



Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

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

PAŹDZIERNIK–
GRUDZIĘŃ 2013
Nr 47 (ROK XIII)

Jeżeli tak uroczyste obchodzimy narodzenie Jezusa, czynimy to dlatego, aby dać świadectwo, że każdy człowiek jest kimś jedynym i niepowtarzalnym...

Jan Paweł II



Gerard van Honthorst – *Pokłon pasterzy*

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia życzymy Czytelnikom czasu pełnego radości i zadumy, spędzonego w gronie Najbliższych, a w Nowym Roku 2014 wiele optymizmu w patrzeniu na wciąż zmieniający się świat...

Redakcja MMP

W numerze:



AKTUALNOŚCI:

Z Fundacji „Redemptoris Missio”

Drodzy Przyjaciele Fundacji	2
102 urodziny Dokty	3

Nadzór nad chorobami związanymi z podróżowaniem – system GeoSentinel, 1997-2011	4
Kurs „Kadry medyczne dla misji” – 16-19 stycznia 2014	4
Powszechne Zabezpieczenie Opieki Zdrowotnej	5
Migracje polskich lekarzy – zmiany na horyzoncie?	10
Nowy zeszyt <i>Dolentium Hominum</i>	11
Revolucja edukacyjna w Afryce dzięki telefonom	12

Informacja o książce „Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych. Wybrane zagadnienia”	13
Propozycja utworzenia systemu Community Health Workers (CHW) w Afryce	13
Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio i <i>Annales Missiologici Posnaniensis</i>	14
Myśli księdza Aleksandra Woźnego na każdy dzień	16

**OPIEKA
ZDROWOTNA**

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biurowo Fundacji: Uniwersytet Medyczny, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań,
e-mail: medicus@ump.edu.pl; www.medicus.ump.edu.pl

Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21; http://ump.edu.pl/medicus
Rachunek bankowy: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Drodzy Przyjaciele Fundacji,

Zbliża się koniec roku, więc jest to czas na krótkie podsumowanie naszej działalności. Rok rozpoczęliśmy od cyklicznego już kursu „Kadry medyczne dla misji”. Współorganizatorami kursu była Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu oraz Wielkopolska Izba Lekarska. W kursie wzięło udział 44 uczestników, którzy bardzo dobrze ocenili jego poziom merytoryczny i organizacyjny. Relacje z kursu ukazały się w mediach lokalnych i ogólnopolskich. W lutym rozpoczęły się prace nad projektem *Health Workers for All and All for Health Workers* współfinansowanym przez Unię Europejską, objętym patronatem Europejskiego Biura WHO. Do projektu tego oprócz Polski przystąpiło siedem krajów europejskich.

W ciągu całego roku Fundacja prowadziła swoje stałe akcje, które z racji tego, że są już szeroko znane, przynoszą coraz lepsze rezultaty. Tu bardzo pomagają nam lokalne media, które nagłaśniają każdorazowo te wydarzenia. Te stałe programy to: „Puszka dla Maluszka” – pieniądze ze sprzedanych puszek przeznaczamy na dożywianie dzieci w Afryce. Następna akcja to „Opatrunek na ratunek” – w tym roku, oprócz indywidualnych darczyńców, zbiórek

w aptekach, szkołach, otrzymaliśmy ogromny dar od hurtowni środków opatrunkowych z Warszawy. Było tego 68 palet, czyli dwa samochody ciężarowe. Taką ilość materiałów udało nam się zmagazynować dzięki życzliwości ks. proboszcza parafii św. Jana Kantego i ks. proboszcza parafii pw. Nawiedzenia Najświętszej Marii Panny, na os. Bohaterów II Wojny Światowej. Rozpoczęliśmy w tym roku nową akcję pod nazwą „Czary Mary Okulary”. Nasi wolontariusze pracując u misjonarzy na Jamajce i w Afryce, zwrócili uwagę, jak wielu jest tam słabowidzących. Powstał więc pomysł, żeby zbierać okulary. Proszę sobie wyobrazić, że zebraliśmy ich aż 25 000 par. Nasi wolontariusze badają teraz ich moce i posegregowane wysyłamy je do ośrodków misyjnych. Pierwsze paczki już dotarły do Etiopii, w czasie gdy byli tam studenci na praktykach wakacyjnych. Obdarzając mieszkańców okularami, mogli się przekonać jak wielką radością była dla nich możliwość pełniejszego spoglądania na świat. Przez cały rok trwa zbieranie darów w postaci odzieży, bucików i przyborów szkolnych dla dzieci w Afganistanie i biednej ludności w Kosowie. Tu bardzo pomaga nam nasze Wojsko, bo gromadzimy tak dużą ilość odzieży, że własnymi środkami nie byłibyśmy w stanie tego

wysłać. Dla okaleczonych młodych ludzi, ofiar toczących się tam walk, posłaliśmy również wózki inwalidzkie. Najnowszym projektem, który udało nam się bardzo mocno rozpropagować, jest robienie czapek na drutach. Kilkakrotnie odbyły się warsztaty, na których siostra Cecylia Śmiech, która zapoczątkowała ten program, uczyła chętnych robótek na drutach. Czapeczki i nie tylko, przeznaczone są dla dzieci w Afganistanie, a ilość już „wyprodukowanych” czapek obliczamy na kilka tysięcy.

W miesiącach wakacyjnych, studenci wolontariusze, którzy wygrali konkurs, wyjechali w ramach programu praktyk wakacyjnych do RPA i Etiopii. Natomiast na Jamajkę i do Kamerunu już po raz kolejny wyjechali lekarze interniści i dentyści. Te wyjazdy były realizowane w ramach programu „Pomoc Polska”, który ogłasza co roku polski MSZ. Nawiązaliśmy współpracę z lekarzami kardiologami i okulistami, którzy wyjeżdżając do pracy w Afryce, również korzystają z naszej pomocy.

Przez cały rok wystawy fotografii powstałe po powrocie z misji w Afryce, są prezentowane przy okazji różnych sympozjów i konferencji naukowych. Również studenci i lekarze po powrocie z misji, robili prezentacje i opowiadali o swojej pracy w szkołach i na innych spotkaniach.

Jak co roku odbył się koncert charytatywny, jako podziękowanie dla naszych darczyńców i sponsorów, który w Auli UAM zgromadził około

Medicus Mundi Polonia

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

Redaktor: prof. zw. em. dr h.c. Zbigniew Pawłowski, DTMH

Rada Redakcyjna: ks. dr Ambroży Andrzejak (Poznań), dr h.c. Wanda Błęńska (Poznań), dr hab. Anita Magowska (Poznań), mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), prof. dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

Sekretarz Redakcji:

mgr Ewa Kaczmarek – ewa.k.kaczmarek@gmail.com
lek. Szymon Nowak – sz.p.nowak@gmail.com

Wydawca i dystrybucja:

Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21.

Adres Redakcji: Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań

Prenumerata: 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: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplania skromnych zasobów finansowych Fundacji.

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

Nakład: 1000 egz.

102 urodziny Dokty

Dnia 29 października w siedzibie Fundacji *Redemptoris Missio* gościliśmy Panią Doktor Wandę Błęską, gdzie wspólnie z wolontariuszami i sympatykami Fundacji, świętowaliśmy jej 102 urodziny! Doktor Wanda Błęska z radością przyjęła serdeczne życzenia składane przez wszystkich obecnych. Mieliśmy okazję wysłuchać krótkich wspomnień z pobytu dr Błęskiej w Afryce oraz opowieści studentów Anety Ciołek i Marcina Cywińskiego, którzy niedawno wrócili z Republiki Południo-

wej Afryki, gdzie pracowali w ośrodku dla niewidomych i słabowidzących dzieci, w Siloe. W kościele pw. św. Jana Kantego odbyła się następnie Msza Święta w intencji Pani Doktor. Kolejne urodziny już za rok, a tymczasem życzymy Naszej Dokcie dużo zdrowia, Bożego Błogosławieństwa i wiele radości!

Gabriela Mularz
wolontariuszka Fundacji



1000 osób. Z innych wydarzeń należy odnotować udział Fundacji w Targach Stomatologicznych „CEDE”, wizyty w Centrum Wolontariatu Ojca Josepha z Puri i wychowanka Ojca Mariana Żelazka, Petera Lalitha. Od 20 lat lekarze Kliniki Chorób Tropikalnych szkołą misjonarzy w zakresie zapobiegania i postępowania w przypadku zachorowania na choroby tropikalne. Również w tym roku w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie ekipa lekarzy z Kliniki trzykrotnie przeprowadziła takie szkolenie.

Ostatnie wydarzenia to zbiórka sprzętu stomatologicznego i innego potrzebnego dla szpitali misyjnych. Na mój apel umieszczony w Biuletynie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, koledzy stomatolodzy ofiarowali bardzo dużo instrumentów diagno-

stycznych, kleszczy i innego drobnego sprzętu potrzebnego do pracy w gabinecie dentystycznym. Gabinet taki chcemy zorganizować w Siloe w RPA, gdzie nasi studenci pracowali i zgłosili wielkie zapotrzebowanie na pomoc stomatologiczną. Znalazł się również darczyńca, który ofiarował nowy unit dentystyczny. Zapewni on możliwość leczenia zębów dzieciom w ośrodku prowadzonym przez polskie misjonarki. Oprócz sprzętu dentystycznego ofiarowano nam aparaty kardiologiczne (w tym echokardiograf i defibrylator) oraz okulistyczne, które będą przeznaczone dla szpitali w Togo i Angoli. W tym miejscu chciałabym podziękować Ojcom Werbistom z Pieniężna, którzy bardzo pomogli w przekazaniu tych darów misjom.

Jak widzicie Państwo dużo się dzieje w Fundacji, nie sposób wymienić wszystkich wydarzeń, z których każde owocowało pomocą dla ośrodków misyjnych i dalszym rozwojem Fundacji.

Staramy się najlepiej jak tylko to możliwe wykorzystywać dary i środki przekazywane nam przez darczyńców.

Ponieważ zbliża się czas Bożego Narodzenia, chciałabym w imieniu swoim i wszystkich osób związanych z Fundacją, złożyć Państwu najlepsze życzenia spokojnych, radosnych Świąt, spędzonych z najbliższymi i Błogosławieństwa Bożego na przyszły Nowy Rok 2014.

lek. stom. Anna Tarajkowska
Prezes Fundacji

Nadzór nad chorobami związanymi z podróżowaniem – system GeoSentinel, 1997-2011

GeoSentinel jest założonym w 1995 roku, opartym o dane kliniczne systemem nadzoru nad chorobami związanymi z podróżowaniem. System skupia 54 kliniki medycyny podróży i chorób tropikalnych z całego świata, które w sposób elektroniczny przesyłają dane demograficzne, dane o podróży, dane kliniczne dotyczące pacjentów, których choroba wynikała z międzynarodowych wojaży. Dla każdego pacjenta zgłaszanego do Sieci wypełniany jest formularz składający się z 28 elementów. Trzeba określić między innymi typ pacjenta (oceniający w poradni, oceniający na oddziale, konsultowany telefonicznie), status rozpoznania (potwierdzone, prawdopodobne, podejrzewane) oraz przesłać wyniki badań laboratoryjnych. Opracowaniem spływających danych oraz prowadzeniem bazy zajmuje się CDC w Atlancie.

W ramach GeoSentinel skupionych jest również 235 dodatkowych klinik z 40 krajów, które nie raportują przypadków na bieżąco, ale mają możliwość przesłania analiz pojedynczych pacjentów, z rzadko spotykanymi rozpoznaniem.

W lutym 2013 na stronach internetowych *Medicus Mundi Polonia* prezentowane było opracowanie artykułu o chorobach przenoszonych drogą płciową związanych z podróżowaniem, na podstawie danych zgromadzonych w sieci GeoSentinel. Tym razem publikujemy streszczenie artykułu o przydatności sieci GeoSentinel.

Prognozowano, że w 2012 roku liczba międzynarodowych podróży osiągnie miliard, co stanowi 48% wzrost w porównaniu z rokiem 2000. W 2009 roku, obywatele

Stanów Zjednoczonych 61 milionów razy podróżowali za granicę kraju, co stanowi 5% wzrost w porównaniu z rokiem 1999. W 2011 rok Amerykanie wydali na podróże międzynarodowe prawie 80 miliardów US\$. Globalnie 8% ludzi podróżujących z krajów wysoko rozwiniętych do rozwijających się szukało pomocy medycznej w czasie lub po podróży. Podróżujący odgrywają pewną rolę w globalnym rozpowszechnieniu chorób zakaźnych, także tych wywołanych przez nowe i alarmujące drobnoustroje. Z taką sytuacją świat zmagał się w 2003 roku, kiedy doszło do bardzo

GeoSentinel

The Global Surveillance Network
of the ISTM and CDC

szybkiego rozpowszechnienia epidemii SARS, właśnie z uwagi na przenoszenie choroby na dalekie odległości podczas podróży samolotem. Z tego powodu nadzór nad związaną z podróżowaniem chorobowością jest istotnym elementem zdrowia

publicznego w ujęciu globalnym, będzie miał również coraz większe znaczenie w obliczu rosnącej liczby podróży międzynarodowych.

W okresie, od września 1997 do grudnia 2011, do sieci GeoSentinel zostało zgłoszonych 141.789 pacjentów z potwierdzoną, albo prawdopodobną chorobą związaną z podróżą. 16% pacjentów zostało zgłoszonych przez kliniki w Stanach Zjednoczonych. Do analizy zakwalifikowano 10.032 pacjentów raportowanych przez 22 amerykańskie ośrodki. Najczęstszym celem podróży była turystyka (38%), praca misyjna/wolontariat/badania naukowe/pomoc humanitarna (24%), odwiedziny rodziny lub znajomych (17%), interesy (15%). Najczęściej diagnozowano ostrą, nieokreśloną biegunkę (8%), ostrą biegunkę bakteryjną (5%), poinfekcyjny zespół jelita drażliwego (5%),



Kurs „Kadry medyczne dla misji”

16-19 stycznia 2014



Tradycyjnie już, Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* rozpocznie Nowy Rok od organizacji Kursu przygotowującego do wyjazdu do krajów klimatu tropikalnego. Stroną merytoryczną i naukową zajmie się kadra Katedry i Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Zagadnienia poruszane na kursie dotyczyć będą między innymi medycznego przygotowania do wyjazdu, w tym zasad doboru chemioprophylaktyki przeciwmalarycznej, najczęst-

szych chorób i problemów zdrowotnych występujących w tropiku (HIV/AIDS, gruźlica, zaniebdywane choroby tropikalne) oraz wyzwaniom zdrowia globalnego. Dzięki uprzejmości Władz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, kurs odbędzie się w siedzibie Izby przy ulicy Nowowiejskiego 51 w Poznaniu. Szczegółowych informacji udzielają pracownicy Centrum Wolontariatu Fundacji pod numerem: 61 8621 321 oraz adresem e-mail: medicus@ump.edu.pl

Wszystkich zainteresowanych serdecznie zapraszamy!

Raport Światowej Organizacji Zdrowia, 2013



“Research for Universal Health Coverage”

[Badania naukowe dla projektu WHO „Powszechne zabezpieczenie opieki zdrowotnej”]

Zaproponowany przez WHO projekt *Universal Health Coverage (UHC)* został poddany szerokiej dyskusji w wielu instytucjach zainteresowanych ochroną zdrowia. Opinia *Medicus Mundi International (MMI)* o UHC została przedstawiona na łamach MMP nr 46. Zwraca ona uwagę na dość słabe powiązanie projektu z ideą podstawowej opieki zdrowotnej [*Primary Health Care*, Alma Ata, 1978] i koniecznością promocji oświaty prozdrowotnej, która jest wspomniana mimochodem. Opublikowany ostatnio

(2013) raport WHO o roli badań naukowych w zabezpieczeniu ochrony zdrowia jest długoterminową inwestycją w instytucje naukowe, zwłaszcza w krajach rozwijających się. Badania te miałyby dać podstawę do racjonalnych lokalnych programów zdrowotnych. Oczekuje się, że badania te będą miały istotny wpływ na powszechną poprawę sytuacji zdrowotnej w świecie w przyszłości. Z obszernego raportu [146 stron] warto przytoczyć kilka poruszanych w nim problemów.

(ciąg dalszy na str. 6-10)

giardiozę (3%), przewlekłą biegunkę (3%). Wśród pacjentów z gorączką najczęściej rozpoznawano malarię wywołaną przez *Plasmodium falciparum*.

GeoSentinel jest największą na świecie bazą danych dotyczącą chorobowości związanej z podróżowaniem. Z przeprowadzonej analizy wynika, że obywatele Stanów Zjednoczonych udający się w międzynarodową podróż najczęściej cierpią na schorzenia przewodu pokarmowego, co sugeruje, że w czasie podróży mogą być narażeni na skażoną żywność lub wodę, nie zachowując odpowiednich zasad higieny tropikalnej. Wysoki odsetek pacjentów wracających z malarią wskazuje na niestosowanie odpowiedniej profilaktyki przeciwmalarycznej. Analiza pokazała również, że zaledwie około połowy podróżujących Amerykanów korzysta z przedwyjazdowej porady specjalisty medycyny podróży.

W drugiej części analizy zamieszczono przykłady, w których wykorzystano możliwość szybkiej komunikacji i raportowania rzadkich przypadków.

1. **Wschodnioafrykańska trypanosomoza we wschodniej Zambii i północnym Zimbabwie.** W sierpniu 2010 roku w jednej z klinik w Stanach Zjednoczonych rozpoznano śpiączkę afrykańską *Trypanosoma brucei rhodesiense*, u pacjenta który dwa tygodnie wcześniej był na polowaniu w parku narodowym Luangwa, w Zambii. Sytuacja była wyjątkowa, ponieważ od 2000 roku nie notowano tam przypadków śpiączki wschodnioafrykańskiej. Ostatni raz śpiączkę afrykańską *T. b. rhodesiense* nabytą w Zambii przez obywatela Stanów Zjednoczonych rozpoznano w 1986 roku. W okresie październik-listopad 2010 zanotowano kolejne trzy przypadki śpiączki wschodnioafrykańskiej u podróżnych odwiedzających Luangwa Park i północne Zimbabwe. Po zaraportowaniu tych przypadków,

GeoSentinel wysłało do swoich członków informację, że powinno się brać pod uwagę możliwość śpiączki wschodnioafrykańskiej u pacjentów podróżujących do wschodniej części Zambii oraz północnej części Zimbabwe.

2. **Sarkocystoza mięśniowa na Malezji.** W październiku 2012 klinika z Monachium zaraportowała o 7 niemieckich turystach z gorączką, bólem mięśni, eozynofilią i podwyższonym poziomem kinazy kreatynowej. Wszyscy turyści spędzali latem wakacje na Malezji. Przeprowadzone testy w kierunku włośnicy i toksoplazmozy były negatywne. Biopsja mięśnia jednego z turystów wykazała struktury, które odpowiadały sarkocystozie. W tym samym okresie do GeoSentinel 10 innych ośrodków z Europy, Azji i Ameryki Północnej zaraportowało o łącznie 23 przypadkach o podobnym przebiegu – wszyscy pacjenci podróżowali na Malezję. W listopadzie GeoSentinel we współpracy z EuroTravNet, CDC, oraz *European Center for Disease Prevention and Control* podjęły działania dla określenia źródła zakażenia sarkocystozą na Malezji. W grudniu CDC wydało odpowiednie rekomendacje dla osób odwiedzających Malezję.

Autorzy doniesienia podkreślają, że GeoSentinel dostarcza opartych na faktach danych naukowych dotyczących medycyny podróży. Systemy opieki zdrowotnej powinny odpowiednio zadbać o przygotowanie podróżnych do wyjazdu, aby zminimalizować ryzyko zachorowania związanego z podróżą.

Oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: Harvey K. i wsp. Surveillance for Travel-Related Disease – GeoSentinel Surveillance System, United States, 1997-2011, Morbidity and Mortality Weekly Report, lipiec 2013.


**OPIEKA
ZDROWOTNA**

Raport Światowej Organizacji Zdrowia, 2013

“Research for Universal Health Coverage”

[Badania naukowe dla projektu WHO „Powszechne zabezpieczenie opieki zdrowotnej”]

(ciąg dalszy ze str. 5)

We wprowadzeniu Dr Margaret Chan, Dyrektor Generalny WHO, podkreśla, że zadania Milenijnych Celów Rozwoju (MDG) zostały wykonane tylko częściowo. Oczekiwano redukcji zgonów dzieci do lat pięciu z 12 milionów w roku 1990 do 4 milionów w roku 2015, ale w roku 2011 nadal 7 milionów dzieci zmarło z powodów, którym po większej części zapobiega się skutecznie w krajach rozwiniętych. Badania, przeprowadzone w 18 krajach rozwijających się, opublikowane w roku 2010, wykazały, że zaangażowanie lokalnych społeczności w ochronę zdrowia dzieci może zmniejszyć śmiertelność noworodków o 24%, poród martwych płodów o 16%, śmiertelność dzieci z przyczyn okołoporodowych o 20% i o ¼ śmiertelność matek związaną z porodem. Badania te przekonują do konieczności włączania lokalnych społeczności do ochrony ich własnego zdrowia. Celem raportu jest wzbudzenie przekonania, że wysokiej jakości badania naukowe i kreatywność, pociągną za sobą wzrost inspiracji, motywacji i ambicji wspólnego działania dla zwalczania najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego w terenie, a tym samym do poprawy ogólnego rozwoju krajów niedostatecznie rozwiniętych.

W podsumowaniu raportu podkreśla się, że UHC ma prowadzić do tego, żeby wszyscy ludzie mieli dostęp do usług zdrowotnych takich, jakie potrzebują w zakresie prewencji chorób, promocji pomocy medycznej, leczenia, rehabilitacji i opieki paliatywnej bez ryzyka ponoszenia związanych z tym katastrofalnych dla nich kosztów finansowych. Od roku 2005 uległy pewnemu zmniejszeniu wydatki społeczności za korzystanie z opieki zdrowotnej, ale nadal dla 150 milionów ludzi choroba jest katastrofą finansową. Z uwagi na zróżnicowane lokalnie sytuacje polityczne i ekonomiczne, każde państwo powinno oddzielnie określić swoje priorytety odnośnie poprawy zdrowia obywateli.

Badania naukowe powinny iść w dwóch kierunkach. Pierwszym jest poprawa sytuacji zdrowotnej przez określanie nierówności społecznych, potrzebnych interwencji i usług, poszerzenie usług przy równoczesnym zabezpieczeniu przed ryzykiem finansowym związanym z chorobą oraz ocena wpływu poszerzonej dostępności usług na sytuację zdrowotną społeczności. Po drugie, potrzebne jest monitorowanie zachodzących zmian przez ustalenie odpowiednich wskaźników. Należy przyjąć, że wymienione kierunki badań będą zmieniać się w czasie stwarzając nowe możliwości poprawy stanu zdrowia społeczności. Opracowaniu odpowiednich wskaźników poświęcona jest część kolejnego rozdziału.

Rozdział drugi raportu podkreśla też, iż istnieje wiele kreatywnych idei poprawy sytuacji zdrowotnej ludności.

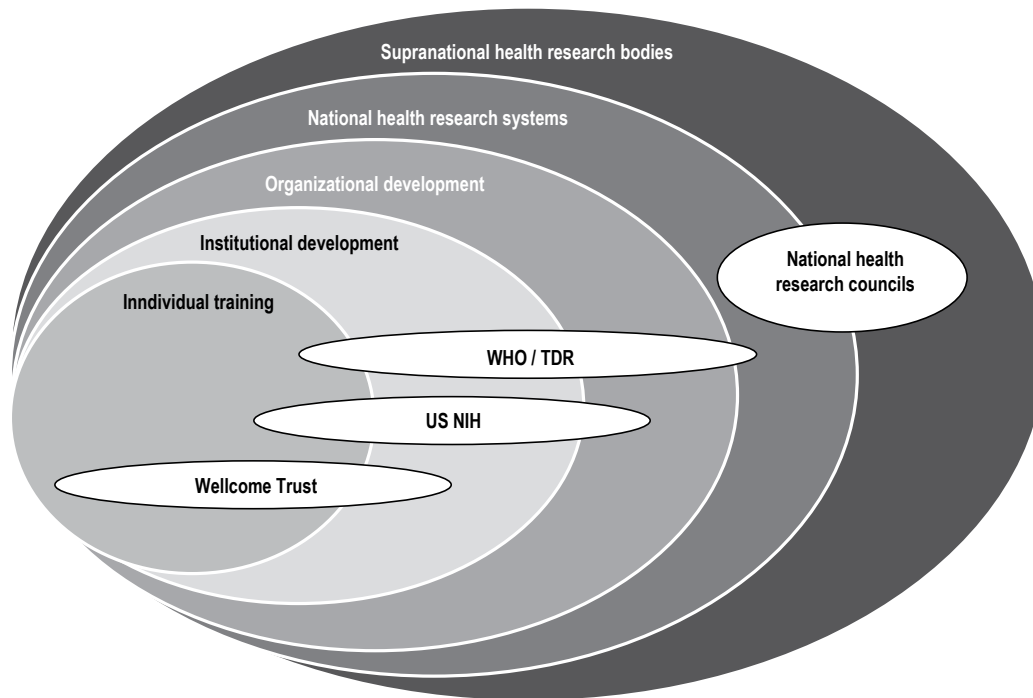
Muszą one jednakże być zweryfikowane odnośnie ich lokalnego znaczenia i możliwości lokalnego zastosowania. To nowe podejście do badań naukowych wykracza poza dotychczasowe tradycyjne ramy *research & development* (R&D), które są skierowane bardziej na nowy produkt niż na jego praktyczne zastosowanie. Rozdział ten podsumowuje krytycznie historię rozwoju R&D dla zdrowia, podkreślając ostatnio notowany wzrost aktywności badawczej w krajach rozwijających się i bliższą międzynarodową współpracę naukową z tymi krajami. Niestety rozwijają się one nierówno w różnych krajach.

Hierarchia oczekiwanych badań naukowych ma trzy poziomy. Pierwszym jest identyfikacja problemu zdrowotnego. Może ona iść w kierunku poszczególnych chorób, zakaźnych (np. malaria) i niezakaźnych (np. cukrzyca), jak i funkcjonowania poszczególnych systemów opieki zdrowotnej (np. dotyczących personelu medycznego, sieci laboratoriów, sposobów ubezpieczenia). Drugi poziom dotyczy kwalifikacji badań naukowych, które można ująć w 8 kategorii: od badań podstawowych do badań systemów zdrowotnych. W tekście wymienione jest 12 przykładów poszczególnych kategorii (patrz niżej). Trzeci poziom dotyczy wyboru odpowiednich metod badawczych takich jak eksperyment, systematyczny przegląd dokonanych eksperymentów lub obserwacji, badania kohortowe retrospektywne lub prospektywne, retrospektywne opracowanie przypadków, badania przekrojowe, opracowanie serii przypadków lub pojedynczych przypadków.

Interesujące jest zestawienie 12 przykładów dokonanych badań.

1. Systematyczna analiza badań w 22 krajach afrykańskich (sub-saharyjskich) o wpływie stosowania moskitier z insektycydami (ITN) na redukcję śmiertelności dzieci.

Zaopatrzenie w ITN w poszczególnych miejscowościach różniło się znacznie i dotyczyło od 0% do 60% badanych domów. Łącznie w latach 2004-2010 dostarczono ponad 400 milionów ITN (od roku 2008 – 290 milionów). Powinny one pokryć w 80% zapotrzebowanie na ITN w rejonach malarycznych Afryki. ITN są mniej skuteczne niż oczekiwano z powodu wygasania działania insektycydów, niewłaściwego stosowania lub uszkodzenia ITN lub zgoła od używania ich w innym celu. W domach, w których stosowano poprawnie ITN u dzieci do lat 5-ciu zaobserwowano redukcję parazytemii *P. falciparum* o 20%, a liczby zgonów z powodu malarii o 23%. Równocześnie wskazano, że moskitierki powinny być wymieniane co 2-3 lata. Wyniki badań przemawiają za kontynuowaniem stosowania ITN.



Ryc. 1. Miejsce instytucji w prowadzeniu badań naukowych.

Źródło: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; US NIH, United States National Institutes for Health

2. Badania w 9 krajach afrykańskich o znaczeniu terapii antyretrowirusowej (ART) w prewencji przenoszenia HIV wśród par małżonków, z których tylko jedno jest seropozytywne.

Pod koniec 2011 ponad 8 milionów ludzi w krajach rozwijających się otrzymywało ART. Jest to 56% populacji z liczbą CD4 <350 (w 2003 odsetek leczonych wynosił tylko 6%). Mimo to w roku 2011 odnotowano 2,5 miliona nowych zakażeń, a 1,7 miliona zmarło z powodu AIDS. Jest oczywiste, że bez zmniejszenia transmisji zakażenia nie osiągnie się opanowania epidemii AIDS. Badania przeprowadzono w 9 krajach Afryki, Azji i obu Ameryk, łącznie u 1783 dobranych losowo par małżeńskich o różnych wynikach serologicznych. Stwierdzono, że wczesne podawanie ART redukuje transmisję HIV pomiędzy małżonkami o 96% – niezależnie od innych zaleceń profilaktycznych.

3. Badania w Bangladeszu o wpływie podawania cynku na redukcję występowania zapalenia płuc i biegunek u małych dzieci.

Uważa się, że niedobór cynku może być dodatkową przyczyną zgonów 800.000 małych dzieci ginących rocznie z powodu biegunek (176.000), zapalenia płuc (406.000) i malarii (176.000). Już w roku 2004 przyjęto zasadę, że cynk powinien być stosowany u dzieci z biegunką. Wyniki badań wykazały, że dodatkowe podawanie cynku u dzieci do lat dwóch zmniejsza śmiertelność z powodu zapalenia płuc oraz ropnego zapalenia ucha. Podawanie cynku ma pewne znaczenie w leczeniu biegunek i przyspiesza wzrost. Podawanie dzieciom cynku raz na tydzień jest wykonalne i bezpieczne.

4. Telemedycyna poprawia jakość opieki pediatrycznej w Somalii.

Ponad 20 lat konfliktów zbrojnych w Somalii znacznie zniszczyło tamtejszy system opieki zdrowotnej. W badaniach ustalono łączność telemedyczną między oddziałem pediatrycznym szpitala w Guri (Somalia), obejmującego opieką 327.000 mieszkańców, a pediatrą w Nairobi. Spośród 3920 hospitalizowanych dziecięcych pacjentów konsultacji telemedycznej poddano 346 dzieci. U 222 z nich (64%) konsultacja wprowadziła istotne zmiany w prowadzeniu klinicznym dzieci; u 88 z nich (25%) konsultacja dotyczyła zachorowań groźnych dla życia. Należały do nich najczęściej bakteryjne zapalenie opon (39), gruźlica płuc z wysiękiem do opłucnej lub osierdzia (11), posocznica noworodków (11). Po roku współpracy telemedycznej znacznie zmniejszyła się liczba przypadków wymagających konsultacji i o 30% spadła śmiertelność hospitalizowanych dzieci. Wniosek: telemedycyna pozwala na korzystanie z postępów w medycynie w rejonach odległych lub zdeorganizowanych.

5. Badania nowego testu MTB/RIF w gruźlicy na terenie Azerbejdżanu, Indii, Peru i Południowej Afryki.

Ocenia się, że w 2011 roku wystąpiło w świecie 8,7 miliona nowych zakażeń gruźlicą, z których 5,8 miliona (67%) zostało zarejestrowanych. W tymże roku liczbę przypadków opornych przynajmniej na izoniazyd i rifampicynę (MDR-TB) oceniano na 310.000, spośród nich odpowiednio leczono tylko około 60.000. Rutynowe badanie w kierunku prątków nie wykrywa ich lekooporności. Istnieje więc potrzeba wprowadzenia odpowiedniego testu. W badaniach w 4 krajach test MTB/RIF okazał



OPIEKA ZDROWOTNA

Raport Światowej Organizacji Zdrowia, 2013

“Research for Universal Health Coverage”

[Badania naukowe dla projektu WHO „Powszechne zabezpieczenie opieki zdrowotnej”]

(ciąg dalszy ze str. 7)

się specyficzny w 604 na 609 przypadków gruźlicy (99,2%) i czuły w 97,6% przypadków. Test powinien być stosowany zwłaszcza u pacjentów zakażonych HIV i podejrzanych o TB, w tym często MDR-TB. We wrześniu 2012 w 73 krajach zainstalowano 898 zestawów diagnostycznych (GeneXpert) i wykonano 1.482.550 Xpert MTB/RIF testów. Konieczny jest stały monitoring, jak dalece są one przydatne w praktyce.

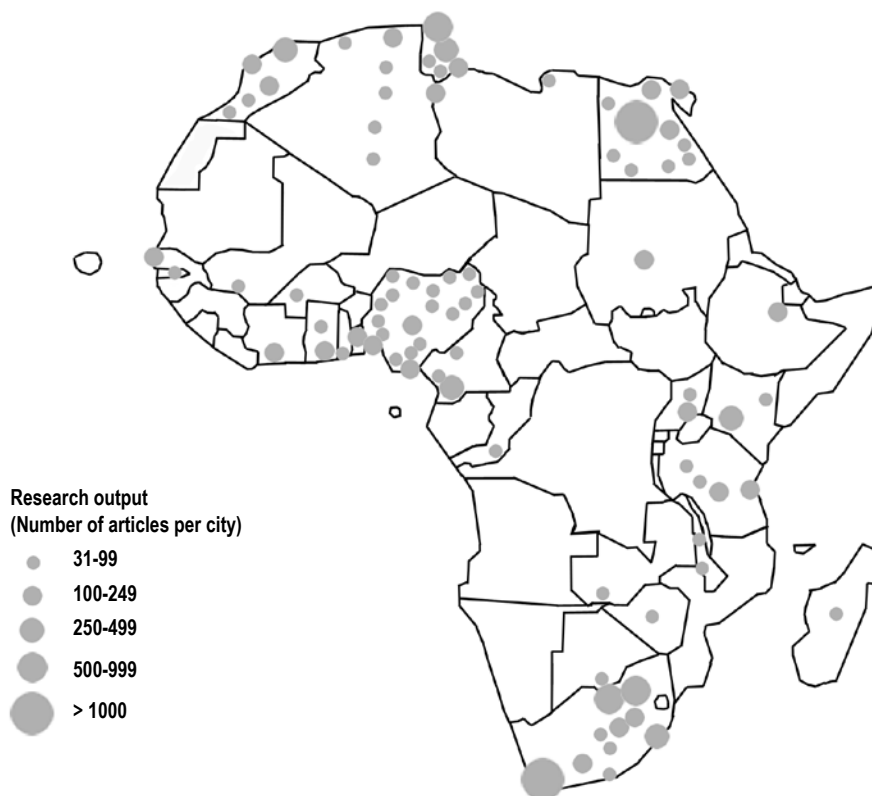
6. „Polypill” dla zmniejszenia śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych w Indiach.

Choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, nowotwory i przewlekłe choroby układu oddechowego powodują 2/3 z 57 milionów zgonów z przyczyn niezakaźnych rocznie; 80% tych zgonów występuje w krajach rozwijających się. Potrzebne są leki zmniejszające ryzyko choroby niedokrwiennej serca i udarów mózgu. Połączenie dostępnych leków generycznych (aspiryna, beta-blokery, inhibitory receptora dla angiotensyny, statyny) w jednej tabletkie – „polypill” ułatwiłoby ich dystrybucję w populacji.

Badania przeprowadzono w 50 ośrodkach klinicznych w Indiach u 2053 osób. Stosowanie „polypill” zmniejszyło ciśnienie skurczowe krwi o 7,4 mm Hg, a rozkurczowe o 5,6 mm Hg, poziom cholesterolu LDL o 0,70 mmol/l i częstość tętna o 7,0 uderzeń na minutę. Tolerancja „polypill” była podobna do leków przyjmowanych oddzielnie, a podawanie ich znacznie ułatwione w praktyce. Dalsze badania w toku.

7. Kombinacja antymonoglukonianu sodowego (SSG) i paramomycyny w leczeniu leiszmaniozy trzewnej. Badania w Etiopii, Kenii, Sudanie i w Ugandzie.

Występowanie leiszmaniozy trzewnej (*kala azar*) w świecie ocenia się na około 500.000 przypadków rocznie, zwłaszcza w Azji i Afryce Wschodniej. Leczenie SSG jest skuteczne, ale wymaga 4 tygodniowej hospitalizacji i codziennych wstrzyknięć domięśniowych. Objawy uboczne są częste i mogą być groźne (kardiotoksyczność). Stosowanie paramomycyny jest skutecznie wykorzystywane w Indiach, ale nie była ona powszechniej podawana we Wschodniej Afryce. Okazało



Ryc. 2. Rozmieszczenie prowadzonych badań naukowych na terenie Afryki.

Źródło: Raport WHO – Research for Universal Health Coverage

się, że w Afryce Wschodniej podawanie SSG i paromocyny łącznie skraca okres leczenia do 17 dni i jest dobrze znoszone.

8. Zwiększenie przeżywalności dzieci poprzez przesunięcie zadań dla niższego personelu medycznego. Badania prowadzone w Bangladeszu, Brazylii, Ugandzie i w Tanzanii.

Przeszkodą w pełnym działaniu programu *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)* w ponad 100 krajach jest brak wykształconego personelu. Przyjmuje się, że światowy niedobór pracowników medycznych wynosi ponad 4 miliony. Pewną poprawę można uzyskać przez powierzenie niektórych zadań personelowi o niższych kwalifikacjach. Zbadano 1262 dzieci z 265 ośrodków rządowych w ww. krajach. Porównywano poprawność działania personelu po krótkim i po dłuższym szkoleniu. Była ona podobnie średnio poprawna (w granicach nieco ponad 60%) w Bangladeszu i w Tanzanii. W Ugandzie była ogólnie niska i tylko nieco różniła się (23% i 33%), a w Brazylii odwrotnie, przy ogólnie wysokiej poprawności działania, dłuższe szkolenie dało paradoksalnie gorsze wyniki (84% do 58%). Wniosek przesunięcia wykonywania pewnych zadań programu IMCI do personelu o niższych kwalifikacjach jest po pewnym przeszkoleniu możliwe.

9. Poprawa dostępności pomocy w powikłanych przypadkach położniczych. Badania na wiejskich terenach Burundi.

W ramach MDG uzyskano pewne zmniejszenie śmiertelności okołoporodowej kobiet z 400 zgonów na 100.000 porodów w 1990 do 290 w roku 2008, ale

nadal jest ona wysoka; w Burundi była ona najwyższa i wynosiła 800/100.000. W 9 peryferyjnych ośrodkach zdrowia Burundi badano na ile konsultacje z centralnym ośrodkiem specjalistycznym przez telefon lub radio mają wpływ na okołoporodową śmiertelność matek. W ten sposób w roku 2011 zmniejszono średnią śmiertelność rodzących do 208/100.000. Najpoważniejszymi powikłaniami były: przedłużający się poród wymagający interwencji (35%), powikłane poronienie (30%), krwotok (12%) i wskazania do wykonania cięcia cesarskiego (10%).

10. Warunkowa pomoc finansowa ułatwiająca korzystanie z opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się.

Badania wykazały, że w pewnych warunkach (np. Brazylii) pomoc finansowa najuboższym zwiększa częstość korzystania przez nich z dostępnej opieki zdrowotnej i zmniejsza ogólną śmiertelność.

11. Ubezpieczenie zdrowotne umożliwiające korzystanie z usług medycznych w Meksyku.

Ubezpieczenie *Seguro Popular* (pokrywa 44% kosztów leczenia) ograniczyło wydatki rodzinne w razie choroby o 23% i zmniejszyło ryzyko katastrofy finansowej rodzin chorego o 59%.

12. Dostępna pomoc medyczna w starzejących się populacjach. Badania w 5 krajach europejskich (Niemcy, Czechy, Słowenia, Węgry i Holandia).

Nakłady bezpośrednie na ochronę zdrowia w związku ze starzeniem się społeczeństw w latach 2010-2060 wzrosną o mniej niż 1%. (nie dotyczy to kosztów długoterminowej opieki społecznej).



Ryc. 3. Wymiana informacji o badaniach naukowych (polityka, projekty, finansowanie, priorytety, wyniki) na przykładzie platformy *Health Research Web*.


**OPIEKA
ZDROWOTNA**

Raport Światowej Organizacji Zdrowia, 2013

“Research for Universal Health Coverage”

[Badania naukowe dla projektu WHO „Powszechne zabezpieczenie opieki zdrowotnej”]

(ciąg dalszy ze str. 9)

Powyższe przykłady świadczą o tym, jak badania naukowe mogą przyczynić się do upowszechnienia dostępu do usług zdrowotnych. Przytoczone badania dokonane zostały różnymi metodami i w zakresie różnorodnych problemów zdrowotnych. Wyniki tych badań, zwłaszcza terenowych lub populacyjnych, zależą od odpowiedniego wyboru metody badawczej, wymagającej niekiedy kompromisu między ich kosztem, czasem wykonania i praktycznym znaczeniem. Zastosowanie wyników badań nie zawsze jest możliwe z uwagi na to, że opracowywany problem jest nieistotny dla lokalnej polityki zdrowotnej, wyniki badań naukowych na wysokim poziomie nie są podawane w sposób dostatecznie zrozumiały dla tych, którzy mają je wykorzystywać, albo proponowane rozwiązania są zbyt kosztowne lub skomplikowane.

Dalszy rozdział omawia zasady prowadzenia badań dla upowszechnienia ochrony zdrowia. Są to: określenie ważności problemu (priorytet), umożliwienie prowadzenia badań, określenie norm i standardów badań naukowych i w końcu problem wdrażania wyników do praktyki. Aktualnie badania naukowe są prowadzone tylko w 26 krajach rozwijających się. W Afryce szczególnie aktywne w tym względzie są Ghana i Republika Południowej Afryki, natomiast w Azji: Indie nie nadążają za Chinami. Badania w krajach rozwijających się są prowadzone w oparciu o fundusze z zewnątrz i wyniki tych badań, nie zawsze są spożytkowane lokalnie – wyjątkiem są tu Chiny i Tajlandia.

Rozdział 4, poświęcony tworzeniu projektów badań naukowych, powinien być czytany *in extenso* przez osoby zainteresowane. Tekst raportu dostępny jest w internecie pod *Research for Universal Health Coverage*.

Rozdział 5 wylicza niektóre powody niedoceniań badań naukowych w zakresie powszechnego dostępu do ochrony zdrowia. Są to:

- badania naukowe są nie tylko niezbędne dla poprawy usług zdrowotnych, ale również zwiększają zainteresowanie sprawami zdrowia publicznego,
- badania naukowe – mające na celu poprawę opieki zdrowotnej – wymagają monitorowania ich przydatności, a o to często trudno,
- wyniki badań naukowych rozwiązujących lokalne problemy powinny być lokalnie wykorzystywane,
- od dawna obserwowana trudność w wykorzystywaniu istniejącej wiedzy dla praktycznych rozwiązań jest niełatwa do pokonania.

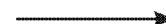
Proponowany program promocji badań naukowych dla powszechnego zabezpieczenia dostępu do opieki zdrowotnej jest zadaniem potrzebnym i ambitnym lecz wymaga pokonania pewnych tradycyjnych form R&D. Jak zwykle praktyczna realizacja nawet najlepszych programów nie zawsze jest skuteczna z powodu niedoskonałości istniejących systemów politycznych, ekonomicznych i finansowych, a te trudno z dnia na dzień zmienić.

Wybrał i tłumaczył: *prof. Zbigniew Pawłowski*

Migracje polskich lekarzy – zmiany na horyzoncie?

W poprzednich numerach *Medicus Mundi Polonia* (44/45 oraz 46) przedstawialiśmy założenia realizowanego między innymi przez Fundację *Redemptoris Missio* europejskiego projektu *Health Workers for All*. Warto przypomnieć, że rzecz dotyczy zwiększenia dostępności personelu medycznego przez działania mające na celu uregulowanie migracji zarobkowej, zgodnie z zapisami Globalnego Kodeksu Postępowania WHO w sprawie Międzynarodowej Rekrutacji Personelu Medycznego, dokumentu przyjętego przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 2010 roku. Kodeks powstał głównie w trosce o kraje rozwijające się, które doświadczają krytycznych niedoborów kadr medycznych. Dokument razem z przewodnikiem został przetłumaczony i jest dostępny w języku polskim na stronach internetowych Fundacji *Redemptoris Missio*.

Przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej, spodziewano się znacznego odpływu lekarzy, pielęgniarek i położnych do państw zachodniej Europy. Statystyki prowadzone po przystąpieniu do UE pokazały, że masowego odpływu nie było. Co nie zmienia faktu, że możliwości emigracji są bardzo duże, a i zainteresowanie zaświadczeniami o posiadanych kwalifikacjach, które są niezbędne do podjęcia pracy za granicą nie maleje. Dodatkowo warto zauważyć, że w październiku 2013 Parlament Europejski zmienił Dyrektywę dotyczącą uznawania kwalifikacji zawodowych. Do tej pory jedynie kwalifikacje pielęgniarek posiadających dyplom ukończenia studiów wyższych były uznawane w sposób automatyczny. Od tej pory również pielęgniarki, które ukończyły medyczne licea przed 1 maja 2004 roku nie będą miały problemów z podjęciem pracy za



granicą. Dowodzi to tylko możliwości potencjalnego wzrostu emigracji, zwłaszcza średniego personelu medycznego.

W ciągu ostatniego miesiąca Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że przygotowuje projekt zmiany prawa, które obligowałyby młodych lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne do podpisywania swoistego zobowiązania do przepracowania określonego czasu w polskim systemie opieki zdrowotnej, po zakończeniu specjalizacji albo zwrotu kosztów kształcenia, w przypadku emigracji. Wśród młodych lekarzy zawrzało. Jednak trzeba zaznaczyć, że takie rozwiązanie jest swego rodzaju „dobrą praktyką” celem zatrzymania polskiego, wysoko wykwalifikowanego personelu w kraju. Nie jest to w żadnym razie ograniczenie wolności młodych lekarzy, którzy przed podpisaniem zobowiązania mogą zdecydować się na wyjazd za granicę. Takie uregulowanie prawne stoi w zgodzie z zapisami Globalnego Kodeksu Postępowania, który wielokrotnie podkreśla wolność świadomych wyborów kadr medycznych jako podstawowego prawa każdego człowieka. Wielu młodych lekarzy uważa jednak, że to dodatkowe ograniczenie, wikłające już i tak trudną sytuację w procesie kształcenia podyplomowego lekarzy. Naczelna Izba Lekarska alarmowała, że ilość studentów rozpoczynająca studia na kierunku lekarskim jest zbyt mała. Opierając się na sytuacji w Niemczech

wyliczono, że aby zapewnić pełne pokrycie zapotrzebowania na świadczenia medyczne w przyszłości, co roku studia powinno rozpoczynać 5 tys. osób (w tej chwili jest to ok. 3

tys.). Osobnym aspektem jest liczba miejsc rezydenckich przyznawanych przez Ministerstwo Zdrowia na postępowanie kwalifikacyjne, które prowadzone jest dwa razy do roku. Jest ona niezadawalająca, zwłaszcza w wąskich dziedzinach medycyny. Postępowanie kwalifikacyjne ma charakter konkursu, lekarze niezakwalifikowani do odbywania specjalizacji w ramach rezydentury muszą oczekiwać do kolejnego rozdania miejsc specjalizacyjnych. Inną kwestią są wynagrodzenia lekarzy rezydentów, które w porównaniu z lekarzami odbywającymi specjalizację w krajach zachodniej Europy są zdecydowanie niższe. Oczywiście jest również możliwość odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim, w wielu przypadkach wiąże się to jednak z gorszymi warunkami

finansowymi. Sam pomysł rozwiązania służącego zatrzymaniu polskich lekarzy w polskim systemie nie jest zły, potrzeba jednak jego dopracowania i dokładnego przeanalizowania sytuacji, w której takie rozwiązanie miałyby funkcjonować. Potrzeba także zwiększenia świadomości medyków, że problem niedoboru kadr medycznych istnieje, że ma charakter globalny. Uświadomienia, że najistotniejszym aspektem jest dobro pacjentów, ale nie kosztem bezwzględnego poświęcenia się pracowników ochrony zdrowia.

Kodeks Postępowania porusza też problem nierównomiernego rozmieszczenia geograficznego kadr medycznych na terenie krajów. Najsilniej widoczne jest to w krajach rozwijających się, gdzie opieka zdrowotna, finansowana przez sektor państwowy czy prywatny, skupia się głównie w dużych miastach. Ludzie mieszkający na prowincji, w miejscach odległych mają zdecydowanie większy problem, aby uzyskać poradę medyczną. Na obszarze Polski również widoczne jest nierównomierne rozmieszczenie zwłaszcza lekarzy, z których znaczna część chce pracować w dużych miastach, blisko wysoko wyspecjalizowanych ośrodków klinicznych, mając tym samym większe możliwości diagnostyki, leczenia i konsultacji trudnych przypadków. Pytanie brzmi jak zachęcić młodych lekarzy,

aby równie chętnie podejmowali pracę również w małych miastach i na wsi? Oczywiście receptą i na ten problem jest przede wszystkim odpowiedni system zachęt finansowych dla personelu decydującego

się na pracę w trudniejszych warunkach.

W Biuletynie WHO z marca 2013 znajduje się ciekawy artykuł analizujący wpływ stopnia rozwoju sektora prywatnej opieki zdrowotnej na emigrację lekarzy w Indiach, Peru i Ghanie. Autorzy zauważyli, że lepiej rozwinięta, a przede wszystkim lepiej finansowana prywatna część systemu sprzyja zatrzymaniu lekarzy w kraju pochodzenia. Może więc i w Polsce zwiększenie stopnia prywatyzacji (ale też i decentralizacji systemu finansowania!) opieki zdrowotnej będzie lekiem na wiele problemów, związanych nie tylko z migracjami kadr medycznych...

lek. Szymon Nowak
lek. Dagna Chwarścianek



**HealthWorkers
4all**

Nowy zeszyt *Dolentium Hominum*

W październiku 2013 ukazał się 81 zeszyt *Dolentium Hominum*, poświęcony szpitalowi, jako miejscu ewangelizacji ludzkiej i duchowej. Treść zeszytu przedstawia wypowiedzi 43 uczestników sympozjum, które odbyło się w Watykanie w dniach 15-17 listopada 2012. Obrady dotyczyły trzech grup tematycznych: hi-

storia misji realizowanych przez szpitale, aktualna rola szpitali w świecie w ujęciu etycznym i humanitarnym, posługa duchowa i medyczna w ramach działania dobroczynnego. Na sympozjum Dr Konstanty Radziwiłł przedstawił problem pomocy chorym w warunkach domowych. Redakcja poleca wszystkim zaintereso-

wanym zapoznanie się z treścią nowego zeszytu *Dolentium Hominum*. W następnym numerze naszego kwartalnika postaramy się przekazać więcej informacji na temat szpitala jako miejsca ewangelizacji, który był omawiany na sympozjum w Watykanie.

Redakcja MMP

Rewolucja edukacyjna w Afryce dzięki telefonom komórkowym?

W jednym z wrześniowych internetowych wydań czasopisma *Times Higher Education* znajdziemy ciekawy tekst opisujący wpływ rozwoju sieci telefonii komórkowych w Afryce na zwiększenie dostępu do edukacji. W ostatnich latach na Czarnym Lądzie zanotowano wzrastającą w oszałamiającym tempie liczbę ludzi posiadających telefon komórkowy. Dostęp do informacji stał się zdecydowanie łatwiejszy, przede wszystkim dzięki nowym telefonom obsługującym bezprzewodowy dostęp do internetu. Pojawia się szansa na znaczne zwiększenie dostępności do edukacji, także wyższej dla ludzi mieszkających na najbiedniejszym kontynencie i to wcale nie w tak odległej przyszłości.

W telewizji CNN przepowiedziano niebywały potencjalny wpływ telefonów komórkowych w rozwoju edukacji, głównie ze względu na łatwy do nich dostęp i mniejszą cenę w porównaniu z komputerem stacjonarnym. Podstawowe modele telefonów można kupić już za kilkadziesiąt funtów. Oczywiście nie wszystkie mają dostęp do internetu. Uważa się, że liczba smartphonów waha się w granicach 6-15% wszystkich telefonów komórkowych działających na terenie Afryki. Jednak w perspektywie dotychczasowego tempa rozwoju technologii można spodziewać się szybkiej zmiany tych proporcji. W 2011 roku Amerykańska Agencja na Rzecz Rozwoju Międzynarodowego oraz Uniwersytet w Stanford zapoczątkowały projekt *m4Ed4Dev (Mobile For Education For Development)* – grupę roboczą, której zadaniem jest określenie możliwości wykorzystania telefonii komórkowej dla edukacji w krajach rozwijających się. W lutym tego roku UNESCO zorganizowało coroczny *Mobile Learning Week* – 5-cio dniową konferencję o rozwoju edukacji przy użyciu mobilnych technologii. Telefony komórkowe używane są dziś do prowadzenia szkoleń nauczycieli, ułatwiają także kontakt nauczyciela z uczniami. Pozostaje pytanie czy rzeczywiście mogą przyczynić się one do istotnego zwiększenia dostępności do wyższej edukacji?

W Afryce dziś jest więcej telefonów komórkowych niż w całych Stanach Zjednoczonych. W 2011 roku około 25 milionów Afrykańczyków miało telefon komórkowy, ale w ciągu ostatniego roku liczba ta wzrosła do 650 milionów! Dla kontrastu w całej Afryce funkcjonuje jedynie 12,3 miliona tradycyjnych linii telefonicznych. Interaktywność odróżnia telefon komórkowy od radia i telewizji, przez które odbieramy tylko informacje, nie mając możliwości nadania odpowiedzi.

Prężnie rozwijający się rynek urządzeń w Afryce został także dostrzeżony przez producentów sprzętu. Microsoft sprzedaje smartphona wyprodukowanego przez chiński

koncern Huawei, który został specjalnie zaprojektowany dla użytkowników z Afryki. Problemem jednak nadal pozostaje dostępność mobilnego internetu. Jedynie 15,6% powierzchni kontynentu ma możliwość korzystania z dostępu do sieci, w Somalii jest to jedynie 1,2%. Zaporowa również wydaje się być jego cena. Przytoczono przykład Zambii, gdzie za 2 gigabajtowy pakiet przesłanych danych trzeba zapłacić 40 funtów, podczas gdy roczny dochód Zambijczyka wynosi około 900 funtów.

Dolf Jordaan z Uniwersytetu w Pretorii sugeruje, że dzięki telefonom komórkowym będzie można pokonać jedno z podstawowych ograniczeń w dostępie do wyższej edukacji – koszty związane ze studium. Podkreśla również, że technologia mobilna umożliwi uniwersytetom rozpowszechnianie informacji, zagwarantowanie wsparcia studentom oraz komunikację z nimi przy zdecydowanie niższych kosztach.

Mimo wielu pozytywnych i obiecujących założeń należy wspomnieć, że Raport Banku Światowego i Afrykańskiego Banku Rozwojowego wskazuje na niezrozumiały brak narodowych strategii w promowaniu wykorzystania technologii mobilnej w edukacji. Mówi również o braku finansowania, określenia priorytetów w inwestowaniu w sieć technologii mobilnych, ich ograniczoną infrastrukturę oraz brak doświadczenia w obsłudze urządzeń mobilnych wśród nauczycieli.

John Traxler z Uniwersytetu Wolverhampton wyraźnie studzi nastroje wskazując, że obecnie o edukacji za pomocą telefonów komórkowych można mówić tylko w aspekcie SMS i wykorzystania prostych urządzeń. Nie ma możliwości powszechnego wykorzystywania smartphonów. Podobne zdanie mają naukowcy z Nigerii. W Kenii przeprowadzono badania nad wykorzystywaniem SMS-ów w edukacji na odległość. Wielu nauczycieli wskazywało na potencjalną przydatność takiego rozwiązania. Badanie wskazywało jednak również na ograniczenia we wprowadzaniu takich innowacji. Istotnym wyzwaniem jest również stworzenie odpowiednich baz informacji, ze względu na różnorodność i wielojęzyczność populacji Afryki. Nie ma osób które mogłyby zaangażować się w tworzenie baz danych w mało znanych językach plemiennych.

W technologii mobilnej drzemie bardzo duży potencjał w rozwoju dostępności do edukacji. Nadal jednak istnieje wiele ograniczeń utrudniających wprowadzenie w życie ambitnych planów.

Oprac. lek. Szymon Nowak

Źródło: Parr Ch, Africa's mobile phone e-learning transformation, *Times Higher Education*, 12 września 2013



Informacja o książce

„Ochrona zdrowia w stosunkach międzynarodowych. Wybrane zagadnienia”, red. naukowa W. Lizak, A. M. Solarz, Wydawnictwa UW 2013, s. 284.

Zdrowie stanowi wyjątkowo ważny składnik szczęścia człowieka, choć najczęściej uświadamiamy to sobie dopiero wtedy, gdy zaczyna go brakować. Rozwój współczesnej nauki i techniki daje ludziom coraz doskonalsze instrumenty zabezpieczania zdrowia i życia, choć jednocześnie rodzi to liczne kontrowersje natury etycznej. Utrzymujące się różnice w poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego sprawiają, że dostęp do osiągnięć współczesnej cywilizacji nie jest taki sam dla wszystkich. W tej sytuacji umiędzynarodowienie tychże instrumentów zwiększa szansę objęcia jak największej części ludzkości dobrodziejstwami współczesnej medycyny. Współpraca międzynarodowa w sferze ochrony zdrowia staje się więc wręcz moralnym zobowiązaniem do podjęcia wysiłków przez społeczność międzynarodową na rzecz upowszechnienia współczesnej wiedzy medycznej.

Praca zbiorowa poświęcona międzynarodowym aspektom ochrony zdrowia, wydana przez Wydawnictwa UW

pod redakcją pracowników Zakładu Studiów Pozaeuropejskich Instytutu Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego, stanowi zaledwie przyczynek do tytułowych rozważań. Wątków pojawia się jednak wiele. Zebrane w niej artykuły są efektem współpracy różnych ośrodków naukowych z całej Polski.

W książce omówiono obszernie historię międzynarodowej współpracy na rzecz ochrony zdrowia (I. Rysińska); ideę „zdrowia dla wszystkich” i jej realizację przez społeczność międzynarodową (Z. Pawłowski); wpływ chorób na współczesną mapę polityczną świata (M. W. Solarz); ochronę zdrowia w kontekście zagrożeń ze strony środowiska naturalnego (L. Łukaszuk, A. Tomaszewski); regulacje Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie handlu lekami (A. Wróbel); wybrane aspekty ochrony zdrowia w Unii Europejskiej (P. Marcinkowska); problem HIV/AIDS jako zagrożenie dla bezpieczeństwa ekonomicznego

(dokończenie na str. 15)

Propozycja utworzenia systemu Community Health Workers (CHW) w Afryce

W numerze 44/45 *Medicus Mundi Polonia* zamieszczona została informacja o projekcie zwiększenia liczby kadr podstawowej opieki zdrowotnej w Afryce w ramach realizacji Milenijnych Celów Rozwoju (milion peryferyjnych pracowników medycznych przed 2015 rokiem). W 91 numerze Biuletynu WHO pojawiły się dokładne wyliczenia kosztów realizacji tego Projektu. Szczegóły poniżej.

Projekt zakłada 1 CHW na 650 mieszkańców na terenie Afryki subsaharyjskiej. Koszt wyszkolenia i zaopatrzenia jednego CHW wynosiłby 3.750 US\$, a zabezpieczenie całej ludności Afryki subsaharyjskiej w CHW – 2,6 miliarda US\$ rocznie; tj. 6,86 US\$ na osobę/rok. Każdy CHW byłby szkolony w cen-

trum wyszkolenia przez 3 miesiące i 9 miesięcy w terenie pod ścisłą kontrolą lekarza menadżera. Otrzymałby smartphona (150 US\$) i ładowarkę na energię słoneczną (40 US\$) wraz z programem działania i notowania danych (480 US\$) i plecakiem. Miesięczne wynagrodzenie CHW wynosiłoby US\$ 80. Menadżer – lekarz, odpowiednio przeszkolony, miałby pod opieką 30 CHW i zarabiałby US\$ 9.600 rocznie.

Do głównych zadań CHW należałoby obserwowanie niedożywienia, leczenie biegunek, wykrywanie i leczenie malarii, odrobaczanie dzieci, leczenie pneumonii, badanie w kierunku gruźlicy, badanie populacji, a szczególnie ciężarnych, w kierunku HIV oraz planowanie rodziny. Przyjmuje się, że będzie dostępny jeden

ambulans na każde 50.000 mieszkańców. Projekt zakłada w przyszłości dostępność jednego lekarza ogólnego na każde 650 mieszkańców i jednego pediatry na każde 3.500 mieszkańców. Wymieniony koszt nie pokrywa testów diagnostycznych, leków i wyposażenia ośrodków zdrowia. Jest to jedna z propozycji wdrożenia podstawowej opieki medycznej *Primary Health Care* i Zdrowia dla wszystkich proponowanych ponad 40 lat temu w Alma Ata.

Według: McCord i wsp., Deployment of community health workers cross rural Sub-Saharan Africa: financial consideration and operational assumption, Bull. WHO 2013, 91 (4) 244-253

Streścił: prof. Zbigniew Pawłowski

Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* i *Annales Missiologici Posnaniensis*

Historia Magistra Vitae

„Światło Ewangelii nad naszym krajem weszło na Wielkopolskiej Ziemi. Przez długie lata w pierwszym Tysiącleciu Chrześcijaństwa w Polsce Poznań był kuźnią idei misyjnej. Nie powinno więc Kościołowi Poznańskiemu zabraknąć gotowości misyjnej na progu drugiego tysiąclecia. Wdzięczność za otrzymaną Ewangelię zobowiązuje Lud Boży Archidiecezji do przekazywania jej następnym pokoleniom. Wielka odnowa religijna zostanie doprowadzona do końca, jeśli (Archidiecezja) poszerzy granice miłości aż po krańce ziemi i zatroszczy się o tych, którzy są z dala, w podobny sposób jak o własnych członków” (DM 37)¹.

Poznań – stolica Wielkopolski, stał się miejscem założenia Akademii Lubrańskiego w 1518 roku², a w XX wieku został powołany Uniwersytet Poznański (w 1919 roku) obecnie Uniwersytet im. A. Mickiewicza (UAM)³. Wraz z rozwojem Uniwersytetu Poznańskiego powstawały w nim stowarzyszenia młodzieży akademickiej żeńskiej i męskiej. Dnia 12 maja 1922 roku powstała Sodalicia Mariańska Akademiczek, a jej kuratorem z ramienia uczelni był prof. dr Stanisław Kasznica. Na spotkaniach omawiano m. in. działalność misyjną Kościoła. Uchwałą Senatu Uniwersytetu Poznańskiego z dnia 26 maja 1922 roku powstała Sodalicia Mariańska Akademików. Prof. dr Paweł Gantkowski został kuratorem Sodalicii⁴. Kazimiera Berkan (1889-1969) była inicjatorką ruchu misyjnego w różnych grupach społecznych, a zwłaszcza wśród młodzieży. Najpierw tworzyła gimnazjalne koła misyjne (1924), a następnie akademickie i kleryckie. Starła się zainteresować ogół Polaków głoszeniem Ewangelii narodom: słowem mówionym, pisanym i osobistym zaangażowaniem. Dnia 6 grudnia 1925 roku powstało w Sodalicii Mariańskiej Akademiczek Kółko Misyjne, które później otrzymało nazwę Sekcji Misyjnej. Również ksiądz Wojciech Turowski SAC, pallotyn budził ducha misyjnego wśród młodzieży akademickiej. Dzięki zaangażowaniu Kazimierzy Berkan, księdza Wojciecha Turowskiego i innych osób powstało pierwsze w Polsce Akademickie

Koło Misyjne, później Misjologiczne Uniwersytetu Poznańskiego dnia 20 stycznia 1927 roku. Wkrótce podobne Koła powstały w Krakowie, we Lwowie, Lublinie, Warszawie, Wilnie i Gdańsku.

Niezwykłym wydarzeniem dla akademickiego ruchu misyjnego w Polsce był Międzynarodowy Akademicki Kongres Misyjny w Poznaniu, w dniach 28 IX – 2 X 1927. Wówczas powołano Związek Akademickich Kół Misyjnych w Polsce (1 X 1927) z siedzibą w Poznaniu. Z okazji tamtego Kongresu ksiądz Kazimierz Bajerowicz (1877-1943) przygotował w językach polskim i francuskim „Jednodniówkę” ku uczczeniu Międzynarodowego Kongresu Misyjnego w Poznaniu 28 IX – 2 X 1927⁵. Dzięki Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* i jej dofinansowaniu oraz zaangażowaniu Wydziału Teologicznego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza ukazał się reprint tej publikacji w 2007 roku. Na okładce znajduje się informacja o Fundacji *Redemptoris Missio*.

Do Komitetu ogólnego Międzynarodowego Akademickiego Kongresu Misyjnego należeli m. in.: prof. Adam Wrzosek, prorektor AKM Poznań, Kazimierz Kapitańczyk, prezes AKM Poznań⁶.

Dzięki powołaniu Związku Akademickich Kół Misyjnych w Polsce już w 1928 roku ukazały się „Roczniki Związku Akademickich Kół Misyjnych w Polsce”. Tom I wydawnictwa redagowali: ks. Stefan Abt (1898-1942)⁷ i Julian Ćwirko-Godycki. Tom II również ks. Stefan Abt i Kazimierz Schwarz. Tom III przygotowali do druku Zygmunt Ołyński i Wanda Błęńska, a Tom IV Wanda Błęńska. To było czasopismo roczne poświęcone misjo-

¹ Statuty Archidiecezjalnego Synodu Poznańskiego odprawionego pod przewodnictwem Księdza Arcybiskupa Dra Antoniego Baraniaka Metropolity Poznańskiego w dniach 4 czerwca, 12 września i 12 października 1968 r. w Bazylice Archikatedralnej w Poznaniu. Księgarnia Św. Wojciecha – Poznań 1972, s. 220.

² Anzelm Weiss, *Akademia Lubrańskiego*, [w:] *Encyklopedia Katolicka KUL*, T. I, Lublin 1973, s. 215-216.

³ *Uniwersytet im. A. Mickiewicza (UAM)*, [w:] *Encyklopedia Popularna PWN*. Wydanie trzecie zmienione i uzupełnione. Wydawnictwo Naukowe PWN – Warszawa 1993, s. 900.

⁴ Ambroży Andrzejak, *U początków ruchu misyjnego w Polsce*. Biskup Kazimierz Kowalski 1896-1972. Poznań 1993, s. 64-67.

⁵ Kazimierz Bajerowicz, *Jednodniówka ku uczczeniu Międzynarodowego Akademickiego Kongresu Misyjnego w Poznaniu 28 IX – 2 X 1927*. Księgarnia Św. Wojciecha w Poznaniu s. 185.

⁶ Tamże s. 25.

⁷ Feliks Lenort, *Stefan Abt ks.*, [w:] *Encyklopedia Katolicka KUL*. T. I. s. 47.

logii. „Roczniki ZAKM” 1-4 były wydawane przez Związek Akademickich Kół Misyjnych w Polsce, a następnie pt. „Annales Missiologicae” przez Komitet Propagandy Misyjnej wśród Inteligencji przy Papieskim Dziele Rozkrzewiania Wiary w Poznaniu. Tom V redagowali Wanda Błęńska i Kazimierz Kapitańczyk, Tom VI Wanda Błęńska, a Tom VII i VIII ks. Kazimierz Kowalski, Tom IX ks. Kazimierz Kowalski i Leon Koczy, a także Tom X.

„Annales Missiologicae” – Roczniki Misjologiczne ukazywały się w latach 1932/33 – 1938. Było to naukowe czasopismo poświęcone ewangelizacji narodów oraz współpracy w tym dziele przez zaangażowanie w działalność Papieskiego Dzieła Rozkrzewiania Wiary i innych form. Między innymi w lutym 1931 roku w AKM UP powstała Sekcja Pomocy Medycznej, która organizowała przesyłkę leków do Chin i Rodezji, dzisiejszej Zambii⁸.

Dzięki inicjatywie kapłanów Archidiecezji Poznańskiej Feliksa Lenorta i Ambrożego Andrzejaka oraz w duchu Encykliki „Redemptoris Missio” Ojca Świętego Jana Pawła II, dziś Błogosławionego, o stałej aktualności postania misyjnego z dnia 7 grudnia 1990 roku, a także dzięki dofinansowaniu przez Fundację *Redemptoris Missio* na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, w roku 2000 ukazał się Tom XI pt. „Annales Missiologicae Posnanienses” s. 383, a także Tom XII. Począwszy od Tomu XIII pt. „Annales Missiologicae Posnanienses” włączył się do redakcji o. Wojciech Kluj OMI rodem z Archidiecezji Poznańskiej, obecnie wykładowca misjologii w UKSW w Warszawie. Począwszy od Tomu XVI dołączyła do grona redaktorów Kinga Puchała i ks. prof. Jan Szpet. W roku 2012 ukazał się Tom XVIII, a następny, Tom XIX, ukazuje się w roku 2014. W każdym Poznańskim Roczniku Misjologicznym jest promocja Fundacji *Redemptoris Missio*. Ojciec Święty Jan Paweł II, ogłoszony Błogosławionym przez Benedykta XVI, a wkrótce Świętym przez Papieża Franciszka

⁸ Tamże. „Annales Missiologicae”, Roczniki Misjologiczne, [w:] *Encyklopedia Katolicka KUL*. Lublin 1973. Tom I s. 629.

dnia 27 IV 2014 roku, zakończył Encyklikę „Redemptoris Missio” słowami:

»Jak nigdy dotąd, Kościół ma dziś możliwość niesienia Ewangelii, świadectwem i słowem, do wszystkich ludzi i do wszystkich narodów. Widzę świt nowej epoki misyjnej, która stanie się okresem promiennym i bogatym w owoce, jeśli wszyscy chrześcijanie, a w szczególności misjonarze i młode Kościoły, odpowiedzą z wielkoduszością i świętością na wołania i wyzwania naszych czasów.

Jak Apostołowie po Wniebowstąpieniu Chrystusa, Kościół winien gromadzić się w Wieczerniku „z Maryją, Matką Jezusa” (Dz 1, 14), by błagać o Ducha Świętego i otrzymać moc i odwagę do wypełniania nakazu misyjnego. My również potrzebujemy, o wiele bardziej niż Apostołowie, by Duch nas przemienił i prowadził.

U progu Trzeciego Tysiąclecia cały Kościół wezwany jest do głębszego przeżywania tajemnicy Chrystusa i pełnej wdzięczności współpracy z dziełem zbawienia. Czyni to z Maryją i tak jak Maryja, która jest dla niego Matką i wzorem: jest ona wzorem macierzyńskiej miłości, jaka powinna ożywiać wszystkich tych, którzy w dziele misyjnego apostołstwa Kościoła współpracują nad odrodzeniem człowieka. Dlatego też „Kościół wzmocniony obecnością Chrystusa (...) pielgrzymuje w czasie do końca wieków idąc na spotkanie Pana, który przychodzi; ale na tej drodze (...) kroczy śladami wędrowki odbytej przez Maryję Dziewicę”.

Pośrednictwu Maryi, „które skierowane jest do Chrystusa, a zarazem zmierza do objawienia jego zbawczej mocy”, zawieram Kościół, a w szczególności tych, którzy podejmują trud realizowania posłania misyjnego w dzisiejszym świecie. Jak Chrystus posłał swych Apostołów w imię Ojca i Syna, i Ducha Świętego, tak i ja, ponawiając ten sam nakaz, obejmuję Was wszystkich Apostolskim błogosławieństwem w imię tejsze Trójcy Przenajświętszej. Amen.«⁹

ks. Ambroży Andrzejak

⁹ *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*. Wydawnictwo ZNAK. Kraków 2007 s. 615-616.

Informacja o książce

(dokończenie ze str. 13)

państw (K. M. Książkowski); współpracę międzynarodową w rozwoju telemedycyny (I. Łęcka).

Niektóre rozdziały poświęcone zostały bardziej szczegółowym zagadnieniom, jak problem HIV/AIDS w Iranie (B. Grygo); pomoc zdrowotna dla Palestyńczyków realizowana przez agendy systemu ONZ (M. Szydzisz); dyplomacja medyczna Kuby (A. Fijałkowska); ochrona zdrowia w nauczaniu Kościoła katolickiego i aktywności Stolicy Apostolskiej (A. M. Solarz); polityka zdrowotna w redukcjach jezuickich Ameryki Południowej (T. Szyszko SVD), a także obecność Polaków w południowoafrykańskiej

medycynie i ochronie zdrowia (A. Żukowski). Końcową część książki stanowi, niejako poza głównym tokiem rozważań, esej pt. „Kilka filozoficznych uwag o zdrowiu” (autorstwa R. Gaja).

Publikacja jest raczej próbą wskazania możliwych obszarów badawczych w zakresie nauki o stosunkach międzynarodowych w odniesieniu do szeroko rozumianej współpracy na rzecz ochrony zdrowia, niż kompletnym opracowaniem. Mimo to, zdaniem jej autorów i redaktorów, zebranie w jednym tomie tych tekstów jest pierwszą próbą szerokiego ukazania tematyki ochrony zdrowia w ramach współpracy międzynarodowej.

dr hab. Wiesław Lizak
dr Anna M. Solarz

Myśli księdza Aleksandra Woźnego na każdy dzień

Nakładem Wydawnictwa Kontekst ukazał się tomik interpretujący „myśli” zawarte w książce „Bóg jest najważniejszy” księdza Aleksandra Woźnego. Autorem rozważań jest ksiądz Wojciech Mueller. Tomik przeznaczony na miesiąc październik jest pierwszą z zaplanowanych dwunastu comiesięcznych części. Ksiądz Woźny był długoletnim proboszczem parafii świętego Jana Kantego w Poznaniu, w której, dzięki życzliwości najpierw ś.p. księdza prałata Aleksego Stodolnego, a teraz księdza kanonika Andrzeja Marciniaka, mieści się Centrum Wolontariatu Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*. Ksiądz Aleksander Woźny urodził się w 1910 roku, w Uzarzewie. W 1933 roku otrzymał święcenia kapłańskie. W czasie II wojny światowej więziony w Buchenwaldzie i Dachau. Po wojnie skierowany do pracy w poznańskiej parafii Jana Kantego. W latach '50 internowany. Oceniany jako człowiek świętobliwy, oddany ludziom. W czerwcu 2013 roku biskupi polscy wyrazili zgodę na wystąpienie do Stolicy Apostolskiej na rozpoczęcie procesu beatyfikacyjnego księdza Aleksandra Woźnego.

Ksiądz Mueller, będący również postulatorem procesu beatyfikacyjnego ks. Woźnego, w przedmowie pisze o aktualności jego nauczania, które inspiruje do duchowych

refleksji i poszukiwania więzi z Bogiem. Poniżej Czytelnicy znajdą przedruk rozważań przeznaczonych na ostatni dzień października, nawiązujących do medycyny tropikalnej i trądu. Redakcja zachęca do lektury Myśli!



Brak czułości rani i zabija miłość drugiej osoby. Miłość łączy się z czułością, czyli wewnętrzną uwagą, nadśłuchiwaniami.

ks. A. Woźny, *Bóg jest najważniejszy*, s. 102

»Albert Schweitzer był bogaczem opływającym w luksus talentów i pracowitości. Od dziecka pragnął poświęcić się kaznodziejstwu, nauce i muzyce. W wieku 25 lat został potrójnym doktorem: filozofii, teologii i muzykologii. Napisał rozprawę o Bachu, w opinii wielu do dziś niedoścignioną. Mógł być największym humanistą XX wieku. Pewnego dnia przeczytał artykuł o nędzy Murzynów, trądzie i braku lekarzy w Afryce podzwrotnikowej. Zrobił czwarty doktorat z medycyny. Następnie wyjechał leczyć w Afryce trędowatych Murzynów.

„Dotyk – jak zauważa o. Wiesław Dawidowski – jest cudownym zmysłem. To jest gest wielkiej bliskości i miłości. Stwarza poczucie bezpieczeństwa, wytwarza ciepło w relacjach osób, sprawia że w człowieka wstępuje jasność i lekkość bytu, a znika ciężar wiszącego nad nim wyroku śmierci. Ewangelia mówi, że Jezus głęboko poruszony, niczym Mojżesz nad Morzem Czerwonym, wyciągnął rękę i dotknął trędowatego, by przywrócić go społeczeństwu. Dotyk przywraca życie, szczególnie tam, gdzie ludzkie prawa deklarują śmierć.” Brak dotyku i czułości z tym związanej rani i zabija miłość drugiej osoby. Może rodzić nietolerancję, ostracyzm, a nawet dyskryminację tzw. współczesnych trędowatych. To są ludzie bezdomni, nieuleczalnie chorzy, uzależnieni, margines społeczny, słabi i nieprzystosowani do życia. To ci, którzy przychodzą z wielkiego utrapienia. Chcą opłukać i wybielić swoje szaty we Krwi Baranka.»

Ks. Wojciech Mueller, *Myśli księdza Aleksandra Woźnego na każdy dzień. Październik*. Wydawnictwo Kontekst, Poznań 2013, ss. 40.

Strona internetowa o ks. Aleksandrze Woźnym
www.alesksanderwozny.archpoznan.pl



Kościół Świętego Jana Kantego w Poznaniu

Strona internetowa MMP:
www.mmpolonia.org



ISSN 1641-604 X

MEDICUS MUNDI

Medicus Mundi Polonia
KWARTALNIK WYDANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

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

Strony

- Strona główna
- Redakcja Medicus Mundi Polonia
- O Medicus Mundi Polonia

PROJEKTOWAŁA PAŹDZIERNIK 2013

Powikłania biegunki podróźnych

W najnowszej numerze Journal of Travel Medicine (wrzesień 2013) znaleźliśmy ciekawy artykuł mówiący o możliwych powikłaniach biegunki podróźnych, będącej częstą przypadłością ludzi

Archiwum

▼ 2013 (36)

▼ październik (8)

► Powikłania biegunki podróźnych
► Międzynarodowy Złoty Krzyż