gwinea, Sri Lanki, Tanzanii, Ugandy, Zambii oraz przedstawiciele Kościoła Katolickiego w Holandii i Belgii oraz organizacji charytatywnych, w tym Medicus Mundi International. Konferencję otworzył kardynał Dr Adriaan J. Simonis z Utrechtu. Jej tematem było aktualne wyzwanie, jakie stawia pod adresem Kościoła nasilająca się epidemia AIDS i trudna sytuacja ekonomiczna krajów rozwijających się, które są przyczyną poważnego zagrożenia zdrowia miejscowych populacji. Poniżej podano polskie tłumaczenie oficjalnego dokumentu tego spotkania przygotowane przez mgr Erwinę Sierant.

»Celem Konferencji było wykazanie potrzeby, aby Kościół dostosował swą działalność, dotyczącą polityki zdrowotnej, do zmieniających się warunków praktykowania swej posługi leczniczej.

Podstawowe zadania Konferencji są następujące:

- ułatwić przedstawicielom Konferencji Episkopatu oraz organizacji dobroczynnych zrozumienie dla aktualnych zagrożeń w zakresie zdrowia i dla możliwości Kościoła w zakresie promowania zachowań prozdrowotnych oraz zabezpieczenia opieki zdrowotnej nieuprzywilejowanym osobom i grupom społecznym w krajach rozwijających się, mając na uwadze konieczność podjęcia trafnych decyzji, dotyczących kierunku rozwoju ochrony zdrowia w przyszłości;
- ułatwić przedstawicielom Konferencji Episkopatu zrozumienie ewentualnej roli, którą Kościół może odgrywać w zakresie ustalania kierunków pomocy i praktycznej działalności leczniczej, uzupełniającej wysiłki innych instytucji ochrony zdrowia, przy pełnym zachowaniu swojej tożsamości, z wysokim stopniem kompetencji oraz możliwością docierania do słabiej rozwiniętych społeczności;
- przybliżyć przedstawicielom Konferencji Episkopatu oraz działaczom instytucji dobroczynnych świadomość wymagań, wynikających z prowadzenia i zarządzania instytucjami opieki zdrowotnej oraz prowadzenia programów, które zawierają elementy związane z planowaniem, finansami, kadrą pracowniczą, „przejrzystością” działania, możliwością jego kontrolowania etc.;
- poprawić zasady współpracy Konferencji Episkopatu z organizacjami dobroczynnymi, a także między organizacjami dobroczynnymi i kościelnymi instytucjami zdrowia, w tym z ich programami i działaniami koordynującymi, w celu wzajemnego wspierania się i owocnej współpracy dla osiągnięcia ogólnego polepszenia się sytuacji zdrowotnej w krajach rozwijających się.

Trzy tematy zostały głębiej przeanalizowane w czasie ich przedstawiania, poprzez wymianę doświadczeń, obrady w grupach tematycznych oraz poprzez ich omówienie na posiedzeniach plenarnych:

1. Posługa lecznicza w Kościele.
2. Bieżące strategie i praktyka Kościoła w promowaniu zdrowia oraz rozwoju opieki zdro-

wotnej w krajach rozwijających się i ewentualna potrzeba zmian w tym zakresie.

3. Możliwości Kościoła w promowaniu zdrowia oraz wdrażaniu opieki zdrowotnej.

Na zakończenie Konferencji uczestnicy zdecydowali się na wydanie następującego oświadczenia:

### OŚWIADCZENIE

1. Posługa lecznicza w Kościele jest posłannictwem i częścią misji Kościoła zgodnie z wezwaniem Chrystusa:

*Duch Pański spoczywa na Mnie, ponieważ mnie namaścił i posłał Mnie, abym ubogim niósł Dobrą Nowinę, więźniom głosił wolność, a niewidomym przejrzenie, abym uciśnionych odsyłał wolnymi, abym obwoływał rok łaski Pana. Dziś spełniły się te Słowa Pisma, któreście słyszeli (Łk 4:18,22)*

2. Kościół jest złożoną realną rzeczywistością, składającą się z osób, organizacji oraz instytucji, z układem zarówno hierarchicznym, jak i społecznym, pełniącą różne, wzajemnie uzupełniające się funkcje. Posługa Kościoła wyraża się w różny sposób i w różnych formach, poczynając od bezpośredniego zapewnienia opieki zdrowotnej w instytucjach (szpitale, ośrodki zdrowia, programy zdrowotne) aż do mobilizowania społeczeństwa w celu umożliwienia mu osiągnięcia właściwego poziomu zdrowia. Tym samym Kościół popiera filozofię podstawowej opieki zdrowotnej dla wszystkich.

3. Działalność Kościoła ma na celu uwolnienie ludzkości od niewoli ubóstwa, od chorób, ignorancji i zła, i promowanie ludzkiej godności w holistycznym jej ujęciu, a więc na wszystkich jej płaszczyznach: fizycznej, psychologicznej, duchowej i społecznej. Encyklika Pawła VI „Rozwój ludzkości” [1967] opisuje postęp jako „indywidualny rozwój każdej osoby i całej osoby” („the growth of each person and the whole person”).

4. W swej walce z ubóstwem i chorobami Kościół rozwinął i nadal rozwija różne formy zorganizowanych akcji w wielu dziedzinach, które dotyczą zarówno instytucji ochrony zdrowia, jak i różnych jej programów. Jest to jedna z dróg, w jakich Kościół wyraża swą solidarność z ubogimi i cierpiącymi.

5. Na poziomie opieki zdrowotnej ma wpływ ubóstwo, niekiedy tradycyjne wartości i prakty-

ki kulturowe, a także ignorowanie praw kobiet, brak starania o dzieci i sieroty oraz ignorowanie problemu międzynarodowych długów.

6. Bezpośredni wkład w opiekę zdrowia, będący ważnym aspektem posługi leczniczej, nie jest jedynym sposobem realizacji tej posługi. Orendownictwo w sprawie i w imieniu najsłabszych grup społecznych: biednych, kobiet i osób zsuwanych na margines oraz aktywne występowanie w obronie ich praw są ważnym uzupełnieniem posługi Kościoła.

7. W różnych geograficznych, społecznych i środowiskowych warunkach, przy podobnym zrozumieniu posługi leczniczej, jego wizji i misji, podejście Kościoła do problemów zdrowia może się różnić.

8. Będąc największym partnerem w polityce zdrowia instytucji rządowych, Kościół wie, że obecnie nie pora siedzieć z założonymi rękoma i rozważać dawne osiągnięcia. Ponad bilion ludzi wciąż walczy ze skrajną nędzą. I chociaż opieka nad zdrowiem jest podstawowym prawem człowieka, wciąż nie jest ona wystarczająca, często w ogóle niedostępna lub niewłaściwa. Analizując statystyki dotyczące długości życia, śmiertelności wśród dzieci, śmiertelności wśród matek, oczywista staje się potrzeba włożenia większego wysiłku w poprawę stanu zdrowia. Inwestowanie w ochronę zdrowia, a także w postęp społeczno-ekonomiczny, muszą iść w parze. Ponadto epidemia HIV/AIDS pogarsza sytuację i rzutuje negatywnie na poprzednie osiągnięcia. Jest wciąż bardzo dużo pracy do wykonania, a Kościół jest zdecydowany być aktywnym w tych sprawach.

9. Kościół jest wciąż liczącym się partnerem w rozwijaniu opieki zdrowotnej, ale nie bez poważnych trudności. W ciągu wielu lat kształt opieki zdrowotnej istotnie się rozwinął, zmieniając warunki, w których przychodzi działać kościelnej posłudze dotyczącej zdrowia.

10. Kościelna opieka nad zdrowiem jest bez wątpienia nieodłączną częścią posłannictwa wobec społeczeństwa, ale zdecydowanie traci swą poprzednią, względnie niezależną pozycję. Nowe sformułowania, dotyczące rozwoju opieki zdrowotnej, stwarzają nowe warunki, w których przychodzi pracować Kościołowi.

11. Niekiedy Kościołowi jest trudno przystosować się do nowych warunków. Współdziałanie z rządami często nie odbywa się bez napięć. Kościelne instytucje posługi leczniczej mają duże

(dokończenie na str. 11)