



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

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

Redakcja przesyła Czytelnikom serdeczne życzenia z okazji Nowego Roku 2006

Redakcja przeprosza stałych Czytelników za zwłokę w przygotowaniu kolejnego numeru, ale po dyskusji w gronie Kolegium Redakcyjnego i w porozumieniu z Prezesem Fundacji postanowiono czasowo ograniczyć wydawanie *Medicus Mundi Polonia* do dwóch numerów rocznie: w czerwcu, przed przyjazdem misjonarzy na urlop do Polski, i w grudniu na zakończenie roku kalendarzowego. Powody tej decyzji są wielorakie: koszt wydawania i przesyłki MMP przy niewielkich wpłatach na rzecz prenumeraty, wyczerpanie głównych tematów szkoleniowych (patrz ich spis w numerze 15 MMP), powolne przechodzenie na elektroniczny kontakt z misjami i ośrodkami misyjnymi w Polsce (o tym w następnym numerze).

Niezależnie od kontynuowania podawania interesujących wiadomości bieżą-



cych z Fundacji „Redemptoris Missio”, z *Medicus Mundi International* i z ośrodków misyjnych w świecie zamierzamy przekazywać wiadomości praktyczne, które mogą być potrzebne w pracy na misjach.

Oddzielne miejsce w najbliższych numerach *MMPolonia* będą miały – jak dotychczas – artykuły z działalności Papieskiej Rady ds Zdrowia, *Medicus Mundi International* oraz Światowej Organizacji Zdrowia, dotyczące czynników, które mogą aktualnie wpływać na poziom usługi leczniczej na misjach.

Redakcja była by zobowiązana Czytelnikom za sugerowanie tematów, które powinny się znaleźć na łamach *Medicus Mundi Polonia* oraz adresów osób, które mogły by być zainteresowane otrzymaniem pisma.

W numerze:

AKTUALNOŚCI:

Z Fundacji „Redemptoris Missio”	2
Z ośrodków misyjnych	3
praktyka studencka w Rushooka	3
praktyka studencka w Jeevodaya	4
Z Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych	6
Z Papieskiej Rady ds Zdrowia	7
wiadomości	7
o pracy pielęgniarek	9
Z Światowej Organizacji Zdrowia	
choroby niezakaźne	10
realizacja Millennium Development Goals	11

CZyste RĘCE SĄ BARDZIEJ BEZPIECZNE

Czyste ręce są bardziej bezpieczne	13
Książka o dr h.c. Wandzie Błęńskiej	15
HIV/AIDS	
Żywienie chorych z HIV/AIDS	16
Poekspozycyjna profilaktyka HIV	18
Postępy w zakresie medycyny tropikalnej	19
Nowe książki	20
Postęga lecznicza Kościoła	24

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biurow Fundacji: Akademia Medyczna, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel. +48 61 854 68 63, fax +48 61 854 68 57; e-mail: medicus@mail.am.poznan.pl

Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 89, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21; <http://amp.edu.pl/medicus>
Konto bankowe: Bank PKO SA, V Oddział i Filia w Poznaniu nr rachunku 47 12403767 1111000040662727

Z FUNDACJI REDEMPTORIS MISSIO

Miniony rok był dla Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” rokiem pomyślnym. Musimy mieć jednakże świadomość, że możemy czynić więcej i lepiej. Mając na celu dobro misyjnych ośrodków medycznych i ich podopiecznych będziemy dążyć do większej skuteczności działania. Fundacja ze znaczącą pomocą wielu wolontariuszy – młodych ludzi, którym nie jest obojętny los innych – wysyłała wsparcie medyczne w postaci środków opatrunkowych i leków do misyjnych przychodni. To konkretne przedsięwzięcie będzie przez nas kontynuowane. Zapraszam osoby odpowiedzialne za medyczne ośrodki na misjach do zgłaszania Fundacji swoich potrzeb.

Wiele inicjatyw zapoczątkowanych w latach 2004 i 2005 roku jest kontynuowanych. W drugą niedzielę stycznia 2006 wyemitowaliśmy na antenie Radia EMAUS jubileuszowe dwudzieste piąte wydanie „Misyjnego atlasu świata”. Regularnie w każdy trzeci czwartek miesiąca odbywają się w Centrum Wolontariatu spotkania wolontariuszy, które oprócz teoretycznej podbudowy dotyczącej realiów krajów rozwijających się, dają możliwość nabycia praktycznych umiejętności

z zakresu medycyny ratunkowej, czy z innych dziedzin np. obsługi radiotelefonu – umiejętności, która może okazać się istotna w ubogich warunkach misyjnych.

Tak jak w ubiegłych latach, Fundacja wspólnie z Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego organizowała kursy z zakresu medycyny tropikalnej w Poznaniu i w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie. Uczestnicy tych kursów mieli i mają możliwość sprawdzić swoje umiejętności, świadcząc profesjonalną pomoc w krajach misyjnych – często za sprawą Fundacji. Do naszych założeń należy bowiem również wspieranie misjonarzy przez wysyłanie personelu medycznego.

Jak co roku Fundacja „Redemptoris Missio”, zorganizowała dla studentów Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu wyjazdy na praktyki studenckie do misyjnych ośrodków medycznych w krajach rozwijających się. Studenci, których spotkał na szczycie wyjazdu, przez cały rok czynnie uczestniczyli w pracach Fundacji oraz aktywnie działali na rzecz propagowania działalności misyjnej (m.in. uczestnictwo w I Kongresie Misyjnym Dzieci Archidiecezji Poznańskiej w maju 2005). Rozstrzygnięcie konkursu miało miejsce w maju 2005 w siedzibie Fundacji na ulicy Grunwaldzkiej 86. Zwycięzczynią konkursu: Gabriela Majkut – absolwentka wydziału lekarskiego oraz Celina Ossowska – studentka V roku pielęgniarstwa, wyjechały do ośrodka Rushooka w Ugandzie, natomiast Agnieszka Łuczak

i Maciej Leciejewski – studenci V roku medycyny, odbyli swoją praktykę w Social & Leprosy Rehabilitation Center w Jeevodaya w Indiach u doktor Heleny Pyz. Wszystkim, którzy umożliwili naszym wolontariuszom odbycie praktyk serdecznie dziękujemy!

W dniu 25 października 2006 roku Piątkowska Szkoła Uspołeczniona im. Dr Wandy Błęńskiej w Poznaniu, przy współpracy z Fundacją, zorganizowała w Teatrze Nowym w Poznaniu uroczyste spotkanie z okazji 55-lecia pracy misyjnej dr h.c. Wandy Błęńskiej, która pracowała w ośrodku dla trędowatych w Bulubie, Uganda, ponad 40 lat (patrz: recenzja książki o dr Wandzie Błęńskiej na str. 15).

W maju 2005 roku Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” została zaliczona do grona organizacji pożytku publicznego. Teraz, zgodnie z zapisami *Ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych* z dnia 1 stycznia 2004, podatnik może w swoim rocznym zeznaniu podatkowym odliczyć 1% podatku dochodowego i przekazać go na rzecz takiej organizacji. Zachęcamy więc wszystkich do skorzystania z tej możliwości i włączenia się w ten sposób w działalność Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”.

Zapraszając do współpracy – życząc – by rozpoczęty rok 2006 mógł być uznany przez nas wszystkich za rok dobry, obfitujący w nowe, trafne przedsięwzięcia, dające widoczne efekty.

*mgr Mateusz Cofta
Prezes Fundacji*

Medicus Mundi Polonia

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

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

Sekretarz Redakcji: Lek. med. Aleksander Waśniowski

Rada Redakcyjna: Ks. Ambroży Andrzejak (Poznań), Dr h.c. Wanda Błęńska (Poznań), Dr Jerzy Kuźma (Madang, PNG), Dr hab. Anita Magowska (Poznań), Mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), Prof. AM dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), Ks. Romuald Szczodrowski (Warszawa), Dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

Wydawca i dystrybucja: Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – Medicus Mundi Poland, pokój 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, ul. Dąbrowskiego 79, 60-529 Poznań, tel. 061+ 8477458 w. 195, faks 061+ 8477490, e-mail: medicus@mail.am.poznan.pl.

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

Przenumerata: Celem regularnego otrzymywania *Medicus Mundi Polonia* osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Biurem Fundacji. Sumy przesłane na konto Fundacji na załączonym przekazie lub przekazane bezpośrednio na rachunek Fundacji w Banku PKO SA, V Oddział i Filia w Poznaniu nr rachunku 47 12403767 1111000040662727, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplenia skromnych zasobów finansowych Fundacji.

Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst, Poznań.
e-mail: kontekst2@o2.pl • www.wkn.com.pl
Nakład: 1000 egz.

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI**JAK PRZEKAZAĆ 1% SWOJEGO PODATKU NA ORGANIZACJE POŻYTKU PUBLICZNEGO?**

Pierwszym krokiem, aby dokonać przekazania 1% jest obliczenie podatku, jaki mamy zapłacić Urzędowi Skarbowemu, następnie z uzyskanej kwoty należy obliczyć 1%.

Otrzymaną kwotę wpisujemy w formularzu PIT w rubryce zatytułowanej „Kwota zmniejszenia z tytułu wpła-

ty na rzecz organizacji pożytku publicznego”.

Następnie wpłacamy obliczoną kwotę na konto wybranej organizacji pożytku publicznego (w rubryce *tytułem* należy wpisać: „1% od podatku dochodowego”).

Wpłaty należy dokonać pomiędzy 1 stycznia 2006 a dniem, w którym zło-

żymy zeznanie podatkowe, ale nie później niż do końca okresu rozliczeniowego.

Ostatnim krokiem jest wysłanie formularza PIT do Urzędu Skarbowego, który uwzględni obliczoną kwotę w ostatecznym rozliczeniu.

Z OŚRODKÓW MISYJNYCH**SPRAWOZDANIE Z WYJAZDU DO OŚRODKA MISYJNEGO W RUSHOOKA, UGANDA**

22 lipca razem z Celiną Ossowską, pielęgniarką z Polski, wylądowałyśmy w Kampali. Uganda przywitała nas na dobry początek miłym prezentem – nasze bagaże doleciały razem z nami, co podobno zdarza się niezmiernie rzadko. Ważne tym bardziej, że na 40 kilo przypadające na każdą z nas, trzydzieści stanowiły leki zakupione przez Fundację.

Kampala nocą stanowi niezapomniany widok, położona na kilku wzgórzach i upstrzona milionami światełek, wątlami na tyle, by zakryć brud i dziwaczną architekturę typowego afrykańskiego miasta. Rano ruszyliśmy do Rushooki, oddalonej od stolicy prawie 400 kilometrów. Rushooka od roku 1998, czyli od momentu przyjazdu siostr ze zgromadzenia Córek Bożej Miłości i za ich sprawą, przechodzi nieustanną ewolucję – z pozycji niewielkiej, zagubionej w górach wioseczki awansowała do roli okręgowego centrum, z własnym ośrodkiem zdrowia, młynem, centrum edukacji dla dziewcząt i dwiema szkołami, nie licząc już powstających jak grzyby po deszczu sklepików oferujących fasolę, orzeszki ziemne, tonto (lokalny alkohol) i matoke – zielone banany, które po ugotowaniu smakują jak ziemniaki (podstawa lokalnej diety).

Naszą pracę w ośrodku zdrowia zaczynałyśmy od godziny 9. A właściwie każdego dnia naiwnie wierzyłyśmy, że „dzisiaj na pewno zaczniemy o 9”. W Afryce czas płynie „mbora, mbora”, „pangono, pangono”, setki określeń na jeden fakt: jeśli zaczynasz pracę o 9, to znaczy, że 9 to zdecydowanie za wcześnie na rozpoczęcie pracy. A bez tłumaczy niewiele mogliśmy zrobić. Co prawda językiem urzędowym Ugandy jest angielski, ale władają nim nieliczni. Reszta posługuje się którymś z 56 lokalnych języków, w przypadku Rushooki był to runyankore, język plemienia Banyankore.

Punktualność na szczęście nie była konieczna, ponieważ pacjenci zaczynali schodzić się przed południem. Powodem był fakt, że najbliższe źródło pitnej wody znajdowało się kilka kilometrów od wioski, więc rano ktoś z rodziny musiał przemierzać tę trasę w jedną, a następnie w drugą stronę, już z dwudziestokilowym kanistrem na głowie. Z reguły pracą tą obciążone były kobiety, często dzieci, nigdy mężczyźni – oni w tym czasie zajęci byli czekaniem na żony aż te wrócą, rozżarzą węgiel drzewny i ugotują posiłek. Ponadto w połowie sierpnia nastąpiła pora deszczowa, czas wielkiej radości i końca głodu, pod warunkiem, że polećka zostaną odpowiednio wcześniej skopane i obsiane (oczywiście również przez kobiety i dzieci). Jako że deszcz najintensywniej padał w nocy, rano był idealnym czasem do kopania, na dodatek czasem najchłodniejszym.

Do przychodni trafiali pacjenci z różnymi dolegliwościami. Oprócz malarii (częstszej z nastaniem pory deszczowej) i duru

brzusznego (z powodu odległości wiele osób zrezygnowało z wody źródlanej i zamiast tego czerpało ją z lokalnych sadzawek i ziemnych rozpadlin, oczywiście bez możliwości przegotowania). Zaskoczyła mnie znaczna liczba przypadków kiły, tuż przed wyjazdem zrobiłam podsumowanie, z którego wynikało, że 63% ze zleconych przeze mnie badań laboratoryjnych to wynik pozytywny. Dodam, że do laboratorium kierowałam nie tylko pacjentów z typowymi objawami. Mówienie, nawet lekarzowi, o sprawach intymnych było dla wielu z nich zbyt trudne. Częstym wskazaniem do zrobienia badania rtg był „chest pain and cough for 6 months” (ból w klatce piersiowej i kaszel od pół roku). Stąd wiele skierowań na badania w kierunku gruźlicy. Osobną grupę pacjentów stanowili chorzy na AIDS, którymi na co dzień troskliwie opiekują się siostry.

Pomimo niełatwego życia Ugandyjczycy są niezwykle życzliwymi i wiecznie uśmiechniętymi ludźmi. Zachwycił mnie ich sposób widzenia świata. Którejś niedzieli podczas kazania ksiądz spytał, jak wyobrażają sobie raj. „W niebie ciągle pada” – padła odpowiedź. No tak, w końcu jest deszcz – jest i matoke, z pełnym brzuchem łatwiej jest być szczęśliwym.

Shczęście jednak warto wesprzeć, pamiętając, że najmniejsza pomoc, jaką ci ludzie otrzymają, może uratować im życie, a na pewno sprawi ogromną radość.

Dlatego jeśli mają Państwo możliwość udzielenia takiej pomocy, proszę się nie wahać. Jako przykład niech posłuży para młodych prawników z Poznania, którzy w zaproszeniach ślubnych poprosili gości, by zamiast kwiatów podarowali afrykańskim dzieciom przybory szkolne. Rzeczy te zostały przyniesione do Fundacji, a następnie wysłane do Afryki, m.in. do Rushooki. Mogą być Państwo pewni, że każda paczka kredek, jaka zostanie tam dostarczona, będzie sprawiedliwie podzielona: jedna kredka na jedno dziecko. Taka kredka z konieczności wystarczy na kilka miesięcy i będzie szansą na zanotowanie lekcyjnych informacji. A edukacja jest jedyną receptą Afryki na poprawę sytuacji gospodarczej, społecznej i zdrowotnej.

Gabriela Majkut

Z OŚRODKÓW MISYJNYCH

SPRAWOZDANIE Z WYJAZDU DO OŚRODKA MISYJNEGO JEEVODAYA

Dzięki poparciu Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”, naszą praktykę wakacyjną odbyliśmy w ośrodku rehabilitacji trędowatych – Jeevodaya, Indie. Ośrodek ten został założony w 1969 roku przez polskiego kapłana – pallotyina i zarazem lekarza, ks. dr med. Adama Wiśniewskiego, który studiował i działał w Poznaniu.

Ośrodek Jeevodaya znajduje się w pobliżu miasta Raipur, stolicy stanu Chatisgarh. Obecnie pracuje tam dr Helena Pyz, która po śmierci ojca Adama (w roku 1987) otoczyła opieką mieszkańców Jeevodaya. Przez pierwsze 10 lat pracy dr Helena sama borykała się ze wszystkimi problemami ośrodka. Od lipca 1997 roku do pomocy przystąpili hinduscy księża Pallotyń, a dyrektorem ośrodka został ojciec Abraham Thylammanal, który swoją funkcję sprawuje do dnia dzisiejszego. W ciągu wielu lat pracy dr Helena zdobyła szacunek i zaufanie, a także ogromną sympatię tamtejszej ludności. Wszystkie dzieci zwracają się do niej „Mami”. Oprócz tego, że dr Helena leczy mieszkańców ośrodka pomaga też ona ludziom spoza niego. Miesięcznie w przychodni przyjmowanych jest około 2000 pacjentów; to właśnie tutaj diagnozuje się nowe przypadki trądu. Przez pierwsze dni naszego pobytu w ośrodku towarzyszyliśmy doktor Helenie w pracy w przychodni ucząc się rozpoznawać trąd i inne choroby typowe dla rejonów tropikalnych, z którymi nigdy wcześniej nie mieliśmy styczności.

Dzięki wspólnej pracy z dr Heleną mogliśmy rozpocząć badanie dzieci, mieszkających i uczących się w Jeevodaya. W ośrodku przebywa

ok. 400 dzieci, pochodzących z rodzin trędowatych, w wieku od 6 do 18 lat. Dzieci chodzą do dziesięcioklasowej szkoły. Pomimo, że w szkole prowadzi się nauczanie języka angielskiego mieliśmy duże problemy w porozumiewaniu się z dziećmi. Pró-

bowaliśmy uczyć się języka Indusów – hindi, ale jest on trudny i skomplikowany; tak bardzo różni się od języka polskiego, że dość szybko zrezygnowaliśmy z nauki.

Najczęstszymi schorzeniami, z jakimi spotkaliśmy się w czasie badania dzieci były choroby skóry, przede wszystkim grzybice, świerzb, dermatozy i awitaminozy. Stwierdziliśmy także kilka nowych przypadków trądu. Po konsultacji z dr Heleną i po potwierdzeniu naszego rozpoznania szybko wprowadzaliśmy odpowiednie leczenie. Oprócz skóry badaliśmy również płuca, serce, brzuch, a także mierzyliśmy i ważyliśmy dzieci. W przychodni spotykaliśmy się również z dużo poważniejszymi przypadkami m.in. z zaawansowanym trądem i jego powikłaniami, gruźlicą (również pozapłucną), ciężkimi zakażeniami układu oddechowego. W gabinecie zabiegowym wykonywaliśmy małe zabiegi chirurgiczne jak nacina- nie ropni oraz zmiany opatrunków.



Maciej Leciejewski opatrujący ranę na stopie.



Wspólne badania dzieci z Jeevodaya.

W dniu 4 października 2005 zmarł Ojciec Eugeniusz Śliwka SVD

Każdy, kto miał kontakt z Ojcem Eugeniuszem podziwiać musiał życzliwość i sprawność z jaką załatwiał On różnorodne sprawy ludzi świeckich związanych z misjami. Ojciec Eugeniusz

miał szczególny sentyment dla Fundacji „Redemptoris Missio”. Jak tylko było to możliwe pomagał jej i sprawił, że została ona odznaczona Krzyżem Bursztynowym (Medicus Mundi Polonia nr 12/13, 2004). Jego twarz, zawsze pogodna i uśmiechnięta, pozostanie w naszej pamięci.

W imieniu Fundacji
prof. Zbigniew Pawłowski

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

Oprócz schorzeń naszych pacjentów poznawaliśmy także historie ich powstania, niekiedy dla nas bardzo szokujące. Pewnego razu do przychodni przysłała kobieta z dużą raną na stopie. Okazało się, że rana została wygryziona przez szczura! Pacjentka chorowała na trąd, stopa była znieczulona i pacjentka nie czuła ugryzień gryzonia. Dopiero po pewnym czasie zauważyła, że stopa jest poważnie zraniona. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia rana goiła się dobrze i po kilku tygodniach wyglądała dużo lepiej.

Z najpoważniejszym przypadkiem w trakcie naszego pobytu w Indiach spotkaliśmy się w przeddzień naszego wyjazdu. Do ośrodka przybiegła matka ze swoim 9-miesięcznym synkiem, który uległ wypadkowi. Jego dłoń była prawie zupełnie odcięta w wyniku uderzenia siekierą przez starszego brata. Założyliśmy opatrunek i pojechaliśmy do chirurga – dr Martina. Nasze pierwsze wrażenia po wejściu do jego gabinetu były bardzo negatywne, ponieważ miejsce to nie spełniało żadnych europejskich standardów higieny. W trakcie operacji, którą pełni podziwu mogliśmy oglądać z bliska, okazało się, że lekarz świetnie sobie radzi w tych trudnych warunkach. Po godzinnym zabiegu rączka była zszyta, a poprzecinane ścięgna zostały połączone. Dziś wiemy, że dziecko ma się dobrze a jego kończyna jest sprawna.

W czasie pobytu w Jeevodaya oprócz wielu przypadków medycznych poznaliśmy również realia życia w Indiach. Kraj ten zadziwiał nas niemalże na każdym kroku, przede wszystkim wielkimi kontrastami. Na jednej ulicy można było zobaczyć zarówno najnowszego Mercedesa jak i żebrzących trędowatych. Miasta były bardzo zatłoczone natomiast wspaniałe plaże w pobliżu Puli były puste. Zwróciliśmy też uwagę na współlistnienie obok siebie wielu religii. Czasami w bliskim sąsiedztwie stał meczet, kościół katolicki i świątynia hinduska.



W skromnym pomieszczeniu laboratoryjnym.

Biorąc pod uwagę to, że katolików w Indiach jest niecałe 2% a wszystkich chrześcijan 3%, znak krzyża był widoczny dość często. Pomimo, że zdawaliśmy sobie sprawę z biedy w Indiach, to i tak przerażały nas warunki, w jakich żyło wielu ludzi, którymi staraliśmy się pomóc. Sąsiedzi ośrodka często żyli w skrajnej nędzy. Ich „domy” zbudowane były z cegieł poukładanych jedna na drugiej, bez żadnej zaprawy, pokryte folią rozłożoną na drewnianych palach. Najgorsze było to, że nie chcieli nic zmieniać i nie korzystali z pomocy, jaką mogliby dostać z ośrodka. Mentalność Hindusów odbiega znacznie od naszej – europejskiej. Musieliśmy przyzwyczać się do tego, że na wszystko trzeba było czekać, że nikomu nigdzie się nie spieszyło. Dziwne było dla nas również to, jak wielką ciekawość wzbudzają w Indiach biali ludzie. Wszyscy starali się być bardzo uprzejmi, jednak chwilami stawało się to męczące; traktowano nas jak egzotyczne zjawiska – chciano dotknąć naszej skóry, ubrań.

Mieszkając w ośrodku poznaliśmy wielu jego mieszkańców, w szczególności pracowników przychodni. Byli to ludzie bardzo pomocni i przyjaźni, a także zaangażowani w pracę i pomoc innym. Od samego początku traktowali nas jak „swoich” i zachęcali do wspólnych działań. Wspólnie spędzony czas i realizowane zadania pozwoliły nam na zawiązanie przyjaźni. Dowodem tego były odwiedziny Lali i Santosha – pracowników ośrodka w Polsce. W październiku przyjechali oni do naszego kraju i zawitali również do Poznania. To była prawdziwa przyjemność gościć ich w naszym mieście.

Praca w Jeevodaya była dla nas ogromnym doświadczeniem, wiele nas nauczyła i na długo pozostanie w naszej pamięci.



Agnieszka Łuczak podczas badania dzieci, mieszkających i uczących się w Jeevodaya.

Agnieszka Łuczak
Maciej Leciejewski

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI**Z KLINIKI CHORÓB TROPIKALNYCH I PASOŻYTNICZYCH
AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU****KOMPLEKSOWA OPIEKA MEDYCZNA NAD MISJONARZAMI**

Zawody, które zakładają przebywanie przez dłuższy czas w trudnych warunkach, zwłaszcza egzotycznych, wymagają od kandydatów bardzo dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Niewątpliwie do grona osób szczególnie narażonych na negatywny wpływ zmienionego środowiska są misjonarze, pracujący niekiedy dziesiątki lat w krajach o odmiennych warunkach klimatycznych i sanitarnych oraz w otoczeniu często różnym pod względem kulturalnym, ekonomicznym i społecznym.

Kompleksowa opieka medyczna nad misjonarzami powinna dotyczyć 3 etapów: (1) przygotowania do wyjazdu na misję, (2) przebywania na misjach oraz (3) badania i ewentualnego leczenia po powrocie.

PRZYGOTOWANIE DO WYJAZDU NA MISJĘ

Jest wskazane, aby przed rozpoczęciem przygotowania do posługi misyjnej każdy misjonarz poddał się badaniu lekarskiemu przez specjalistę medycyny tropikalnej i badaniu przez psychologa, którzy – uwzględniając wszelkie przeciwwskazania i wskazania do pracy na misjach – wydadzą odpowiednie świadectwo o stanie zdrowia.

Praca misyjna wymaga bezpośredniego kontaktu z rdzennymi mieszkańcami danego obszaru, a to zakłada gotowość do życia w prymitywnych warunkach oraz obejmuje czynne uczestnictwo w życiu kulturowym i społecznym danej grupy etnicznej. Misjonarze często narażeni są na lokalnie występujące choroby zakaźne, w szczególności często stykają się z osobami zakażonymi HIV lub gruźlicą. Ważne jest zatem, aby byli świadomi zagrożeń jakie na nich czyhają, jak również chorób i niedostatków, na jakie cierpią ich podopieczni.

Pobyt w strefie o odmiennych warunkach klimatycznych i sanitarnych bezwzględnie wymaga działań prewencyjnych przeciw malarii, stosowania szczepień ochronnych, często obowiązkowych (szczepienie przeciw żółtej gorączce) lub zalecanych (w zależności od rejonu geograficznego i potencjalnego ryzyka zakażenia) oraz rygorystycznego przestrzegania zasad higieny. Niezwykle ważne w zapobieganiu malarii jest zastosowanie skutecznego leku indywidualnie dobranego przez specjalistę chorób tropikalnych. Dobór leku zależy od rejonu geograficznego, warunków i długości pobytu oraz od lokalnej podatności pasożyta na dany lek. Ryzyko zarażenia malarią można też obniżyć przez stosowanie repelentów, moskitier, noszenie pełnego obuwia i długich rękawów czy spodni. W rejonach tropikalnych obowiązują szczególne zasady higieny żywienia (picie przegotowanej wody, napojów z zamkniętych kapsle butelek, mycie owoców i spożywanie ich po obraniu ze skórki), higieny osobistej (np. zęby należy zawsze myć w przegotowanej wodzie), a ponadto unikania kąpieli w słodkowodnych zbiornikach oraz ekspozycji na urazy i uszkodzenia ciała, zwłaszcza komunikacyjne.

W miarę możliwości zachęca się wszystkie osoby pragnące wyjechać na misję do uczestnictwa w kursach „Opieka Zdro-

wotna w Tropiku” organizowanych w Poznaniu lub w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie, na których lekarze z Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych AM w Poznaniu w przystępny sposób uczą praktycznego zastosowania wiedzy dotyczącej zagrożeń zdrowotnych w tropiku.

OPIEKA MEDYCZNA W CZASIE POBYTU W TROPIKU

Nierzadko trudno jest zabezpieczyć właściwą opiekę medyczną nad misjonarzami w tropiku, zwłaszcza jeżeli nie ma w pobliżu ośrodka medycznego. Problem częściowo rozwiązuje posiadanie własnej apteczki z podstawowymi lekami oraz dokładną instrukcją ich stosowania. Rozwój telekomunikacji umożliwia też udzielanie porady drogą elektroniczną.

OPIEKA MEDYCZNA PO POWROTCIE DO POLSKI

Jest wskazane, aby przy okazji powrotu do Polski, na stałe lub z okazji okresowego urlopu, każdy misjonarz poddał się badaniu lekarskiemu przez lekarza specjalistę medycyny tropikalnej. W niektórych przypadkach ustalenie rozpoznania w zakresie chorób egzotycznych na drodze ambulatoryjnej jest niemożliwe; w tym przypadku wymagana jest hospitalizacja w ośrodku chorób tropikalnych. Często zdarza się, że w ciągu pierwszych kilku miesięcy po powrocie występują nawroty malarii nabytej w tropiku. Stąd jest sprawą niezwykle ważną, aby w razie wystąpienia niewyjaśnionej gorączki lub objawów neurologicznych zgłosić się natychmiast do lekarza, najlepiej do ośrodka specjalizującego się w chorobach tropikalnych. Nierozpoznana w porę i nie leczona malaria może prowadzić do zgonu w ciągu kilku dni. Rozpoznanie malarii, która w Polsce już od blisko 50 lat endemicznie nie występuje, jest niełatwe i wymaga odpowiedniego zaplecza laboratoryjnego oraz doświadczenia, które nie wszędzie są dostępne.

**MISJONARZAMI OPIEKUJE SIĘ KLINIKA CHORÓB
TROPIKALNYCH I PASOŻYTNICZYCH AKADEMII
MEDYCZNEJ W POZNANIU**

Od lat 1970-tych Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych w Poznaniu miała sporadycznie kontakty z misjonarzami – werbistami z Chłudowa oraz podopiecznymi – zajmującego się misjami – księdza Czesława Białka. Opieka nad



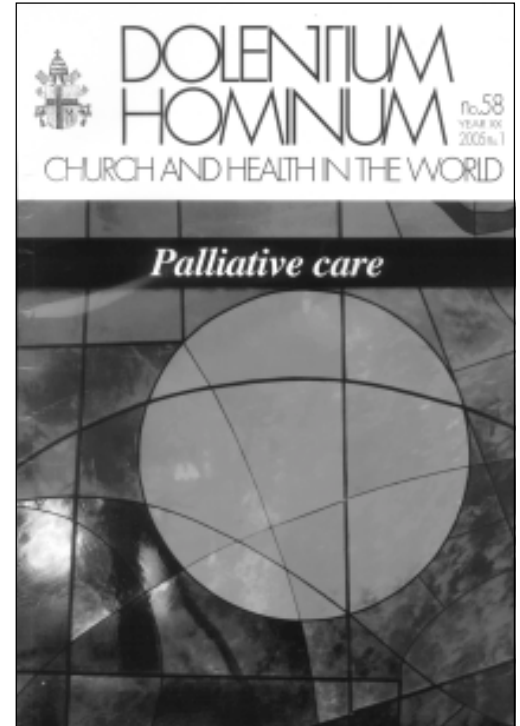
AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI**Z PAPIESKIEJ RADY DS. ZDROWIA**

Od Redakcji. Ukazał się nowy zeszyt *Dolentium Hominum* (nr 59, 20:2, 2005), kwartalnika Papieskiej Rady ds. Zdrowia. Numer zawiera 3 artykuły związane z pogrzebem Papieża Jana Pawła II oraz sprawozdania z VI Plenarnych Obrad Papieskiej Rady ds. Zdrowia, z XIII Dnia Chorego w Yaounde i z Sympozjum nt. *Wiatyk – eucharystia udzielana chorym*. Redakcja przytacza kilka myśli zawartych w tych artykułach. Czytelnikom, którzy są zainteresowani zapoznaniem się z pełną treścią ww artykułów, drukowanych w języku angielskim. Redakcja zwraca uwagę na nr 58 *Dolentium Hominum*, poświęcony opiece paliatywnej (obok). Bieżące i archiwalne zeszyty kwartalnika *Dolentium Hominum* znajdują się – z inicjatywy Fundacji *Redemptoris Missio* – w zbiorach Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Poznaniu przy ul. Parkowej 4.

POGRZEB PAPIEŻA JANA PAWŁA II DNIA 8 KWIETNIA 2005

Homilia Jego Eminencji Kardynała Józefa Ratzingera, obecnego Papieża, wygłoszona z okazji pogrzebu Ojca Świętego Jana Pawła II, drukowana w całości w *Dolentium Hominum*, jest przypomnieniem głębokiej czci i przywiązania Kardynała do Naszego Papieża, który – jak zakończył swoją homilię Kardynał – „po znoszonych długo i cierpliwie cierpieniach i po przejściu do wieczności, błogosławi nam z okna domu swojego Ojca”.

(ciąg dalszy na str. 8)



misjonarzami znacznie rozszerzyła się po powstaniu przy Klinice w roku 1992 Fundacji Pomocy Charytatywnej dla Misji – „Redemptoris Missio”. Opieka ta jest kompleksowa i nie dotyczy tylko udzielania bezpośredniej pomocy lekarskiej chorym misjonarzom, lecz również obejmuje przygotowanie ich do pracy na misjach, poprzez badania profilaktyczne oraz kursy na temat chorób tropikalnych (w Poznaniu i w Warszawie), a także wydawanie kwartalnika „Medicus Mundi Polonia”. Nie bez znaczenia jest też bezpośrednia pomoc Fundacji „Redemptoris Missio” w zaopatrzeniu misji w leki i środki opatrunkowe, jak również kierowanie lekarzy i studentów do pomocy w pracy w ośrodkach medycznych. Szczegóły pracy Fundacji i Kliniki zostały już wielokrotnie opisane w „Annales Missiologicae Posnanienses” oraz „Medicus Mundi Polonia”.

W tym miejscu warto dodać, że w latach 2002-2005 hospitalizowano w Klinice 92 misjonarzy, w tym aż 39 w trybie pilnym.

Tab. 1 Liczba misjonarzy przyjętych do Kliniki ze wskazań pilnych i planowych, w latach 2002-2005.

	2002	2003	2004	2005
pilne	9	5	13	12
planowe	12	12	10	19

Hospitalizowani w Klinice misjonarze pracowali na terenie 3 kontynentów w 29 krajach: Argentyna, Boliwia, Botswana, Brazylia, Burundi, Chile, Czad, Ekwador, Etiopia, Filipiny, Indie, Kamerun, Kenia, Madagaskar, Malawi, Namibia, Papua Nowa Gwinea, Paragwaj, Peru, Republika Kongo, Republika Środkowoafrykańska, Rwanda, Senegal, Sierra Leone, Sudan, rejon Syberii, Tanzania, Uganda, Zambia.

Rozpoznania kliniczne, związane z pobytem w tropiku, obejmowały: rozpoznania ustalone i podejrzenia choroby. Do tych pierwszych należały: malaria, schistosomoza, giardioza, filarioza, enterocolitis- E. coli 0 127, enterocolitis- E. coli A 040, toksoplazmoza, wirusowe zapalenie wątroby typu A, echiokokozja, dur brzuszny, malaria przebyta, schistosomoza przebyta, pełzakowica przebyta, trąd przebyty. Natomiast podejrzenia obejmowały: malarię, schistosomozę, pełzakowicę, leiszmaniozę, robaczycę, filariozę, podejrzenie włośnicy, boreliozę, podejrzenie wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Średni okres hospitalizacji trwał 8 dni; pacjenci przyjęci w trybie nagłym przebywali w Klinice przeciętnie około 9 dni, zaś przyjęci planowo około 7 dni.

Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej w Poznaniu, jako jeden z nielicznych w Polsce akademickich ośrodków medycyny tropikalnej, pełni stały 24 godzinny dyżur i przyjmuje bez zwłoki chorych misjonarzy w przypadkach pilnych (podejrzenie malarii). Kontakt z Kliniką jest możliwy pod następującym adresem:

Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Akademii Medycznej w Poznaniu

ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 POZNAŃ
Tel. Kierownik Kliniki, Prof. AM Jerzy Stefaniak
(061)86-91-363

Sekretariat Kliniki (061)86-91-360

Lekarz dyżurny (061)86-91-360

Fax (061) 86-91-699

e-mail: medtrop@mp.pl

Lek. med. Anna Sosinko
Wolontariusz Kliniki

Z PAPIESKIEJ RADY DS. ZDROWIA

(ciąg dalszy ze str. 7)

Jego Eksceleńcja Biskup Jose L. Redrado O.H., sekretarz Papieskiej Rady ds. Zdrowia, mógł swobodnie śledzić ostatnie dni Papieża Jana Pawła II, gdyż nie pracował z powodu rekonwalescencji po przebytej ciężkiej malarii. Stwierdza on, że ostatnie chwile życia Papieża, naznaczone bólem i cierpieniem, były również chwilami wielkich emocji i solidarności, okazywanych przez wierzących i niewierzących, którzy wśród modlitw, wspominali co Papież zrobił dla Kościoła, społeczeństwa i dla ludzi. Jego cierpienie i odejście było logicznym zakończeniem drogi Jego życia, na której często spotykał się z cierpieniem. Papież miał w życiu trzy miłości, którym pozostawał wierny: rodzinę, młodzież i ludzi chorych.

Odwiedzając chorego Kardynała Deskura, w dzień po swojej elekcji, Papież mówił do Niego m.in.: „Chrystus jest między nami, w sercach chorych i w sercach Samarytaninów, którzy opiekują się chorymi”. Trudno opisać jak głęboką katechezę przekazał nam Papież przez swoją cierpliwie znośną chorobę i gotowość przejścia do wieczności w pokoju. Papież wielokrotnie wspominał o wzbogacającej Go roli daru cierpienia, który otrzymał.

Dla wielu, którzy Go podziwiali i słuchali, był Nauczycielem, który na samym sobie doświadczył cierpień, jak mało kto z nas, dlatego też rozumiał cierpiących i ujmował się za nimi. Jego troska o nich wyraziła się w powołaniu w dniu 11 lutego 1985 roku Komisji, która później przekształciła się w Papieską Radę ds. Zdrowia oraz w ustanowieniu w dniu 13 maja 1992 roku Światowego Dnia Chorego. Miały one przypominać Kościołowi o potrzebie troski o chorych i zachęcać nowych Samarytaninów do działania.

VI OBRADY PLENARNE PAPIESKIEJ RADY DS. ZDROWIA — 20-21 STYCZNIA 2005

Kolejne obrady Papieskiej Rady ds. Zdrowia, miały miejsce w Watykanie 20-21 stycznia 2005 roku w 20 lat po jej powołaniu do życia. Papież Jan Paweł II przesłał Radzie swoje posłanie, w którym podkreśla dotychczasowe osiągnięcia Rady w przekazywaniu ewangelicznej nadziei szerokim rzeszom cierpiących w świecie i wspierania tych, którzy zostali powołani, aby służyć chorym. Papież przypomniał o celach pracy Rady, wyłożonych w dokumencie Motu Proprio *Dolentium Hominum* w roku 1985. Zostały one określone w następująco: „propagować, wyjaśniać i bronić nauk Kościoła w zakresie ochrony zdrowia i zabiegać, aby były one wprowadzane w życie”. Konferencje Biskupów i organizacje katolickie działają, „aby wspierać etyczno-religijną formację chrześcijan, pracujących w służbie chorych, mając na uwadze różne sytuacje i specyficzne problemy, które napotykają w swojej pracy... przy zachowaniu podstawowych wartości i praw związanych z godnością osoby ludzkiej i jej ostatecznym przeznaczeniem.”

Spotkania i rekolekcje u Ojców Werbistów w Laskowicach w roku 2006

Adres: Dom Misyjny Św. Arnolda Janssena, ul. Długa 44, 86-130 Laskowice Pom.; tel. (052) 330 73 00, e-mail: biuro@werbisci-laskowice.org

W roku 2006 przewiduje się m.in.:

- 21-23 kwietnia — rekolekcje dla przyjaciół misji,
- 6-8 października — rekolekcje dla przyjaciół misji,
- 13-15 października — rekolekcje dla pracowników służby zdrowia.

W swoim nauczaniu Kościół styka się z problemami najbardziej delikatnymi, o których trudno w głębi serca nie myśleć, a mianowicie z cierpieniem, chorobą i śmiercią... Papieska Rada ds. Zdrowia działa skutecznie na polu uświęcania choroby i zrozumienia roli jaka odgrywa chory w Kościele i w rodzinie, nauczając, że w każdym cierpiącym jest cząstka Chrystusa. W roku Eucharystii szczególnie rola przypada wiatykowski i sakramentowi namaszczenia, które choremu i jego otoczeniu przypominają Chrystusa, który umarł i zmartwychwstał, zostawiając nadzieję przyszłego życia...

Kościół nie jest zwolniony od zwracania uwagi na rolę struktur organizacyjnych, w których chory mógłby czuć się odrzucony i pozbawiony socjalnej opieki. Troska kierujących Kościołem powinna być również dotyczyć braku leków i stosownego leczenia na terenach, na których podstawowe potrzeby chorego w tym względzie są niezaspokajane. Dotyczy to przede wszystkim chorych na AIDS... Praca Papieskiej Rady wspomagająca ewangelizację i działania charytatywne kieruje społeczeństwa w stronę cywilizacji miłości.

XII DZIEŃ CHOREGO W YAOUNDE W KAMERUNIE DNIA 11 LUTEGO 2005

Papież Jan Paweł II nie mógł być obecny w Yaounde w Kamerunie na XIII obchodach Dnia Chorego i upoważnił Kardynała Janvier Lozano Barragana, prezydenta papieskiej Rady ds. Zdrowia, aby Go reprezentował. W roku 1995 obchodzono Światowy Dzień Chorego w Yamoussoukro na Wybrzeżu Kości Słoniowej. Obecnie po raz drugi na miejsce obchodów wybrano Afrykę, aby podkreślić szczególną troskę jaką Kościół przejawia dla tego kontynentu, ale również, aby wskazać na zmiany zachodzące w Afryce w zakresie ochrony zdrowia. W posynodalnym dokumencie *Ecclesia in Africa* Papież podkreślał „Afryka jest kontynentem, na którym niezliczona liczba ludzi – mężczyzn i kobiet, dzieci i młodzieży – leży w pewnym sensie u brzegu drogi, chora, zraniona i bezbronna. Oni potrzebują Dobrego Samarytanina, który by im pomógł...” Istnieje znaczna liczba biskupów, księży, mężczyzn i kobiet w organizacjach religijnych, niekiedy nawet bez specjalnego szkolenia medycznego, którzy pomagają chorym z sercem pełnym miłości, współczucia i wrażliwości na cierpienie... Do ludzi posiadających w świecie władzę Papież apeluje, aby w Afryce zapanował pokój, niezbędny dla socjalnego, politycznego i ekonomicznego rozwoju tego kontynentu... W celu ulżenia ofiarom AIDS, w szczególności w Afryce, Papież Jan Paweł II powołał ostatnio *Fundację Dobrego Samarytanina* i oczekuje się, że będzie ona rozwijać się.

Kończąc swoje przesłanie Kardynał J.L. Barragana dziękował wszystkim, którzy pełni samozaparcia i poświęcenia, pomagają chorym często w niezwykle trudnych warunkach. Kardynał również dziękuje osobom kierującym instytucjami religijnymi i świeckimi, a w szczególności tym, którzy brali udział w rejonowych konferencjach biskupów nt. ochrony zdrowia, życząc im postępu w przygotowywaniu wyszkolonych kadr, edukacji w zakresie ochrony życia, tworzenia odpowiednich struktur, lepszego materialnego wyposażenia ośrodków zdrowia i organizacji skutecznej prewencji, zwłaszcza w zakresie AIDS.

SYMPOZJUM NT. WIATYKU – 21 MAJA 2005

Symposium nt. wiatyku miało miejsce w Domu Świętej Marty w Watykanie i zostało obszernie przedstawione na stronach 34-59 omawianego zeszytu *Dolentium Hominum*.

Wybrał i tłumaczył: prof. Zbigniew Pawłowski

KATOLICKIE PIELEŃNIARKI STAWIAJĄ CZOŁO WYZWANIAM

Od Redakcji: W kwartalniku Dolentium Hominum (nr 57, 2004, 19, 3) ukazał się artykuł nt. aktualnej roli pielęgniarek katolickich w Afryce. Streszczenie tego artykułu przedstawiamy Czytelnikom w tłumaczeniu.

Msgr. H. E. Redrado, O.H. przedstawił na kongresie CICIAMS, który odbył się w dniach 20-24 września 2004 r. w Nigerii referat o sytuacji zdrowotnej w Afryce oraz wyzwaniach czekających katolickie pielęgniarki pracujące na tym kontynencie.

SYTUACJA W ZAKRESIE ZDROWIA W AFRYCE

Afryka jest kontynentem o bardzo dużym zróżnicowaniu zarówno geograficznym, kulturowym, religijnym. Zamieszkują ją rozmaite plemiona z odmiennymi tradycjami. Sytuacja ekonomiczna, polityczna przedstawia się inaczej w każdym z krajów, z tego powodu wdrożenie jakiegoś nowego przedsięwzięcia stanowi nie lada problem, a raczej wyzwanie.

Ukrywanie różnic i faktycznych potrzeb krajów afrykańskich zostało uznane za niecelowe. Zaczęto myśleć o kolaboracji i solidarności pomiędzy poszczególnymi Afrykańskimi Stanami. To samo dotyczy Kościoła Afrykańskiego, dlatego w 1994 roku po raz pierwszy odbył się synod kontynentalny. Poruszył on problemy związane z cierpieniem mieszkańców i sytuacją zdrowotną w Afryce. Wezwał wszystkich odpowiedzialnych i mających obowiązek do pomocy nie tylko w sferze ekonomicznej, technologicznej i edukacyjnej, ale również opiece nad chorymi. Apel ten dotyczy wspólnot chrześcijańskich, szczególnie świeckich pracowników zdrowia i grup wolontariuszy i wynika z ogólnie niskich standardów opieki zdrowotnej w Afryce.

Wzrost niepokoju i troski o ten kontynent powoduje chroniczny brak odpowiednich struktur w organizacji opieki zdrowotnej, brak ekonomicznego rozwoju kraju, niska świadomość zdrowotna zwłaszcza w odniesieniu do chorób tropikalnych, które każdego roku niszczą tysiące istnień ludzkich, w tym kobiet i dzieci. W gorących i wilgotnych regionach, w strefie równikowej Afryki ludność narażona jest na dużą ilość niebezpiecznych pasożytów, które rozwijają się i rozprzestrzeniają w dogodnych dla siebie warunkach. Na szczególną uwagę zasługują: malaria, bilharzioza, filarioza i inne. Choroby tropikalne to tylko część występujących schorzeń; istnieją tam choroby, które mają reputację „nowoczesnych importowanych z północy” – są to: gruźlica, polio, tężec, odra, różyczka, meningokowe zapalenie opon mózgowych. Rozprzestrzeniają się one w zastraszająco szybkim tempie. Oczywiście AIDS, który nie ominął Afryki, stał się dodatkowym rozdziałem w problemach socjalno-zdrowotnych. Nie brakuje tam również zapalenia płuc, problemów z układem sercowo-naczyniowym czy chorób psychiatrycznych.

Zagadnienia dotyczące zarażenia i prewencji AIDS były również tematem międzynarodowej konferencji o AIDS, zorganizowanej w Watykanie w 1989.

Niektóre dane statystyczne dotyczące opieki zdrowotnej w Afryce:

- Śmiertelność dzieci do 5 roku życia przypadająca na 1000 urodzeń w 2000 roku wynosiła – 172;

- Ludzie żyjący poniżej 1\$ dziennie w 1990 roku – 27%;
- Liczba szpitali w całej Afryce – 964 (na dzień dzisiejszy 14 państw nie posiada ani jednego m.in. Somalia);
- Liczba ambulatoriów – 5.018 (11 państw nadal nie ma systemu podstawowej opieki medycznej m.in. Algieria);
- Liczba leprozoriów – 270;
- Pomoc domowa dla osób starszych, przewlekle chorych, inwalidów – 655;
- Opieka nad sierotami – 791 ośrodków;
- Centrum porad małżeńskich – 1.728;
- Specjalne centra edukacyjne i socjalne – 2.202.

Dane odnośnie AIDS w Afryce (oszacowania z końca 2003 roku):

- Dorośli i dzieci z HIV/AIDS: 27,2 mln;
- Liczba zgonów dorosłych i dzieci wskutek AIDS: 2,7 mln;
- 75% ofiar AIDS żyje w Afryce na południe od Sahary;
- AIDS spowodował 11 mln sierot;
- Prawdopodobnie 20 mln Afrykańskich dzieci zostanie sierotami do 2010 roku.

W JAKI SPOSÓB MOŻNA POMÓC AFRYCE?

Warunkiem pomocy temu kontynentowi będzie współdziałanie i solidarność ludzi dobrej woli. Podczas plenarnego zgromadzenia, które odbyło się w Watykanie w lutym 1990 roku, kardynał Zoungrana, arcybiskup Ouagadougou przedstawił zasady efektywnej współpracy pomiędzy Północną a Południową częścią globu i warunki realnej pomocy dla Afryki. Można je streścić w pięciu punktach:

- 1) Pomoc musi uwzględniać specyficzny charakter zainteresowanych krajów;
- 2) Koordynacja sektora opieki socjalnej i zdrowotnej;
- 3) Inkulturacja Ewangelii jako wartość i dobro dla wszystkich;
- 4) Kultura życia, zwiększenie szacunku do największego daru jakim jest nasze życie;
- 5) Skuteczność struktur i ewangelizacji na świecie zajmujących się cierpieniem i zdrowiem.

Dla Afryki synod ten był momentem łaski i refleksji nad tym co można uczynić i wniósł konkretne propozycje w tym kierunku. Był to również czas, kiedy zwrócono uwagę wszystkich wspólnot chrześcijańskich i duchowieństwa na cierpienie i problemy zdrowotne Afryki.

SZCZEGÓLNE WYZWANIE DLA PIELEŃNIAREK

Stojąc przed tak wielkimi problemami, jakie dotyczą ten kontynent, sprostanie im jest nie lada wyzwaniem. Dotyczy ono głównie pielęgniarek, które są „ministrami życia”. To przed nimi stoją

(ciąg dalszy na str. 10)

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

CHOROBY NIEZAKAŻNE

Od Redakcji: Ostatnio wydany przez WHO w Genewie (2004) Atlas of Heart Diseases and Stroke, autorów J.Makay i G.A.Mensah, podaje podstawowe wiadomości nt. chorób sercowo-naczyniowych w świecie, warte zapoznania się z nimi, również w kontekście medycyny praktykowanej w krajach rozwijających się.

CZĘSTOŚĆ CHORÓB SERCA I NACZYŃ

W roku 2003 na choroby serca i naczyń (CHSN) w świecie zmarło 17 milionów ludzi. Procentowo choroby te występują częściej w krajach rozwiniętych, ale biorąc od uwagę bezwzględną liczbę zgonów, to 75% ich występuje w krajach rozwijających się, wpływając – obok chorób zakaźnych – wysoce niekorzystnie na stan zdrowia ludności tych krajów.

CZYNNIKI RYZYKA

Wśród bezpośrednich czynników ryzyka CHSN są takie, na które można mieć pewien wpływ np. palenie papierosów, brak ruchu, otyłość, nieodpowiednia dieta, cukrzyca, nadciśnienie, nadmiar lipidów we krwi. Pośredni wpływ mają: bieda, depresja, stres, alkoholizm, stosowanie leków zapobiegających ciąży, nadmiar cholesterolu, przerost lewej komory. Do czynników ryzyka CHSN, na które nie ma się wpływu należą: wiek (ryzyko udaru mózgu podwaja się z każdym dziesięcioleciem po 55 roku życia), czynniki genetyczne i etniczne oraz płeć (zawały są nadal częstsze u mężczyzn). Nowo poznanymi czynnikami ryzyka są: nadmiar homocysteiny we krwi, stany zapalne (wzrost wartości CRP) oraz wzrost fibrynogenu. Wiele czynników ryzyka działa już w wieku dziecięcym

lub u młodzieży. Ponad 18 milionów dzieci do 5 lat w świecie ma nadwagę, a w USA i w Grecji ponad 10% młodzieży jest otyła. Ponad 14% młodzieży w wieku 13-15 lat pali papierosy.

Nadciśnienie jest odpowiedzialne za 1/2 ogółu chorób serca i naczyń; ich ryzyko zwiększa się podwójnie wraz ze wzrostem o każde 10 mmHG wartości ciśnienia rozkurczowego i o każde 20 mmHg wartości ciśnienia skurczowego. Wysoki poziom lipidów we krwi zwiększa częstość chorób serca o 1/3, a palenie papierosów o 1/5. Ale z drugiej strony – tylko 4% ludzi w Chinach wie o szkodliwości palenia tytoniu.

Brak ruchu jest odpowiedzialny za 1,9 milionów zgonów rocznie, w tym za 20% chorób naczyniowych i 22% zawałów. Brak ruchu jest powszechny w Indiach, Chinach, na Filipinach oraz w Wietnamie, Etiopii, na Wybrzeżu Kości Słoniowej, w Paragwaju i w Meksyku. Ostatnio w populacjach ponad 25 w krajach rozwiniętych szybko narastają wartości BMI (Body Mass Index); otyłość kobiet jest częsta w Arabii Saudyjskiej, Irlandii, Republice Południowej Afryki, w USA i w Kanadzie. Zapadalność na cukrzycę wzrasta i obecnie wynosi 170 milionów; średnio 6,4% populacji w krajach rozwiniętych i 4,1% w krajach rozwijających się. Liczby bezwzględne są niepokojące: przyjmuje się, że w USA jest 17,7 milionów cukrzyków, 31,6 milionów w Indiach, 20,7 milionów w Chinach, 8,4 milionów na Filipinach i 6,8 milionów w Japonii. Otyłość i cukrzyca wzrastają

KATOLICKIE PIELEŃNIARKI STAWIAJĄ CZŁO WYZWANIAM

(ciąg dalszy ze str. 9)

najtrudniejsze zadania do pokonania. One troszczą się o współpracę i solidarność różnych kreatywnych i integracyjnych przedsięwzięć, w których potrzebny jest wspólny wysiłek. Koordynują programy i zasoby, projekty, akcje. Potrzebny jest ich współdziałanie w opiece medycznej. Życie w Afryce jest zagrożone, propagowanie konieczności obrony życia, troski i miłości tego bezcennego daru, leży na barkach pielęgniarek.

Taka osoba pracująca w Afryce powinna cechować się: odwagą, cierpliwością, zrozumieniem, szanowaniem życia w każdej formie, zdolnością troszczenia się o biednych, odwagą zabrania głosu w sprawie tych, którzy tego głosu nie mają, świadczeniem indywidualnej lub grupowej pomocy chorym i osobom starszym oraz walczeniem z rozprzestrzenianiem się AIDS.

Te zdolności pomogą pielęgniarkom w ich trudnej, codziennej pracy i wypełnieniu licznych zadań. Należą do nich: dzielenie się z otoczeniem trudnościami w planowaniu akcji i inicjatyw; rozpoznanie na codzień konkretnych potrzeb lokalnej populacji; respektowanie praw człowieka, znajomość i przestrzeganie zasad etyki; ocenianie swoich własnych umiejętności i zdolności; prowadzenie edukacji w zakresie prewencji chorób; uczenie odpowiedzialności za własne zdrowie.

Ponadto pielęgniarka stara się wpływać na wprowadzanie unowocześnień w pracy i poprawę organizacji służby zdrowia. Poważne

i trudne zadanie czeka na nią w dziedzinie medycyny tradycyjnej, a czasami nawet walka z niektórymi szkodliwymi zwyczajami kulturowymi. Ukazanie skuteczności europejskich sposobów leczenia wymaga od niej sporo cierpliwości, zdobycia zaufania podopiecznych oraz konsekwencji w działaniu. Edukacja ponoszenia odpowiedzialności za własne zdrowie, zdrowie i życie własnych dzieci oraz wdrożenie zasad podstawowej higieny, to duże pole działania oraz żmudna i długa praca. Do jej zadań należy również obrona godności i życia od poczęcia do sędziwej starości, opieka nad rodzinami ze zrozumieniem ich kultury, zwyczajów i panujących stosunków rodzinnych. Pielęgniarka pełni rolę edukatora, tłumacząc, że choroba nie jest karą, ale pomaga zrozumieć przyczynę jej powstania.

Tam, gdzie brakuje siły i wiary pielęgniarka daje nadzieję, pobudza do życia, walczy z niesprawiedliwością. Stoi na straży i walczy o przestrzeganie praw człowieka, jego godności i życia. Zabiega o profesjonalne umiejętności, nie tylko techniczne, ale również uczciwość, odpowiedzialność, zrozumienie... Troszczy się o należyte utrzymanie szpitali i ambulatoriów. Dąży do holistycznej opieki nad chorym. Przynosi ulgę cierpiącym i potrzebującym.

Kościół zawsze troszczył się o ważne sprawy człowieczeństwa. Na szczególną jego uwagę zasługują bezbronni, zaniedbani, ubodzy, potrzebujący, czego dowodem jest zwołanie wspomnianego Synodu i konferencji poświęconych sytuacji w Afryce.

Celina Ossowska, pielęgniarka
wolontariusz Fundacji

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

w miarę „wyższego” poziomu życia w przeciwieństwie do nadciśnienia i palenia papierosów, które odwrotnie w tym segmencie populacji wykazują tendencje spadkowe. Choroby serca i naczyń są kolejną, po zakażeniu HIV, przyczyną upośledzenia, mierzonego w DALY (Disability-adjusted life years). W wielu krajach rozwiniętych śmiertelność z powodu chorób serca zmniejsza się (niechwalnymi wyjątkami są Krocja, Białoruś, Ukraina i Rumunia). Nadal 3,8 milionów mężczyzn i 3,4 milionów kobiet ginie rocznie z powodu zawału. Najwyższe bezwzględne liczby zgonów z powodu zawału mięśnia sercowego obserwowano w roku 2002 w Indiach (1.531.534), w Chinach (702.925) i w Federacji Rosyjskiej (674.881). Z powodu udaru mózgu ginie rocznie 3 miliony mężczyzn i 2,5 miliona kobiet. Podobnie najwyższe liczby zgonów w roku 2002 z powodu udaru notowano w Chinach (1.652.885), w Indiach (771.067) i w Federacji Rosyjskiej (517.424).

Koszt leczenia chorób serca i naczyń jest wysoki; wprawdzie najtańszym lekiem w zapobieganiu tym chorobom jest aspiryna, ale cena tygodniowego jej podawania w Chinach odpowiada wartości 1,5 kg ryżu; w Egipcie tylko 0,2 kg ryżu, natomiast cena tygodniowej kuracji symwastyną odpowiada w Chinach wartości 50 kg ryżu, a w Egipcie ponad 33 kg ryżu. Odpowiednia profilaktyka poprzez dietę, ruch, zaprzestanie palenia papierosów jest znacznie tańsza. Np. w Chinach sama redukcja spożywania soli z 12 g dziennie do 3 g mogła by zmniejszyć o 1/3 zapadalność na udar mózgu i o 1/4 zapadalność na zawał serca. Niestety tylko 39% krajów afrykańskich ma programy prewencji chorób serca i naczyń. Liczba kardiologów w krajach rozwijających się jest niedostateczna: na 100.000 ludności w 2001 roku wynosiła ona w Europie – 6, w Azji Południowo-Wschodniej – 0,3, a w Afryce – 0,4.

Załączona do książki tabela podaje liczbę mieszkańców w milionach (1), a w tysiącach: liczbę zgonów z powodu chorób serca (2),

zgonów z powodu udaru mózgu (3), zgonów z powodu choroby reumatycznej serca (4), odsetek palących powyżej 18 roku życia, odpowiednio mężczyzn i kobiet (5), odsetek chorych na cukrzycę powyżej 20 roku życia (6), zakaz palenia w budynkach rządowych: +++ bezwzględnie przestrzegany, + przestrzegany, – nie przestrzegany (7). W podanej niżej tabeli wybrano dane tylko z niektórych krajów misyjnych.

Thum. prof. Zbigniew Pawłowski

Tabela: Zestawienie zapadalności z powodu wybranych chorób serca i naczyń w niektórych krajach misyjnych

	1	2	3	4	5	6	7
Bangladesz	143.809	130.006	64.515	10.253	63/35%	4,6%	+
Bolivia	8.645	3.948	3.138	70	55/32%	4,9%	+
Brazylia	176.257	139.601	122.172	3.055	29/18%	4,3%	+++
Czad	8.248	4.385	4.747	300	20/3%	2,8%	-
Indie	1.049.549	1.531.534	771.067	103.913	34/3%	5,5%	+++
Indonezja	217.131	220.372	123.684	11.660	60/5%	6,7%	+
Kamerun	15.729	9.443	10.198	621	21/2%	1,0%	+
Kenia	31.540	13.661	14.843	360	66/27%	1,4%	-
Madagaskar	16.916	8.327	9.020	609	?/ ?%	1,4%	-
Malawi	11.871	6.773	7.249	106	31/7%	1,1%	-
Nigeria	120.911	64.778	69.932	4.795	16/4%	3,4%	+++
Peru	26.767	10.615	8.084	157	?/ ?%	5,2%	+
Tanzania	36.276	14.720	16.115	439	49/7%	1,3%	-
Uganda	25.004	10.163	11.043	288	33/7%	1,1%	+
W.Kości Ston.	16.165	9.257	9.530	233	21/4%	3,6%	+
Zambia	10.698	4.153	4.604	135	21/9%	1,6%	+
Polska	38.622	77.151	43.032	1.277	52/28%	4,1%	+

ZE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

REALIZACJA MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS

Od Redakcji: Minęło 5 lat od czasu jak 189 krajów podpisało w kwaterze Narodów Zjednoczonych deklarację „Millennium Development Goals”, która na najbliższe 20 lat miała wytyczać kierunki działania zmierzające do rozwoju świata. Przyjęto w deklaracji zasadę, że zły stan zdrowia populacji opóźnia ich rozwój. Trzy z 8 dziedzin działania wymienionych w deklaracji i 8 z 18 wyznaczonych celów dotyczy bezpośrednio stanu zdrowia populacji. Główne punkty deklaracji zostały przedstawione na łamach MMPolonia (2005, nr 16). Obecnie warto przyjrzeć się jak przebiega realizacja założeń deklaracji w ocenie Banku Światowego, Światowej Organizacji Zdrowia (MDG. Health and Millennium Development Goals, WHO, 2005) oraz niezależnych autorów: A.Haines i D.Sanders – Transact.Roy.Soc.Trop.Med.& Hygiene, 2005, 99, 721-726.

W ostatnim pięcioleciu okazało się, że realizacja celów deklaracji przebiega w sposób niejednorodny w różnych krajach. Zagrożony jest cel, który zakłada redukcję umieralności dzieci poniżej 5 roku życia o 2/3 oraz śmiertelność okołoporodową o 2/3, zwłaszcza w Afryce na południe od Sahary. Oczekiwana redukcja umieralności dzieci w tym rejonie, przy obecnym tempie działań, nastąpiłaby dopiero w roku 2165.

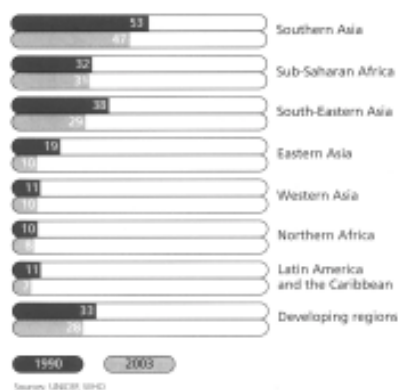
Można jednakże odnotować pewne pozytywne strony działalności prowadzonej w myśl deklaracji. Niedostatki w zakresie monitorowania stanu zdrowia populacji starano się usunąć przy pomocy ujednoczonej międzynarodowej sieci tzw. Health Metrics Network (HMN). Należy jednak dodać, iż tylko 10 krajów afrykańskich, położonych na południe od Sahary, posiada system reje-

stracji stanu zdrowia ludności. Zwiększyła się znacznie finansowa pomoc krajów bogatych dla likwidacji AIDS, gruźlicy i malarii. Niestety nie sięga ona ustalonych przed laty przez Narody Zjednoczone 0,7% dochodu narodowego; obecnie pomoc ta wynosi około 0,25%. Jest to suma niewielka w porównaniu do 300 miliardów US\$ przeznaczanych na subwencje dla rolników i tysiąca miliardów US\$ wydawanych rocznie na cele militarne.

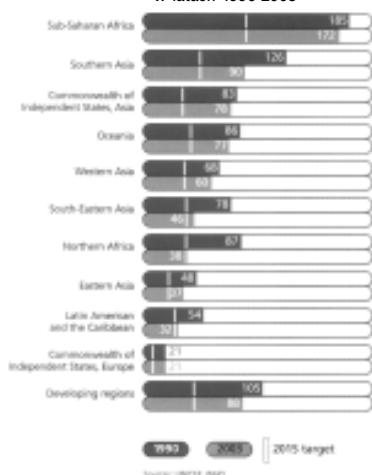
Jednakże pieniądze to nie wszystko, sposób ich wydawania budzi wiele zastrzeżeń wobec niewydolnych systemów ochrony zdrowia w krajach rozwijających się. Wiadomo, że 75% z 1/2 miliona przypadków zgonów związanych z porodem oraz ponad 60% z 10 milionów rejestrowanych rocznie przypadków zgonów dzieci

(ciąg dalszy na str. 12)

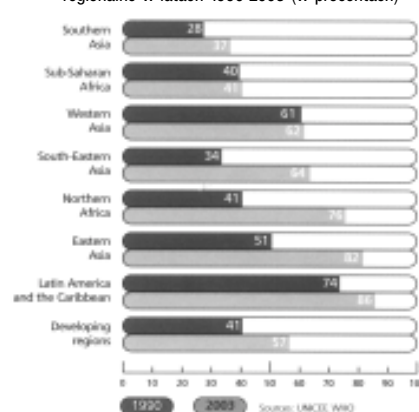
Proporcja dzieci do 5 lat z niedowagą w latach 1990-2003



Śmiertelność dzieci do 5 lat /1000 urodzeń w latach 1990-2003



Kwalifikowana opieka medyczna przy porodzie - trendy regionalne w latach 1990-2003 (w procentach)



Źródło: MDG. Health and the Millennium Development Goals WHO, 2005.

REALIZACJA MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS

(ciąg dalszy ze str. 11)

poniżej 5 roku życia można by uniknąć stosując już istniejące środki techniczne. Problemem jest ich dostępność i wykorzystanie na terenach endemicznych dla AIDS, gruźlicy i malarii. Na przykład częstość wykonywania 6 podstawowych szczepień ochronnych w świecie zatrzymała się obecnie na tym samym poziomie jak w latach 1990-tych. Znaczy to, że blisko 60% dzieci w krajach biednych nie otrzymała w roku 2004 szczepień DPT3.

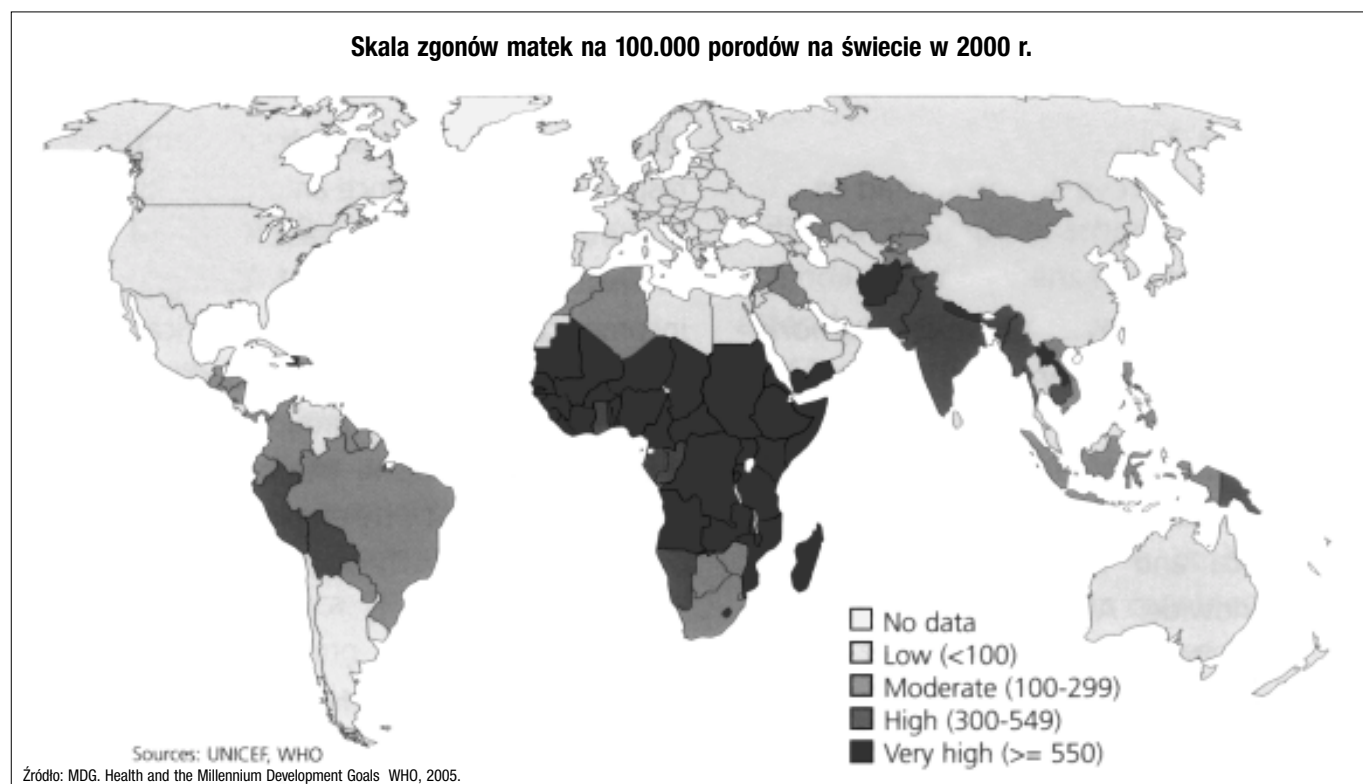
Dla efektywnego działania służb ochrony zdrowia konieczny jest rozwój kadr medycznych. Ocenia się, że potrzeba dodatkowo około 1 miliona pracowników służby zdrowia w Afryce i około 4 milionów w skali międzynarodowej. Tymczasem liczba wyszkolonych pracowników służby zdrowia w krajach rozwijających się zmniejsza się z powodu emigracji do krajów rozwiniętych i do

ośrodków miejskich, przesuwa się z sektora państwowego do prywatnego, ubywa z powodu epidemii AIDS, zarówno z powodu choroby i zgonów lekarzy na AIDS, jak i z powodu stresu zawodowego i zniechęcenia, związanego z pracą w niezwykle trudnych warunkach (patrz MMP nr 4, 2004, s. 12).

W przeszłości więcej uwagi zwracano na przygotowanie kadr zawodowych, niż na zatrzymanie ich w lokalnym systemie ochrony zdrowia i na permanentne doszkalanie, które ostatnio podupadło. Oddzielnym problemem jest niskie wynagradzanie lekarzy i personelu medycznego oraz konieczność umożliwienia im pracy w odpowiednio życzliwym i dobrze zorganizowanym środowisku, w którym m.in. ich praca jest doceniana, nie brakuje podstawowych metod diagnostycznych i leków oraz istnieje możliwość stałego wzbogacania swych zawodowych umiejętności.

prof. Zbigniew Pawłowski

Skala zgonów matek na 100.000 porodów na świecie w 2000 r.



„Clean hands are safer hands”

**CZYSTE RĘCE
SĄ BARDZIEJ
BEZPIECZNE**

Od Redakcji: W numerze 8/9 Medicus Mundi Polonia 2003, zwracaliśmy uwagę na potrzebę częstego mycia rąk. Problem ten stale wraca, zwłaszcza w kontekście zakażeń szpitalnych. W ramach programu „Clean hands are safer hands” (czyste ręce są bardziej bezpieczne) Światowa Organizacja Zdrowia wydała ostatnio dwie broszury: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (2005) i Global Patient Safety Challenge (2005). Warto poświęcić im chwilę uwagi i zajrzeć pod www.theIFIC.org oraz pod www.ahrg.gov

ZAKAŻENIA SZPITALNE SĄ CZĘSTE I KOSZTOWNE

Aktualnie ponad 1,4 miliona ludzi cierpi z powodu zakażeń szpitalnych. Nawet w krajach rozwiniętych 5-10% pacjentów przyjmowanych do szpitala nabywa w nim nową infekcję. Ryzyko nabycia zakażenia szpitalnego w krajach rozwijających się jest 2-20 razy większe i może dotyczyć nawet 25% pacjentów. W USA 1 pacjent na 136 staje się ciężko chory z powodu zakażenia szpitalnego; stanowi to 2 miliony przypadków i 80.000 zgonów rocznie. W Anglii ponad 100.000 przypadków zakażeń wewnątrz szpitalnych prowadzi do 5.000 zgonów rocznie. W Meksyku liczbę zakażeń wewnątrz szpitalnych określa się na 450.000, a śmiertelność nimi wywołowaną na 32 przypadki na każde 100.000 mieszkańców. Koszt związany w zakażeniami wewnątrz szpitalnymi określa się w USA na 4,5 miliarda US\$ rocznie, w UK 1 miliard funtów (£), a w Meksyku na blisko 1,5 miliarda US\$.

NAJCZĘSTSZE PRZYCZYNY ZAKAŻEŃ WEWNĄTRZSZPITALNYCH

Zakażenia wewnątrzszpitalne najczęściej dotyczą układu moczowego, zakażeń układu oddechowego i związane są z zabiegami chirurgicznymi i przetaczaniem krwi (patrz tabela 1). W oddziałach intensywnej terapii zakażenia wewnątrzszpitalne mogą dotyczyć około 30% pacjentów, a śmiertelność nimi wywołowana sięga 44%. W Brazylii i Indonezji ponad połowa noworodków na oddziałach neonatologicznych ulega zakażeniom, w których śmiertelność określa się na 12-52%. W czasie światowej epidemii SARS

w 20% do 60% przypadków zakażeniu ulegał personel szpitalny. W skali światowej przetoczenia krwi powodują rocznie 16 milionów zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu B, 5 milionów zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C, 160.000 zakażeń wirusem HIV. Przyjmuje się, że 5-10% zakażeń HIV następuje drogą przetaczania krwi. W latach 2000-2001 ponad 70 krajów nie stosowało badania krwi przeznaczonej do transfuzji na obecność wirusów HIV oraz wirusów zapalenia wątroby typu B i C i krętków kiły. W krajach rozwiniętych związane z przetoczeniem krwi zakażenia bakteryjne stają się częstsze niż zakażenia wirusami HIV, HBV i HCV. Niezależnie od możliwości zakażenia błędy w określaniu grup przetaczanej krwi są również częste.

NAJWAŻNIEJSZE STRATEGIE ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM WEWNĄTRZSZPITALNYM

Według WHO zakażenia wiążą się przede wszystkim z przetoczeniem krwi lub produktów krwiopochodnych, z pobieraniem krwi do badań i wstrzyknięciami leków, z podawaniem szczepionek, z nieprzestrzeganiem procedur klinicznych, zwłaszcza w izbach przyjęć oraz z niedostatkami bezpiecznej wody, niedociągnięciami sanitarnymi i usuwaniem odpadków.

Ryzyko zakażenia związane z zanieczyszczoną igłą może sięgać 30% dla przenoszenia wirusa zapalenia wątroby typu B, 1,8% dla wirusa typu C i 0,3%

(ciąg dalszy na str. 14-15)

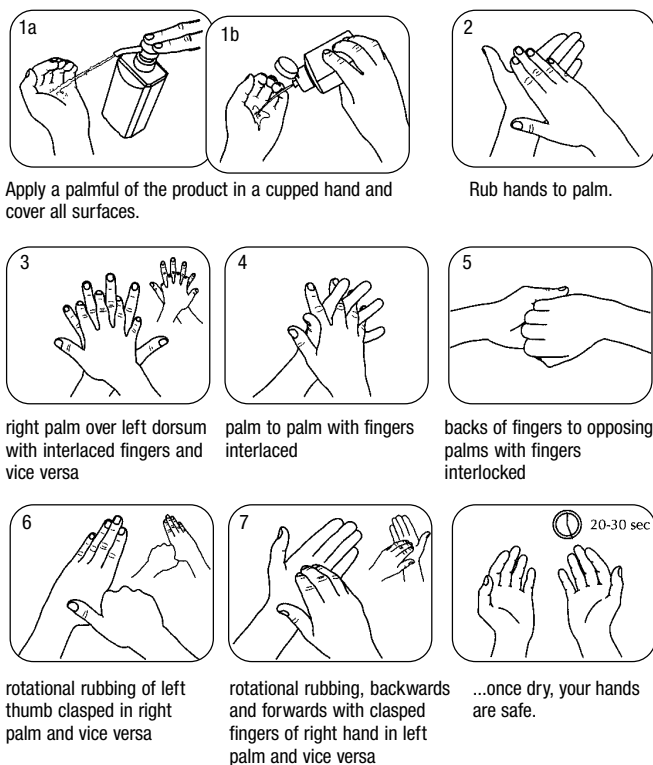
Tabela 1
Najczęstsze przyczyny i okoliczności, w których występują zakażenia wewnątrzszpitalne

Zakażenia układu moczowego	Zakażenia związane z zabiegiem chirurgicznym
<ul style="list-style-type: none"> zakładanie cewnika procedury inwazyjne w układzie moczowym podeszły wiek ciężkie towarzyszące choroby kamica nerkowa cięża cukrzyca 	<ul style="list-style-type: none"> niedostateczna profilaktyka antybiotykami niewłaściwe zaopatrzenie rany (skóry) długość zabiegu chirurgicznego rodzaj rany niewłaściwe traktowanie rany niedostateczna aseptyka chirurgiczna cukrzyca stan odżywienia obniżenie odporności braki w szkoleniu i nadzorze
Zakażenia układu oddechowego	Zakażenia krwi
<ul style="list-style-type: none"> wentylacja mechaniczna aspiracja używanie środków przeciwko depresji? antybiotyki i leki przeciwko kwasocie przedłużający się pobyt w szpitalu niedożywienie podeszły wiek złębniak nosowo-żołądkowy zabieg chirurgiczny obniżenie odporności 	<ul style="list-style-type: none"> cewnik naczyniowy noworodki lub wiek podeszły ciężkie schorzenia towarzyszące neutropenia obniżenie odporności nowe technologie inwazyjne ciężki stan chorego braki w szkoleniu i w nadzorze

dla wirusa HIV. W roku 2000 ponowne użycie strzykawek powodowało 21 milionów zakażeń HBV (1/3 ogółu nowych zakażeń), 2 miliony zakażeń HCV (40% nowych zakażeń) i 96.000 przypadków HIV (2% nowych zakażeń). W krajach rozwijających się częstość używania strzykawek bez ich uprzedniej sterylizacji waha się od 1,5% do 69,4%. W krajach rozwijających się niekiedy aż 90% pacjentów podstawowej opieki medycznej leczone jest wstrzyknięciami, w 70% zbędnymi, gdyż mogą one być zastąpione lekami podawanymi doustnie. U 4% pracowników szpitalnych we Włoszech stwierdzano serokonwersję HCV u ile posiadając niekiedy drobne uszkodzenia skóry obsługiwali oni chorych dializowanych. Aż 88% schorzeń biegunkowych, na które rocznie umiera 1,8 miliona ludzi, wiąże się z nieodpowiednią wodą lub brakiem podstawowych urządzeń sanitarnych. Edukacja zdrowotna i mycie rąk może zmniejszać liczbę zachorowań na biegunkę o ponad 50%.

Jedna czwarta zakażeń wiąże się z zabiegiem chirurgicznym. Każdego roku zakażenia związane z zabiegiem chirurgicznym mają miejsce u 2%-5% z 27 milionów pacjentów leczonych chirurgicznie. W okresie ostatnich 10 lat w USA 3% pacjentów ulegało zakażeniom w wyniku zabiegu chirurgicznego. W USA zakażenia te przedłużają pobyt w szpitalu o średnio 7,4 dnia i kosztują dodatkowo od 400 do 2.600 US\$ na każdego zakażonego pacjenta. W krajach rozwijających się zakażenia w wyniku zabiegu chirurgicznego są jednymi z najczęstszych i np. zdarzają się u 12% chorych leczonych chirurgicznie w Boliwii i 19% w Tanzanii.

Rycina 1
Odkazanie rąk środkiem na bazie alkoholu



Źródło: WHO Guidelines on hand hygiene in health care. Clean hands are safer hands. WHO, 2005.

ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM SZPITALNYM

Profilaktyka zakażeń wewnątrzszpitalnych wymaga skoordynowanego wysiłku i zaangażowania ze strony osób odpowiedzialnych za działanie szpitali, poprawnie określonych procedur postępowania, dużego stopnia higieny w środowisku szpitalnym oraz bezpiecznego wykonywania rękoczynów. Ograniczenie ryzyka zakażeń wewnątrzszpitalnych wymaga stałego podnoszenia aktualności i rangi problemu wśród personelu szpitalnego, poparcia ze strony rządowej i okresowego sprawdzania skuteczności zastosowanych działań prewencyjnych.

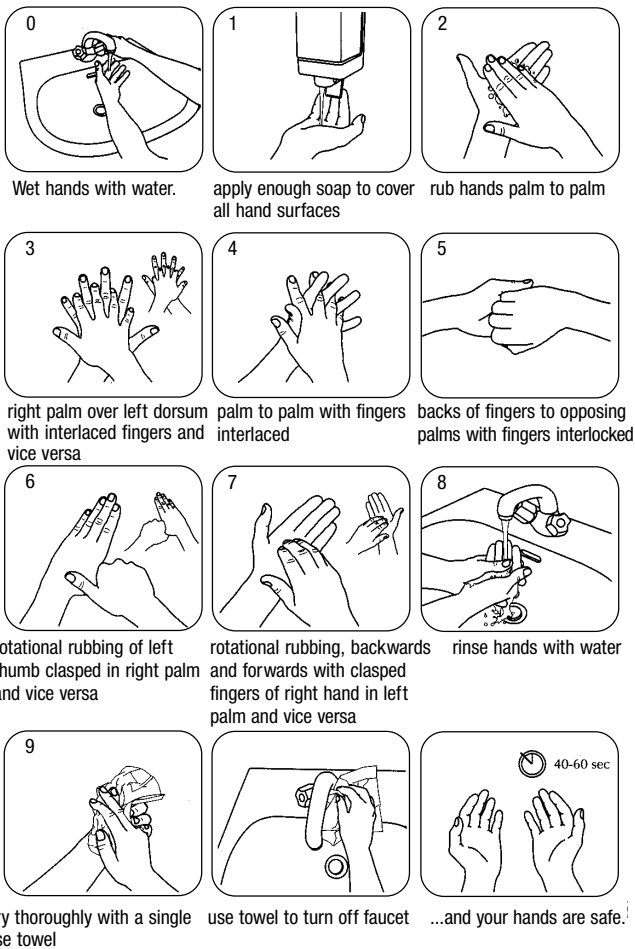
Skoordynowane akcje przeciw zakażeniom wewnątrzszpitalnym zmniejszyły ich występowanie w Szpitalu Uniwersyteckim w Genewie z 16,9% do 9,9% w ciągu lat 1994 i 1997, a na oddziałach intensywnej terapii neonatologicznej na Tajwanie z 15,1% do 10,7% w latach 1998 i 1999.

Tabela 2 przedstawia czynniki, wpływające na niedostateczną higienę rąk u pracowników szpitalnych.

Tabela 2
Czynniki powodujące niedostateczne stosowanie higieny rąk u pracowników ochrony zdrowia

Na poziomie indywidualnym
<ul style="list-style-type: none"> • brak wiedzy i doświadczenia • brak znajomości wytycznych postępowania • bycie osobą notorycznie nieprzestrzegającą przepisów • podrażnienie skóry środkami odkażającymi
W grupach
<ul style="list-style-type: none"> • brak wiedzy i właściwej oceny postępowania • praca w oddziale intensywnej terapii i w warunkach sprzyjających przepracowaniu • niedostateczna liczba personelu • brak zachęty i przykładu ze strony przełożonych
Na poziomie instytucji
<ul style="list-style-type: none"> • brak pisemnych wytycznych • brak ogólnych środków higienicznych • brak środków ochrony rąk • brak kultury i tradycji przestrzegania zaleceń • braki ze strony kierownictwa: brak sankcji, nagradzania i zachęty • czystości rąk
Na poziomie rządowym
<ul style="list-style-type: none"> • brak znajomości rangi problemu zakażeń związanych z opieką nad chorym • brak określonych regulacji zawodowych i polityki postępowania • brak wskazówek odnośnie higieny rąk w służbie zdrowia • brak promocji rządowych lub regionalnych akcji, mających na celu poprawę czystości rąk • niedostateczne finansowanie działań prewencyjnych

Rycina 2. Technika mycia rąk mydłem i wodą



Źródło: WHO Guidelines on hand hygiene in health care. Clean hands are safer hands. WHO, 2005.

ZALECENIA ODNOŚNIE CZYSTOŚCI RĄK

- myć ręce mydłem i wodą o ile są brudne, zanieczyszczone krwią lub płynami tkankowymi oraz gdy podejrzewa się możliwość zanieczyszczenia np. po defekacji;
- używać płynu dezynfekującego, zawierającego alkohol, w następujących sytuacjach:
 - przed i po bezpośrednim kontakcie z chorym;
 - po zdjęciu rękawiczek;
 - przed użyciem narzędzi inwazyjnych;
 - po kontakcie z płynami tkankowymi lub wydalnikami, błonami śluzowymi, nieuszkodzoną skórą lub opatrunkami;
 - w przypadku przesunięcia rąk z zanieczyszczonej okolicy ciała chorego do okolicy niezanieczyszczonej;
 - po kontakcie z przedmiotami w bezpośrednim otoczeniu chorego;
- myć ręce mydłem zwykłym lub odkażającym i dezynfekować płynem na bazie alkoholu przed podawaniem leków lub przygotowaniem pożywienia;
- po użyciu alkoholowego środka odkażającego nie powinno się myć rąk mydłem.

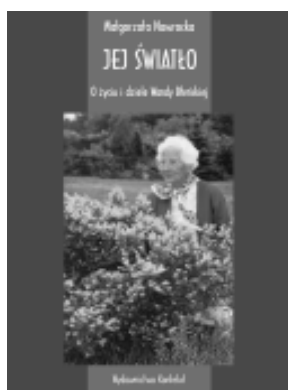
Na rycinie 1 (strona obok) i rycinie 2 pokazany jest sposób mycia rąk środkiem odkażającym i mydłem.

Źródło: prof. Zbigniew Pawłowski



nowe Książki:

O życiu i dziele Wandy Błęńskiej



Małgorzata Nawrocka Jej światło.

O życiu i dziele Wandy Błęńskiej
Wydawnictwo Kontekst, 2005

Książkę można zakupić w Księgarni Naukowej Kapitałka w Poznaniu przy ul. Mielżyńskiego 27/29 oraz w Księgarni Św. Wojciecha przy Pl. Wolności. Według oświadczenia autorki dochód ze sprzedaży będzie przeznaczony na cele misyjne.

Z okazji 94 urodzin doktor Wandy Błęńskiej oraz 15-lecia Piątkowskiej Szkoły Społecznej Jej imienia, ukazała się książka autorstwa Małgorzaty Nawrockiej pt. „Jej światło. O życiu i dziele Wandy Błęńskiej”.

Doktor Wanda Błęńska jest poznańską misjonarką, absolwentką Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego i doktorem honoris causa Akademii Medycznej w Poznaniu. Dr Wanda Błęńska, po studiach w instytutach tropikalnych w Hamburgu i w Liverpool'u, w 1950 roku wyjechała do Ugandy, aby tam pracować jako lekarz. Swoje powołanie lekarskie realizowała wśród ludzi najbardziej potrzebujących i odrzuconych. Przez 40 lat pracowała w szpitalu dla trędowatych w Bulubie; stała się „Matką Trędowatych”, otaczając ich swoją opieką i miłością, nieustając w dziele niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Na początku lat 1990-tych powróciła do Polski, gdzie do dnia dzisiejszego kontynuuje swoje misyjne powołanie, przypominając każdemu, kogo spotka, że Afryka nadal potrzebuje naszej pomocy.

Książka „Jej światło” to zapis spotkań różnych ludzi z Panią Doktor, ludzi, których prze-

nikała swoją dobrocią i miłością, ludzi, na których owe spotkania wywarły tak ogromne wrażenie, że nie pozostało im nic innego jak tylko podzielić się tym doświadczeniem z innymi w formie życzliwych wspomnień.

W książce można znaleźć zapisy rozmów m. in. z ojcem Marianem Żelazkiem, księdzem dr Ambrożym Andrzejakiem, prof. Stefanem Stulgroszem, reżyserem Ryszardem Piaskiem, dr Heleną Pyz i prof. Zbigniewem Pawłowskim. Każda relacja to osobne świadectwo osoby, która stykając się z doktor Wandą nie mogła pozostać obojętną wobec ogromnej przeobrażającej miłości, jaką Pani Doktor ma w sobie i jaką obdarza każdego napotkanego człowieka, miłości tak zaraźliwej, że każdy pragnie „czynić dobro”. W każdej rozmowie widać także podziw dla wspaniałości dzieła, jakie stworzyła Dokta oraz zdziwienie, że czyniąc tak wiele można pozostać skromnym i życzliwym. Książka ta pozwala ocalić od zapomnienia Jej działalność. Jest ona wspaniałą lekturą dla każdego, komu bliskie są misje oraz każdego, kto pragnie nauczyć się jak pomagać drugiemu człowiekowi.

mgr Anna Sill
członek Zarządu Fundacji



Żywienie chorych z HIV/AIDS

Od Redakcji: Wobec powszechnego występowania AIDS w Afryce sprawa poprawnego odżywiania chorych nabiera szczególnego znaczenia. Załączamy tłumaczenie rozdziału o żywieniu chorych na AIDS, który ukazał się w broszurze „Living well with HIV/AIDS. A manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS”, WHO i FAO, 2002.

PRAWIDŁOWE ODŻYWIENIE CZĘSTO DECYDUJE O ZDROWIU

Prawidłowe odżywianie jest jednym z najważniejszych czynników decydujących o naszym zdrowiu. Odpowiednia podaż kalorii, przy zachowanym udziale procentowym tłuszczów, węglowodanów i białek oraz stały dowóz witamin i mikroelementów warunkują nie tylko prawidłowy rozwój i wzrost organizmu, ale umożliwiają też zachowanie go w dobrej kondycji. Jednocześnie, w przypadku choroby czy urazu niosących za sobą konieczność odbudowy uszkodzonych tkanek, zapotrzebowanie na poszczególne składniki pokarmowe niezmiernie wzrasta, a pacjent musi otrzymać odpowiednie żywienie, aby jak najszybciej mógł powrócić do zdrowia. Niestety, jedna z najpoważniejszych plag początku XXI wieku – AIDS występuje w największym nasileniu na obszarach dotkniętych jednocześnie permanentnymi niedoborami żywieniowymi populacji.

Substancje odżywcze niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu możemy najogólniej podzielić na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowią niezbędne składniki pokarmowe, czyli takie, które nie mogą być syntetyzowane przez nasz organizm, muszą zatem być dostarczane z pożywieniem. Do takich należą witaminy, sole mineralne, aminokwasy, kwasy tłuszczowe i niektóre węglowodany. Druga grupa to składniki, które mogą być dostarczone z pokarmem, ale które organizm jest w prawidłowych warunkach zdolny samodzielnie syntetyzować, wykorzystując jako substraty inne, prostsze związki. Odpowiednio zbilansowana dieta zawierająca niezbędną ilość składników, należących do obu tych grup, powinna być dostosowana do wieku, stanu zdrowia, czy trybu życia, aby pokryć tym samym codzienne zapotrzebowanie organizmu. Właściwe żywienie gwarantuje prawidłową budowę i funkcjonowanie komórek i tkanek, utrzymanie należytej temperatury ciała, prawidłową pracę enzymów oraz obronę przed zakażeniami, poprzez utrzymywanie w gotowości układu odpornościowego.

Główne źródło energii dla każdego organizmu stanowią węglowodany – cukry proste (glukoza, fruktoza) i złożone (skrobia – główny składnik mąki) oraz tłuszcze, które są również nośnikiem witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K) oraz bardzo istotnym składnikiem błon komórkowych. Białka stanowią podstawę budowy i przebudowy tkanek organizmu, natomiast makro- i mikroelementy odpowiadają za prawidłową pracę układu odpornościowego.

Jedyną różnorodność diety gwarantuje dostarczenie wszystkich, niezbędnych substancji odżywczych. Skrobia jest podstawowym składnikiem pożywienia ludzi. Jej bogactwo znajdziemy w zbożach (jęczmień, proso, sorgo, pszenica) i produktach zbożowych (mąka) oraz w ziemniakach, batatach, kasawie. Rośliny strączkowe (groch, fasola, soczewica), a także orzeszki ziemne i sojowe stanowią kopalnię białka, witamin i minerałów.

Źródłem białek, tłuszczów i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach są mięso (wołowe, wieprzowe, drób), ryby, mleko i produkty mleczne oraz jaja. Najwięcej jednak tłuszczów roślinnych i zwierzęcych znajdziemy w maśle, margarynie, smalcu, oleju palmowym czy kokosowym.

Szpinak, dynia, zielona papryka, kabaczek, marchewka, papaja, mango i morela dostarczają witaminy A niezbędnej do prawidłowej budowy skóry i błon śluzowych. Zarówno skóra jak i błony śluzowe stanowią naturalną barierę przed wniknięciem do organizmu drobnoustrojów, jednak aby ta funkcja została spełniona konieczne jest zachowanie ich ciągłości, do czego niezbędna jest właśnie wspomniana witamina. Jak istotna jest ochrona przed wniknięciem do organizmu patogenów w przypadku stanu obniżonej odporności jakim jest AIDS nie trzeba nikogo przekonywać.

Bogactwo witaminy C odnajdujemy w pomidorach, kapuście, owocach cytrusowych, gujawie, marakuji i ananasiu.

Nie należy zapominać o wodzie. Dzielne zapotrzebowanie wynosi około 1,5 l płynów. Jednak ilość ta zwiększa się w przypadku upału, gorączki, biegunki czy wymiotów.

STOSOWNE ŻYWIENIE JEST ISTOTNYM ELEMENTEM W OPIECE NAD CHORYM NA AIDS

Choroba jest stanem katabolicznym, w związku z tym organizm potrzebuje zwiększonej codziennej dawki energii, uzyskiwanej z pożywienia, która jest niezbędna między innymi do walki z infekcją. Dlatego leczenie żywieniowe stanowi drugi, obok leczenia farmakologicznego, element walki z chorobą. Bóle brzucha, nudności i wymioty lub biegunka będące skutkiem zakażeń przewodu pokarmowego są objawami powszechnie występującymi u nosicieli HIV i chorych na AIDS i przyczyniają się do zmniejszenia masy ciała, a w konsekwencji prowadzą do wyniszczenia charakterystycznego dla zaawansowanego AIDS.

W pierwszych stadiach zakażenia wirusem HIV pacjenci nie wymagają stosowania specjalnych, wysokoenergetycznych diet, choć wymioty czy biegunki wcale nie są rzadkie w tym okresie. Należy pamiętać, że długo utrzymujące się lub nasilone objawy żołądkowo-jelitowe szybko prowadzą do znacznej utraty masy ciała, zwłaszcza u pacjentów już przed chorobą niedożywionych.

Początkowo choremu i jego najbliższemu trudno dostrzec zmniejszenie masy ciała. Jedynym dowodem mogą być za duże ubrania, które dotychczas były dopasowane. Innym i znacznie doskonalszym sposobem kontroli masy ciała jest ważenie się tego samego dnia każdego tygodnia i notowanie wyniku. Pozwoli to szybko zauważać spadki wagi, a także reakcje na modyfikacje diety.

U osób z HIV i AIDS zmniejszenie wagi jest skutkiem nie tylko nasilonych objawów chorobowych, ale także zastosowanego

leczenia, którego objawy uboczne niejednokrotnie obejmują redukcję apetytu, zmianę odczuwanego smaku potraw, a nawet zaburzenia wchłaniania. Kolejnym problemem chorych na AIDS są zakażenia oportunistyczne.

Infekcje w obrębie jamy ustnej, gardła czy przełyku powodują wystąpienie stanu zapalnego i uszkodzeń śluzówki górnego odcinka przewodu pokarmowego prowadząc do wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie żucia czy połykania pokarmu potęgując tym samym niechęć do jedzenia – często problem ten dotyczy dzieci pod postacią pleśniawek jamy ustnej.

Zmiana diety powinna dotyczyć przede wszystkim zwiększenia ilości spożywanych pokarmów. Zwiększenie częstości posiłków oraz zastosowanie małych przekąsek pomiędzy nimi może okazać się bardziej skuteczne niż stosowanie dużych porcji. Pokarm powinien być wysokoenergetyczny, o składzie zdominowanym przez węglowodany i tłuszcze.

Dieta bogata w zboża, produkty zbożowe, ziemniaki, banany, bataty, rośliny strączkowe, nasiona słonecznika i sezamu oraz

spożywanie mięsa, tak często jak to możliwe, zapobiega uruchomieniu własnych rezerw energetycznych organizmu – tłuszczu z tkanki tłuszczowej i białka z mięśni, co może doprowadzić do stopniowego wyniszczenia – kacheksji. Dlatego, niezwykle istotne jest, aby osoby przygotowujące i rozdzielające posiłki uwzględniły szczególne potrzeby dietetyczne osób z HIV i AIDS.

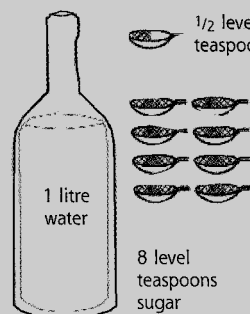
Oprócz wartości energetycznej pokarmu ważna jest jego dostępność dla pacjenta. Nawet najlepiej opracowana teoretycznie dieta nie przyniesie efektu jeśli jej założenia nie będą odpowiadały dostępności pokarmów, łatwości ich przygotowania, a wreszcie ograniczeniom kulturowym (np. zakaz spożywania wieprzowiny itp.).

Zmiany w obrębie błon śluzowych jamy ustnej i trudności w połykaniu, tak często obecne u tych pacjentów sprawiają, że pokarmy powinny posiadać papkowatą lub płynną konsystencję do czasu aż na skutek zastosowanych leków nie ustąpią objawy zapalenia. Niektórzy, ze względu na stopień zaawansowania choroby wymagają także szczególnie dużej uwagi podczas karmienia – dotyczy to zwłaszcza osób z zaburzeniami świadomości, bardzo osłabionych, z zaburzeniami połykania oraz leżących.

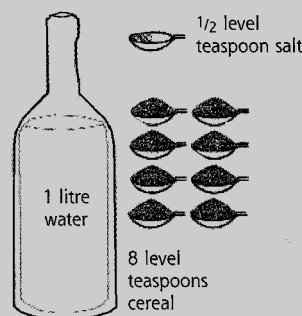
Przygotowanie napojów nawadniających:



z oryginalnych opakowań:
postępuj według instrukcji i rozpuść zawartość torebki w podanej na opakowaniu ilości czystej wody.



domowym sposobem z cukru i soli:
do 1 litra czystej wody dodaj pół łyżeczki od herbaty soli i 8 łyżeczek cukru. Zamieszaj lub dobrze wstrząśnij. Spróbuj czy woda nie jest bardziej słona niż lzy.



domowym sposobem ze sproszkowanego zboża (cereals):
do 1 litra czystej wody dodaj pół łyżeczki od herbaty soli i 8 łyżeczek sproszkowanego zboża. Ryż jest najlepszy, ale dobrze zmielona mąka pszenna, kukurydziana, sorgum lub ugotowane i tłuczone na papkę ziemniaki też mogą być użyte do przygotowania napoju. Zagotuj mieszaninę przez 5-7 minut, aby zrobić z niej płynną zupę lub wodnistą owsiankę. Szybko ochłódź napój.

HIGIENICZNE PRZYGOTOWYWANIE POSIŁKÓW

Innym niezwykle istotnym problemem związanym z przygotowaniem posiłków jest przestrzeganie zasad higieny. Zwiększona skłonność do infekcji przewodu pokarmowego u osób z HIV i AIDS wymusza zachowanie szczególnej staranności przy przechowywaniu i przyrządzaniu jedzenia, aby nie narażać pacjentów dodatkowo na pogłębienie spadku masy ciała na skutek uporczywych biegunek i wymiotów. Kolejnym istotnym aspektem jest zabezpieczenie produktów spożywczych przed insektami za pomocą zamykanych pojemników – słoików, koszyków z przykrywkami, puszek itp.

Ważny i nadzwyczaj często zaniewany problem jest dokładne mycie rąk w czystej wodzie z mydłem, zarówno przez osoby przygotowujące dania jak i jedzące posiłki. Dokładnego umycia wymagają też stosowane naczynia i sztućce. Tropikalna zasada przygotowywania posiłków, jeszcze z czasów kolonialnych głosząca „obierz, ugotuj, usmaż lub zapomnij” wydaje się być słusznym zaleceniem zwłaszcza w sytuacji ciągłego niedoboru wody nadającej się do celów spożywczych, którego zastosowanie może w znaczącym stopniu zmniejszyć liczbę infekcji przewodu pokarmowego.

Podobne reguły – jak artykułów spożywczych – dotyczą przechowywania i spożywania wody. Tylko zamknięte i czyste naczynia chroniące ją przed muchami oraz gotowanie przez co najmniej 10 minut przed wypiciem są nieodzownym elementem podstawowych zasad higieny. Ich powszechne stosowanie może zaistnieć tylko w przypadku właściwej edukacji pacjentów z HIV i AIDS oraz ich bliskich. Nie jest to łatwe zadanie, gdyż wymaga wpojenia przekonania o słuszności nowych, często niezrozumiałych dla słabo wykształconych ludzi reguł postępowania, mającego uchronić przed niewidocznym przecież wrogiem jakim są drobnoustroje chorobotwórcze. Jednak to właśnie dzięki edukacji będzie można skuteczniej leczyć cierpiących z powodu HIV i AIDS, wpływając zarówno na polepszenie komfortu jak i niejednokrotnie długości ich życia.



Poekspozycyjna profilaktyka HIV

Od Redakcji: Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała ostatnio obowiązujące obecnie zasady postępowania profilaktycznego po narażeniu na zakażenie wirusem HIV (www.who.int/topics/hiv_infections/en/). Uważamy, że temat ten jest jak najbardziej aktualny i ważny, zwłaszcza dla personelu medycznego pracującego na misjach.

ZNACZENIE POEKSPOZYCYJNEJ PROFILAKTYKI HIV (PEP)

Profilaktyka poekspozycyjna po narażeniu na wirus HIV – PEP polega na krótkoterminowej farmakoterapii z zastosowaniem leków przeciwko retrowirusom, mającą na celu jak najszybsze zniszczenie zarazka, zanim dojdzie do jego namnożenia. Tego rodzaju postępowanie może dotyczyć zarówno osób narażonych zawodowo (powinno ono być elementem standardowego zabezpieczenia personelu zmniejszającym ryzyko zawodowe) jak i narażonych w sposób przypadkowy (np. podczas udzielania pierwszej pomocy poza szpitalem). Szeroko dyskutowana jest celowość stosowania tego rodzaju zabezpieczenia u osób poddanych ekspozycji w wyniku stosunku seksualnego; opinie specjalistów reprezentują poglądy, aby takie postępowanie dotyczyło przede wszystkim osób zgwałconych.

Dotychczasowe badania wykazują, że prawdopodobieństwo zachorowania na HIV/AIDS po jednorazowym zakłuciu igłą pochodząca od zakażonego pacjenta wynosi około 1%, zaś ryzyko przeniesienia HIV przezskórnie za pomocą innych płynów ustrojowych czy kontaktu z tkankami jest mniejsze, jednak nie do pominięcia. Sondaże przeprowadzone wśród pracowników medycznych w różnych krajach świata wskazują, że świadomość posiadania przez daną jednostkę organizacyjną odpowiednich dawek leków przeciwiwirusowych, dla narażonego na zakażenie personelu, wydatnie zwiększają jego motywację do pracy z pacjentami seropozytywnymi i chorymi na AIDS.

Całościowe postępowanie w przypadku narażenia zawodowego personelu medycznego powinno obejmować przede wszystkim prawidłową organizację pracy, w tym standardy postępowania z krwią i preparatami krwiopochodnymi, oraz propagować pierwotną profilaktykę zakażeń HIV w pracy przez szkolenia pracowników, zapewnienie im odpowiednich środków ochrony osobistej oraz sprzętu koniecznego do skutecznej sterylizacji narzędzi i utylizacji odpadów medycznych. Profilaktyka poekspozycyjna (PEP) jest ważną, ale winna być ostateczną metodą przeciwdziałania zakażenia HIV.

ZASADY PRAWIDŁOWEJ PROFILAKTYKI POEKSPOZYCYJNEJ HIV

Zasady prawidłowej PEP są następujące:

1. natychmiastowe przemycie skóry eksponowanej na krew lub inne płyny ustrojowe chorego wodą z mydłem oraz przepłukanie narażonych błon śluzowych dużą ilością czystej wody;
2. określenie stopnia narażenia na zakażenie na podstawie oceny urazu, ilości zakażonej krwi, wreszcie w razie wątpliwości ustalenie statusu pacjenta (odczyn HIV dodatni czy ujemny?);
3. wdrożenie PEP zgodnie z obowiązującym schematem w przypadku jednoznacznego stwierdzenia narażenia na materiał zawierający kopie HIV;

4. przebadanie w odpowiedni sposób osoby będącej uznana za źródło zakażenia i szczegółowe opisanie tego przypadku w odpowiednim raporcie; należy zachować przy tym pełną poufność danych;
5. wykonanie testów w kierunku HIV u osoby eksponowanej dopiero po potwierdzeniu seropozytywności pacjenta;
6. ocena stopnia narażenia i ciężkości ekspozycji przez zespół fachowców z zachowaniem bezstronności i należytej staranności;
7. sporządzenie raportu poekspozycyjnego.

SCHEMAT POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO

Profilaktyka po narażeniu zawodowym na wirus HIV poprzez zakłucie/zranienie podczas wykonywania czynności związanych z diagnostyką, leczeniem i pielęgnacją pacjenta HIV-pozytywnego powinna być zastosowana możliwie w jak najkrótszym czasie i z uwzględnieniem właściwych schematów terapeutycznych. Jednakże możliwe jest zastosowanie PEP nawet do 2 tygodni po ekspozycji zwłaszcza w przypadku dużego narażenia i braku możliwości wcześniejszego podania leku (np. pobyt w odludnym rejonie, brak transportu itp.)

Wykazano, że zastosowanie profilaktyki kombinowanej jest znacznie skuteczniejszym sposobem uniknięcia rozwoju choroby niż stosowanie pojedynczego leku przeciwwirusowego.

Wybór leków i jego dawkowanie będą zależne od leków już stosowanych w terapii pacjenta będącego źródłem zakażenia jak również od znanych oporności krzyżowych wirusa wobec danego leku, a niejednokrotnie również od dostępności leków.

Wobec braku informacji o oporności danego szczepu na zydowudynę lub lamiwudynę można zastosować następujący schemat leczniczy:

1. Zydowudyna 2 razy na dobę 250-300mg
2. Lamiwudyna 2 razy na dobę 150mg

Jeżeli istnieje konieczność dołączenia kolejnego leku, włącza się Indinawir 800 mg 3 razy dziennie, lub Efavirenz 600 mg raz na dobę (nie zalecany u kobiet w ciąży).

Profilaktyka poekspozycyjna prowadzona jest przez 4 tygodnie w sposób ciągły.

Zastosowanie tego rodzaju profilaktyki wymaga sporządzenia odpowiedniego protokołu i konsultacji specjalisty z dziedziny chorób zakaźnych.

Kontrola statusu serologicznego osoby narażonej na ekspozycję na wirus HIV dokonywana jest wg WHO w dniu 0, po 3 i 6 miesiącach i dopiero po tym okresie, trzykrotnie otrzymując ujemny wynik badania można uznać, że narażenie nie doprowadziło do rozwoju nosicielstwa wirusa HIV.

*Thumaczył
lek. med. Aleksander Waśniowski*

Postępy w zakresie medycyny tropikalnej

Związki zachodzące między postępem wiedzy o chorobach tropikalnych, a polityką w zakresie globalnego zarządzania zdrowiem publicznym, są szczególnie wyraźne w przypadku corocznych konferencji American Society of Tropical Medicine and Hygiene. Konferencje te pozwalają dostrzec nie tylko najnowsze kierunki badań nad mechanizmem chorób tropikalnych i epidemiologią chorób infekcyjnych, ale także określać działania podejmowane przez rządy różnych państw i organizacje międzynarodowe w celu zmniejszenia zagrożenia nimi.

Podczas ostatniej konferencji (11-15 grudnia 2005 r. w Waszyngtonie) zwrócono uwagę na prawdopodobieństwo rozprzestrzeniania chorób tropikalnych przez podróżnych i masowo migrującą ludność krajów Afryki i Azji. Jeżeli osoby, które w ciągu ostatniego roku odbyły podróż do obszarów endemicznego występowania malarii lub imigranci będą dawcami krwi, mogą oni – choć prawdopodobieństwo jest niskie – przyczynić się do zarażenia malarią. W USA podstawą zapobiegania przenoszeniu malarii drogą transfuzji jest postępowanie prowadzące do wykluczenia ryzykownych dawców w oparciu o kwestionariusze, jednak co roku dochodzi do kilku przypadków zarażenia tą drogą. Problem ma jeszcze jeden aspekt, a mianowicie wykluczanie tysięcy potencjalnych dawców (w latach 2000-2004 w USA zrezygnowano z przetoczenia krwi od 363.814 osób) powoduje proporcjonalne zmniejszenie zasobów banków krwi. Innym rozwiązaniem jest, praktykowane w niektórych krajach europejskich, badanie kontrolne krwi i jej preparatów pod kątem malarii.

Fala uchodźców napływających w ostatnich latach z Afryki do krajów rozwiniętych sprawia, że zagrożenie chorobami tropikalnymi przybiera charakter globalny. O ile w 1998 r. wśród uchodźców z Afryki było 9% osób kierujących się do USA, to w 2005 r. – już 35%. Osoby te nie były badane pod kątem zarażenia wirusowego wątroby, filariozy, schistosomozy i stongyloidozy. Przeprowadzone wycinkowo badania wśród grupy uchodźców z Sudanu zamieszkałych w Atlancie potwierdziły, że choroby te mogą występować nawet u prawie połowy imigrantów z Afryki.

Ożywiona turystyka do obszarów endemicznego występowania malarii sprawia, że jej leczenie staje się coraz częstszym problemem szpitali europejskich i północnoamerykańskich. Bardzo ciężki przebieg malarii u turystów odwiedzających Dominikanę i tam zarażonych *Plasmodium falciparum* (w okresie od listopada 2005 r. do stycznia 2006 r. – 3 osoby zmarły) skłania do zalecenia wszystkim osobom udającym się do regionów endemicznego występowania malarii profilaktycznego przyjmowania chlorochiny.

Najnowsze badania kliniczne potwierdziły skuteczność terapii ciężkich postaci malarii dożylnie podawanymi przetworami rośliny *Artemisia*. Są one skuteczne i nie powodują lekooporności *Plasmodium falciparum*. W grudniu 2004 r. rozpoczęto badania kliniczne leku o nazwie Artesunate, który jest stosowany ze wskazań lekarskich w ciężkich postaciach malarii przy nietolerancji lub przeciwwskazaniach do użycia chinidyny lub braku skuteczności dożylnego podawania chinidyny.

Tradycyjnie uważano, że ciężki przebieg malarii jest wynikiem zarażenia *P. falciparum*, jednak ostatnie doniesienia oparte o badania malarii o ciężkim przebiegu występującej u dzieci poniżej 5 roku życia w Papui Nowej Gwinei wskazały, że wśród nich 8,4% było zarażonych *P. vivax*, 11% – *P. falciparum*, a u 15,7% wykryto zarażenie jednym i drugim pierwotniakiem. Leczenie ciężkich postaci malarii wymaga więc interwencji terapeutycznych nakierowanych także na *P. vivax*.

Jednym z najnowszych osiągnięć farmakoterapii jest lek Malarone, skuteczny w leczeniu malarii wywołanej przez *P. falciparum* i odpornej na chlorochinę. Lek stosowano u osób odbywających krótkie i powtarzające się co pewien czas podróże do obszarów endemicznego występowania malarii. W ciągu ostatnich dwóch lat we Francji sporadycznie odnotowywano nieskuteczność profilaktyki za pomocą Malarone, co w przypadku 4 osób było wynikiem słabego wchłaniania leku, a u 3 – wynikiem mutacji materiału genetycznego pierwotniaka.

Wiele doniesień przedstawiało stan badań nad szczepionką przeciw malarii. W 2004 r. w Mozambiku przeprowadzono drugą fazę badań klinicznych budzącej wiele nadziei szczepionki, RTS,S/AS02A, którą podano ponad 2000 dzieci. Wykazano wtedy skuteczność szczepionki przez 8,5 miesiąca. Podczas omawianej konferencji przedstawiono wyniki ostatnio zakończonych badań nad szczepionką antymalaryczną, która w 28,9% chroni przed pierwszym klinicznie obserwowanym epizodem malarii wywołanej przez *P. falciparum* i w 48,6% przed ciężkimi postaciami malarii.

U milionów pacjentów występuje jednoczesne zarażenie HIV i malarią, co wzajemnie niekorzystnie wpływa na przebieg każdej z tych infekcji, zwłaszcza u kobiet w ciąży. Badania *in vitro* wskazują, że inhibitory proteazy wirusa HIV wykazują aktywność przeciwmalaryczną. Przypuszcza się, że inhibitory proteazy wirusa HIV mogą zmieniać mechanizm działania leków antymalarycznych, co wymaga przeprowadzenia dalszych badań klinicznych.

Innym, nieznanym do tej pory zagrożeniem, jest prawdopodobieństwo infekcji pierwotniakiem *Toxoplasma gondii* podczas kąpieli na wybrzeżu Pacyfiku, zwłaszcza w Kalifornii. W ostatnim czasie żyjące tam wydry morskie zaczęły masowo chorować i padać wskutek toksoplazmozy, która nigdy wcześniej u tego gatunku zwierząt nie występowała. Nie wiadomo, jak doszło do zarażenia wydr, a badania genetyczne *Toxoplasma gondii* wykazały większe zróżnicowanie materiału genetycznego tego pierwotniaka niż do tej pory sądzono; wyciągnięto z tego wniosek o wystąpieniu nowego ryzyka zdrowotnego także dla ludzi.

Innym godnym uwagi doniesieniu naukowym wykazano możliwość zastosowania testu ELISA do wykrywania i monitorowania leczenia zarażenia tasiemcem uzbrojonym i nieuzbrojonym. Wykrywanie tasiemczycy za pomocą metod serologicznych okazało się możliwe tylko w 98-99%, podczas gdy za pomocą metod mikroskopowych w 71%.

dr hab. Anita Magowska

Na podstawie: Highlights of the 54th Annual Meeting of the American Society of Tropical Medicine and Hygiene, December 11-15, 2005, Washington. Medscape.



nowe

Książki:

Podręczniki dla szpitali okręgowych

Światowa Organizacja Zdrowia przygotowała zestaw 7 podstawowych podręczników dla szpitali okręgowych (WHO's Essential Manuals for District Hospital, Evidence-based clinical practices that can save lives). Zestaw można zamówić przez bookorders@who.int z 40% rabatem, powołując się na „order no 1930207”, za cenę łączną CHF 220,00 (198,00 US\$), w krajach rozwijających się odpowiednio CHF 92,40 i 83,15 US\$. Przesyłka klasą ekonomiczną kosztuje dodatkowo CHF 60,00 (54,00 US\$).

W skład zestawu wchodzi:

1. TB/HIV: Clinical Manual, 2004
2. Management of Severe Malaria, 2001
3. Clinical Use of Blood Handbook, 2001
4. Pocket Book of Hospital Care for Children, 2005
5. The WHO Manual of Diagnostic Imaging, 2005
6. Pregnancy Childbirth, Postpartum and Newborn Care, 2004
7. Surgical Care for District Hospitals, 2003.



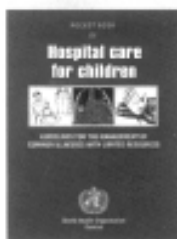
TB/HIV: Clinical Manual



Management of Severe Malaria



Clinical Use of Blood Handbook



Pocket Book of Hospital Care for Children



The WHO Manual of Diagnostic Imaging



Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care



Surgical Care for District Hospitals

Dzięki staraniom Fundacji „Redemptoris Missio” większość tych podręczników można wypożyczyć w Filii Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Poznaniu przy ul. Przybyszewskiego 49.

Wymienione podręczniki stanowią podstawowy zestaw niezbędny do przygotowania się studentów i lekarzy do wyjazdu do szpitali misyjnych.

GLOBAL AIDS LINK, miesięcznik wydawany przez Global Health Council jest dostępny dla zainteresowanych w Filii Biblioteki Głównej AM w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49.

Deklaracja z Cotonou

Benin 31 maja – 2 czerwca 2005

(ciąg dalszy ze str. 24)

Obrona założeń:

- Przedstawić problemy, które dotyczą biednych i bezbronnych w kwestii wprowadzania w życie ich prawa do zdrowia. Z tej racji Kościół będzie starał się włączyć się w debatę nad polityką zdrowotną na poziomie narodowym.

Koordynacja założeń:

- Rozwinąć kompetencje i istniejące możliwości, by zagwarantować nadzór i odpowiednią współpracę instytucji służb zdrowia Kościoła;
- Wprowadzić koordynację pracy na poziomie diecezjalnym;
- Wprowadzić koordynację pracy na poziomie narodowym;
- Wprowadzić koordynację pracy na poziomie regionalnym;
- Upewnić się, czy każda konferencja episkopatu poszczególnych krajów posiada departament lub komisję do spraw zdrowia z wykwalifikowanym i posiadającym rzetelne pełnomocnictwa personelem;
- Zapewnić obecność wszystkich specjalizacji;
- Rozwinąć wspólne środki organizacyjne, jak na przykład centrale zakupów lub serwis sprzętu medycznego;
- Podkreślić rezultaty nowatorskich przedsięwzięć narodowych biur koordynacyjnych, które rzuciłyby pozytywne światło na świadczenia katolickich służb zdrowia.

Wymiana doświadczeń, wiedzy i informacji:

- Stworzyć służbę medyczną mającą na celu pozyskiwanie krytycznych ocen i wymianę istotnych informacji;
- Wymiana i wspólne wykorzystanie personelu;
- Korzystanie z pomocy grupy fachowego personelu w biurach poszczególnych państw, który będzie spełniał rolę ekspertów na zebraniach plenarnych konferencji episkopatu na poziomie narodowym, regionalnym i kontynentalnym;
- Zapoczątkować porozumienie z i pomiędzy reprezentacjami rządowymi, ponadnarodowymi, jak również z miejscową społecznością;
- Ułatwić komunikację pomiędzy Sympozjum konferencji episkopatów Afryki i Madagaskaru (SCEAM) a konferencjami regionalnymi, Stolicą Apostolską, związkiem Afrykanów i międzynarodowymi instytucjami finansującymi.

Świadczenia:

- Należy poprzeć dyspozycyjność i zadawalający wszystkich dostęp do służby zdrowia;
- Określić działalność centrów zdrowia (minimalny pakiet działalności) i szpitali (pełen pakiet działalności);
- Określić mechanizmy standaryzacji, które gwarantują możliwość do przyjęcia poziom opieki zdrowotnej. Przyczyni się to do promocji katolickiej służby zdrowia wśród społeczności, odbiorców, w tym także instytucji finansujących.

Formacja:

- Przeprowadzić analizę potrzeb ilościowych i jakościowych personelu;

- Rozeznać jakie środki mamy do dyspozycji (istniejąca formacja, potencjalni partnerzy, sponsorzy);
- Stworzyć wewnątrz komisji zdrowia episkopalną grupę pracującą nad formacją i kompetencjami;
- Rozwinąć formację wykraczającą poza typowo medyczny punkt widzenia;
- Informować o potrzebach instytucji kościelnych i istniejących możliwościach;
- Polepszyć i umocnić relacje z pracownikami instytucji katolickich tak by mogli zachowywać wartości chrześcijańskie: miłość, uczciwość, godność, sprawiedliwość, prawość i by mieli serca otwarte dla biednych i bezbronnych.

Partnerstwo:

- Wpisać diecezję czy konferencję episkopatu w politykę zdrowotną państwa, by zwiększyć szansę na osiągnięcie wspólnych celów;
- Pracować wspólnie z odbiorcami w zakresie opieki zdrowotnej bez uchybiania wartościom katolickim;
- Pracować w środowisku ekumenicznym tam, gdzie się tego wymaga, jak i tam gdzie pojawiają się jakiegokolwiek trudności;
- Podpisać porozumienie pomiędzy naszymi rządami i Kościołem wzięwszy pod uwagę misyjny wkład pracy i promocję opieki zdrowotnej bez narażania tożsamości Kościoła;
- Wprowadzić stały dialog z rządami naszych państw w imieniu naszych wiernych, by zapewnić dostęp do opieki zdrowotnej na dobrym poziomie i osiągalnej dla wszystkich.
- Dzielić się wiedzą i doświadczeniem Kościoła;
- Przyjrzeć się konsekwencjom zróżnicowanej formacji we wspólnej pracy w terenie;
- Jeśli to konieczne wejść we współpracę z ekspertami lub osobami doświadczonymi.

Dostęp do środków finansowych:

- Zapoznać się ze źródłami finansowania, odpowiedzialnymi za to instytucjami i formalności, których trzeba dokonać;
- Zgrać w sposób skoordynowany kompetencje i zdolności prawne konieczne do uzyskania dofinansowania;
- Utrzymać zgodność z kontraktem jako sposób, aby instytucjom kościelnym, łatwiej było dotrzeć do większych środków finansowych;
- Zapewnić profesjonalne zarządzanie uzyskanymi środkami;
- Wprowadzić potrzebne procedury do przedstawiania okresowych sprawozdań o wydatkach, zrealizowanych świadczeniach i osiągniętych rezultatach;
- Wyrwać w wysiłkach, by zahamować wzrost kosztów opieki zdrowotnej wobec biednych i bezbronnych.

Regulacja:

- To zadanie pozostaje w kompetencjach rządu.

(ciąg dalszy na str. 22-23)

POSŁUGA LECZNICZA KOŚCIOŁA

Deklaracja z Cotonou**Benin 31 maja – 2 czerwca 2005***(ciąg dalszy ze str. 21)*

My, biskupi katolicy biorący udział w konferencji w Cotonou, pragniemy podkreślić specyfikę opieki zdrowotnej w Kościele; instytucje i programy katolickie uzupełniają jakość opieki poprzez bogactwo dziedzictwa duchowego.

Wobec tego, co zostało powyżej przedstawione, możemy raz jeszcze potwierdzić, że jesteśmy zdecydowani, by nie zaniedbać roli i sytuacji Kościoła w opiece zdrowotnej, wyrażanych przez jego programy i instytucje. Pragniemy znacznie bardziej zaangażować się w to, co jest niezbędne dla zwiększenia tej roli i przemawiać na rzecz zdrowia dla wszystkich.

3. ZOBOWIĄZANIA

Zdając sobie sprawę z doświadczeń konferencji w Cotonou i ogólnego powołania służby leczniczej Jezusa, my, obecni biskupi francusko- i portugalskojęzyczni Afryki, pasterze Kościoła – Bożej rodziny, chcemy odnowić i określić naszą troskę o chorych, poprzez których Jezus daje nam się kochać. Dlatego też zobowiązujemy się do duszpasterstwa zdrowia bliskiego temu, jakie reprezentował Chrystus wobec chorych i cierpiących:

1. Różne formy i aspekty duszpasterstwa zdrowia powinny być kontynuowane w sposób spójny zależnie od kontekstu.
2. Uważamy za konieczne zająć się tym, aby opieka zdrowotna była przystosowana do sytuacji i dostępna dla osób będących w potrzebie.
3. Podejmujemy się roli obrońcy najsłabszych grup w społeczeństwie i w ich imieniu: w imieniu biednych, kobiet, dzieci, osób i wspólnot pozostających na marginesie społeczeństwa, tak by ich prawa były respektowane przez rządy i społeczności, w których żyją.
4. Zobowiązujemy się do pojmowania opieki zdrowotnej w pojęciu globalnym. W konsekwencji zobowiązujemy się do pracy z całą społecznością świecką, by pokonać trudności (polityczne, społeczno-kulturalne, ekonomiczne), które krępują ludzi i dotykają służby medyczne.
5. W wyniku tragicznych konsekwencji, jakie przyniosła pandemia AIDS, i szczególnych wyzwań, jakie ona rzuca duszpasterstwu zdrowia, zobowiązujemy się do wprowadzenia bądź utrzymania w programie naszych konferencji episkopatów punktu dotyczącego problemu HIV i AIDS, by zachęcić Kościół do czynnego udziału w walce z tą chorobą, by pomóc w jej wygaśnięciu i zminimalizować piętno, jakie wywiera ona na życiu poszczególnych osób, rodzin i wspólnot.
6. Zauważamy, że jest rzeczą konieczną, by zorganizować lub przeorganizować na lepsze struktury zdrowotne, których celem byłoby, z jednej strony wprowadzić zmiany jakościowe dla lepszej opieki nad pacjentami, a z drugiej, rozwinąć w personelu medycznym świadomość poczucia godności człowieka.
7. Uważamy za niezbędne w celu lepszego zarządzania naszymi instytucjami służby zdrowia ponowne przeglądnięcie umów i wskazówek, określenie misji i polityki oraz rozporządzeń na temat tworzenia opieki zdrowotnej i jej programów.
8. Widzimy potrzebę wyjaśnienia kwestii własności i zarządzania instytucjami i programami zdrowia, stosownie do lokalnych okoliczności i środowiska prawnego, tak by zachęcić do poprawnego zarządzania i nadzoru jako wartości dodanej na każdym poziomie.
9. Zobowiązujemy się do popierania profesjonalizmu na każdym poziomie, powierzając kompetentnemu personelowi swoje dla niego zadania. Aby instytucje i programy zdrowia dobrze funkcjonowały, chcemy zabezpieczyć najpilniejsze potrzeby wykwalifikowanej siły roboczej poprzez wprowadzenie koordynacji profesjonalistów, kompetentnych jednostek służby i instytucji formacyjnych.
10. Do zarządzania programami i instytucjami zdrowia Kościoła powinni być uprawnieni profesjonaliści z dobrymi referencjami jak również z zawodową uczciwością. Zobowiązujemy się do stworzenia takich warunków, które czynią funkcję zarządzania profesjonalną.
11. Uważamy za konieczne, by różne inicjatywy, jak i instytucje kościelne, które oferują formację menedżerów zdrowia połączyły swe wysiłki, mając na uwadze kontekst geograficzny, w jakim działają.
12. Zobowiązujemy nasze instytucje i programy do przejrzystego zarządzania i do zdawania rozliczenia się w planie finansowym i w działalności medycznej. Mamy na celu zagwarantowanie wydajności i skuteczności naszych świadczeń.
13. Podtrzymujemy kontraktowanie jako środek polepszenia i sformalizowania współdziałania i integracji pomiędzy różnymi odbiorcami. Tymczasem, uważamy, że będzie korzystniejszą dla naszych krajów, by na początku zacząć od systemu finansowania na zasadzie „rachunki za usługi” przed przyjęciem systemu „zakupu usług”.
14. Zobowiązujemy się do czynnego udziału w reformach struktur zdrowotnych, by dzielić się naszymi wartościami chrześcijańskimi i naszą wiedzą w zakresie rozwoju opieki zdrowotnej.
15. Zawijemy kontrakt z instytucjami finansującymi, które wspierają Kościół w jego trosce o polepszenie i rozwinięcie zdolności w kwestii opieki; to dotyczy podziału pracy dla przejrzystej i uczciwej współpracy, ze sprecyzowanymi celami i rezultatami.
16. Z poparciem organizmów finansujących zobowiązujemy się do wprowadzenia zdefiniowanych tu zobowiązań. Poza tym prosimy, o podejmowanie inicjatyw na poziomie SCE-AM, by włączyć wszystkie regionalne konferencje episkopatu w proces restrukturyzacji instytucji zdrowia poprzez



adekwatną organizację na płaszczyźnie regionalnej i panafrykańskiej.

17. Zobowiązujemy się, by po rozeznaniu sytuacji, zachęcać i podtrzymywać badania naukowe, potwierdzające ich dobre wyniki, w domenie fitoterapii czy farmakopei, w celu odciążenia kosztów związanych z opieką zdrowotną ludności i promowania higienicznego trybu życia.

4. PROGRAM DZIAŁANIA

Plan działania zbudowany z 4 elementów został wprowadzony przy wykorzystaniu danych pochodzących z konferencji episkopatu przedstawionych podczas konferencji w Cotonou.

My, biskupi katoliccy, biorący udział w tej konferencji, zobowiązujemy się do wypełnienia, bazując na specyfice każdego z naszych krajów, tego, co jest powyżej wspomniane, poprzez 4 następujące strategie: rozpowszechnianie i nagłośnienie naszych postanowień, wprowadzenie ich w życie, ciągłość działania oraz okresową ocenę.

4.1. Rozpowszechnianie

Rozpowszechnianie podkreśli wartość i wagę postanowień konferencji w Cotonou i przyczyni się do realizacji planu działania. Wyniki konferencji będą dostarczone różnymi środkami, jakimi dysponuje Kościół, jak największej liczbie instytucji i osób.

Na listę wpisuje się następujące instytucje:

- Papieska Rada Duszpasterstwa Służby Zdrowia;
- Sympozjum Konferencji Episkopatu Afryki i Madagaskaru (SCEAM);
- Konferencje Regionalne w Afryce, szczególnie Związek Konferencji Episkopatu Afryki Centralnej (ACERAC);
- Narodowe Konferencje Episkopatu w Afryce;
- Afrykańskie Konferencje Przełożonych największych zakonów męskich i żeńskich;
- Afrykańskie Instytucje kościelne studiów i wyższego szkolnictwa, takie jak seminaria wyższe, uniwersytety katolickie itd.

Poprzez strategię rozpowszechniania rozumiemy 3 domeny działania: informację, uwrażliwienie i popularyzację, w pełnym tego słowa znaczeniu.

Informacja:

- Troska o pisanie listów informacyjnych, wysyłanie maili i kopii niniejszej deklaracji konferencji organizacjom i osobom powiązanim pozostaje, za odpowiedzialnością prezesa komisji wykonawczej konferencji w Cotonou, w gestii organizatorów konferencji.

Uwrażliwienie:

- Przedstawić wyniki konferencji odpowiedniemu forum, np. na zebraniach narodowych, regionalnych i kontynentalnych konferencji episkopatów. Tam, gdzie jest to konieczne, poprosimy osoby zaznajomione z deklaracją i jej orzeczeniami o pomoc techniczną.

Popularyzacja:

- Publikacja w mediach narodowych, regionalnych i kontynentalnych, takich jak dzienniki, gazety, radio, telewizja, jeśli są oczywiście dostępne.

4.2. Nagłośnienie naszych postanowień

Zauważywszy słabą reprezentację na konferencji episkopatu krajów francuskojęzycznych Afryki Centralnej, które są tymczasem zaangażowane w sprawę zdrowia, i mając na uwadze swoisty dla nich kontekst, my, obecni biskupi katoliccy, wyrażamy pragnienie podzielenia się wiedzą z naszymi współbraćmi i zalecamy ACERAC zorganizowanie, najszybciej jak to możliwe, sesji prac dodatkowych, które wzmocnią nośność naszych postanowień.

4.3. Wprowadzenie postanowień w życie

Wdrażanie przywołuje pewną liczbę sposobów realizacji podjętych przez różnych inicjatorów.

Podmioty odpowiedzialne za realizację:

- Koordynatorzy diecezjalnych komisji zdrowia,
- Przewodniczący i sekretarz generalny jak również przewodniczący i sekretarz wykonawczy (lub wskazana na to stanowisko osoba) komisji ds. zdrowia narodowych konferencji episkopatu (na poziomie narodowym),
- Przewodniczący i sekretarz generalny konferencji regionalnych (na poziomie regionalnym),
- Przewodniczący i sekretarz generalny SCEAM (na poziomie kontynentalnym).

W przypadku gdyby jeden z tych podmiotów, w znaczeniu strukturalnym, nie istniał w danym kraju, zaleca się konferencjom episkopatu stworzenie na właściwym poziomie komitetu tymczasowego lub stałego. Komitet ten powinien być wyposażony w wyraźnie sprecyzowane pełnomocnictwo i wsparcie, którego potrzebuje dla osiągnięcia wyznaczonych celów.

Sposoby realizacji:

- Warsztaty planowania operacyjnego zostaną zorganizowane przez przewodniczącego Komisji episkopatu do spraw zdrowia w każdym kraju w przeciągu najdalej jednego roku, ze wsparciem, jeśli to będzie potrzebne, ekspertów.

4.4. Ciągłość działania i okresowa ocena

Przewodniczący Komisji Episkopalnej ds. zdrowia każdego kraju jest gwarantem kontynuacji i ewaluacji powyższych postanowień. Z tego tytułu jest odpowiedzialny za mechanizmy rozpowszechniania ich oraz za mechanizmy planowania. Będzie mógł powołać takie organy zajmujące się ciągłością programu i wsparciem, jakie uzna za konieczne.

Deklaracja zatwierdzona dnia 2 czerwca 2005 przez:

Mgr Jean Zerbo, Bamako, Mali (CERAO); Mgr Victor Agbanou, Lokossa, Benin; Mgr René-Marie Ehouzou, Abomey, Benin; Mgr Antoine Ganye, Dassa-Zoume, Benin; Mgr Nestor Assogba, Cotonou, Benin; Mgr Fidèle Agbatchi, Parakou, Benin; Mgr Marcel Honorat Lèon Agboton, Cotonou, Benin; Mgr Basile Tapsoba, Koudougou, Burkina Faso; Mgr Luis Gonzaga Ferreira da Silva, Lichinga, Mozambique; Mgr Joseph Koerber, Makoku, Gabon; Mgr Ambroise Djoliba, Sokodé, Togo; Mgr Armando Umberto Gianni, Bouar, RCA

*Thumaczenie z materiałów Medicus Mundi International
mgr Marie Cofta*

POŚLUGA LECZNICZA KOŚCIOŁA

Od Redakcji: od kilkunastu lat działalność lecznicza w ośrodkach misyjnych w Afryce przeżywa szereg trudności. Misje katolickie oddane są pod opiekę lokalnych biskupów. Z tego powodu zwołana została druga już z kolei konferencja episkopatów, tym razem frankofońskich i portugalsko-języcznych krajów Afryki, która rozważała drogi prowadzące do usprawnienia medycznej działalności misji i ich relacji z rządowymi instytucjami służby zdrowia. Sprawozdanie z pierwszej konferencji episkopatów anglojęzycznych krajów Afryki, zostało opublikowane w Medicus Mundi Polonia w nr 14 w roku 2004. Obecnie przedstawiamy Czytelnikom pełny tekst, tłumaczonej na język polski, deklaracji ze spotkania episkopatów w Cotonou, w Beninie. Tekst udostępniony został nam przez Medicus Mundi International, która to organizacja przyczyniła się znacznie do organizacji konferencji.

Deklaracja z Cotonou

Benin 31 maja – 2 czerwca 2005

Konferencja Episkopatu Afryki Południowej (CERAO), Konferencja Episkopatu Beninu (CEB) oraz niepaństwowe stowarzyszenie dla działalności medycznej wyznaniowej i społecznej w Beninie (AMCES) zorganizowały w Cotonou, Benin pod patronatem Papieskiej Rady ds. zdrowia konferencję pt. „Ochrona zdrowia a Kościół katolicki w krajach afrykańskich francusko i portugalsko-języcznych na początku trzeciego tysiąclecia: wyzwania i trudności”.

1. WSTĘP

My, biskupi katolicki, biorący udział w tej konferencji w Roku Eucharystii, „niewyczerpanym źródle nadziei w doświadczeniach życia”, uważamy posługę chorym jako istotną część naszej misji ewangelizacyjnej. Wyrażamy za Chrystusem, „Redemptor hominis” nasze współczucie tym wszystkim, którzy są doświadczani przez chorobę ciała i ducha, gdyż, rzeczywiście, jak to podkreślał jego eminencja bp Leonardo Sandri, zastępca sekretariatu stanu, „to w Chrystusie, zmarłym i zmartwychwstałym dla całkowitego zbawienia człowieka i wszystkich ludzi, znajduje się nadzieja na prawdziwe i pełne zdrowie, na prawdziwe uzdrowienie człowieka.”

Zastanawialiśmy się nad najważniejszym sposobem zapewnienia tej posługi i podjęcia wyzwania, które narzuca się zgodnie z wartościami ewangelicznymi właściwymi służbie zdrowia, i dla pełnego zadowolenia naszych chorych braci i sióstr, by „mieli życie, i mieli je w obfitości” (patrz J 10,10).

Przypowieść o dobrym Samarytaninie (Łk 10,30-37) przypomina wszystkim chrześcijanom odpowiedzialność, jaką ponosimy wobec naszych chorych braci, będących odbiciem twarzy Chrystusa cierpiącego (Mt 25,40).

2. STWIERDZENIA I ZALECENIA PŁYNĄCE Z KONFERENCJI W COTONOU

Podczas naszych obrad rozważano kilka **zasadniczych kwestii** dotyczących instytucji kościelnych, którymi chcielibyśmy się tu podzielić.

- Brak odpowiedniej strategii i polityki zdrowotnej;
- Trudności napotymane przy prośbach o dofinansowanie naszych struktur i naszej działalności;
- Niepewność lub brak zabezpieczenia przy podejmowaniu odpowiedzialności za decyzje finansowe;
- Rywalizacja wewnątrz naszych kościelnych struktur zdrowotnych;
- Duże koszty wyposażenia niezbędnego do zapewnienia opieki;

- Brak przepływu informacji;
- Brak zaangażowania i lojalności niektórych członków personelu;
- Ogólny brak środków i nieodpowiednie gospodarowanie środkami już istniejącymi.

Również

- Brak otwarcia się państwa na dialog z Kościołem;
- Brak uznania dla wykonywanej przez Kościół pracy.

Wymienione wyżej stwierdzenia ukazują **potrzeby** Kościoła, które można by sformułować w następujący sposób:

- Potrzeba stworzenia wizji wspólnej strategii;
- Potrzeba ulepszenia dyspozycyjności i dostępności służby zdrowia;
- Potrzeba usprawnienia formacji sanitarnej Kościoła;
- Potrzeba wypracowania norm i standardów zawodowych;
- Potrzeba rozwinięcia solidarności i partnerstwa;
- Potrzeba wymiany doświadczeń i informacji;
- Potrzeba zapewnienia uczciwego i wykwalifikowanego personelu;
- Potrzeba polepszenia jakości świadczonych usług;
- Potrzeba zdobycia wiarygodności w oczach partnerów;
- Potrzeba sięgnięcia po dostępne środki;
- Potrzeba uczynienia bardziej widoczną pracy Kościoła na rzecz zdrowia;
- Potrzeba podkreślenia uczciwości w pracy misji Kościoła i wyrobienia szacunku dla niej.

Określiwszy te potrzeby naszych Instytucji podajemy następujące **zalecenia**:

Strategia i polityka:

- Należy upewnić się, że nasze wysiłki na poziomie duszpasterstwa zdrowia podejmowane są zgodnie z naszą wizją i misją i rozpoznać środki poprzez które możemy je osiągnąć.
- Należy ujmować wszystkie podjęte kroki w kontekście lokalnym i narodowym.