Fundacja Pomocy Humanitarnej
<< Redemptoris Missio >>

ISSN 1641-604 X

MEDICUS MUNDI

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

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

LIPIEC-GRUDZIEŃ 2008
Nr 26/27 (rok VIII)

Redakcja *Medicus Mundi Polonia* przekazuje nowy numer kwartalnika. Jest on poświęcony głównie sprawom bieżącym i europejskiemu programowi STOP MALARIA NOW!, prowadzonemu przy współudziale Zarządu Fundacji. Kontynuujemy działy „kafejka internetowa" i „posługa lecznicza Kościoła". W tym ostatnim dziale przedstawiamy interesujący dokument WHO na temat współpracy z ośrodkami medycznymi na misjach.

Nadal dostarczamy *Medicus Mundi Polonia* nieodpłatnie, ale prosimy zwrócić uwagę na fakt, że – niezależnie od wkładu pracy autorów i redakcji, wykonywanej na zasadzie wolontariatu – przygotowanie materiałów do druku, druk i wysyłka pocztą kosztują Fundację 5 zł od każdego numeru.

Ostatnio przygotowaliśmy dysk CD ze wszystkimi dotąd wydanymi artykułami drukowanymi w *Medicus Mundi Polonia*, też w ujęciu tematycznym: choroby pasożytnicze, bakteryjne, wirusowe, pod-specjalności „tropikalne", pierwsza pomoc, działalność niektórych organizacji pozarządowych i liczne adresy internetowe. Osoby zainteresowane posiadaniem dysku proszone są o kontakt z Fundacją. Tutaj, podobnie jak w przypadku poszczególnych numerów *Medicus Mundi Polonia*, nie wyznaczamy ceny dysku, którego produkcja kosztuje kilka złotych.

Ze względów finansowych zmniejszamy nakład *Medicus Mundi Polonia* do 1000 egzemplarzy.

Pragniemy uaktualnić listę stałych czytelników i PROSIMY UPRZEJMIE O POTWIERDZENIE ZAINTERESOWANIA MMPOLONIA I/LUB PODANIE NOWYCH POTENCJALNYCH CZYTELNIKÓW.

Dla wygody załączamy kartkę pocztową z uprzejmą prośbą o jej odesłanie na adres Fundacji. Dla tych osób, które poczuwają się do finansowego wspomożenia Fundacji, jej konto jest podane w stopce na stronie drugiej.

Redakcja

STOP MALARIA NOW!
An African-European Initiative

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
Z Fundacji „Redemptoris Missio"
MMP na dysku CD 2
Zmiany w Fundacji 3
Huruma 4
Kto kupi bibliotekę WHO dla Ośrodka Zdrowia w Kiabakari ? 4
List z Kiabakari 5
Z Medicus Mundi International 6
MALARIA
Stop Malaria Now! 7
Szczecinek dla Afryki 8
Co nowego w malarii? 10
Jak uniknąć malarii i innych chorób przenoszonych przez komary 12
ODPOWIEDZIALNY PODRÓŻNY – Responsible traveler 14
Urazy, wypadki i problemy medyczne podczas podróżowania 16
Kafejka internetowa 17
Projekt CUAMM w Padwie 18
Dolentium Hominium 18
Prof. Krystyna Pecold w Tanzanii 19
Posługa lecznicza Kościoła 20

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biuro Fundacji: Uniwersytet Medyczny, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel./fax +48 61 854 68 63; 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

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

Medicus Mundi Polonia (2001-2008) na dysku CD

W ostatnim czasie został przygotowany dysk CD ze wszystkimi dotąd wydanymi artykułami drukowanymi w *MMPolonia*, też w ujęciu tematycznym: choroby pasożytnicze, bakteryjne, wirusowe, podspecjalności „tropikalne", pierwsza pomoc, działalność niektórych organizacji pozarządowych i liczne adresy internetowe. Osoby zainteresowane posiadaniem dysku proszone są o kontakt z Fundacją.

Medicus Mundi Polonia Kwartalnik Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" i Medicus Mundi Poland

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

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

Sekretarz Redakcji: mgr Ewa Kaczmarek.

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: Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Prof. UM dr hab. Jerzy Stefaniak, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, telefon +48 61 8691363, faks +48 61 8691699, e-mail: medtrop@mp.pl.

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.

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

ZMIANY W FUNDACJI

Z dniem 1 września 2008 nastąpiły znaczne zmiany w składzie Rady i Zarządu Fundacji.

Zmiany w składzie Rady, podane poniżej, wynikają z nowych zadań Fundacji, krajowych i międzynarodowych oraz zwiększonego zainteresowania klinicystów działalnością Fundacji na misjach. Do grona członków Rady Fundacji dołączyli pani prof. dr hab. Krystyna Pecold (delegat Uniwersytetu Medycznego ds. współpracy z Tanzanią, oferująca pomoc okulistyczną w Kiabakari), prof. dr hab. Ryszard Żaba (oferowana pomoc dermatologiczna) oraz dr med. Tomasz Banasiewicz (chirurg, znany z udziału w „operacji Bangassu" w Republice Centralnej Afryki, 2002).

Podane poniżej zmiany w zarządzie spowodowane były m.in. tym, że mgr Mateusz Cofta, prezes Zarządu Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio", został oddelegowany na rok do ośrodka w Kiabakarii w Tanzanii, gdzie pełni funkcję koordynatora lokalnego ośrodka zdrowia. Przypomnę, że ośrodek zdrowia w Kiabakari powstał m.in. dzięki pomocy Ministerstwa Spraw Zagranicznych RP oraz uprzejmości osób prywatnych, którzy przez ręce Fundacji przyczynili się materialnie do tego dzieła. Obowiązki Prezesa Zarządu Fundacji pełni od dnia 1 września 2008 wieloletni wolontariusz Fundacji, lekarz Piotr Zawieja. Zarząd został poszerzony o lek. Agnieszkę Łuczak (wolontariusza pracującego w Indiach i w Kamerunie) oraz studentkę Justynę Polowy (praktyki wakacyjne w Sudanie).

Fundacja kontynuuje swoją statutową działalność charytatywną dla misji, pomoc misjonarzom m.in. przez wykłady w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie, organizowanie wolontariatów dla studentów Uniwersytetu Medycznego, konferencji (Spotkania z Afryką, Szczecinek dla Afryki, Stop malaria now!) i wystaw oraz udział w programie „Misyjny Atlas Świata" Radia Emaus (częstotliwość 89,8 FM): I i III niedziela miesiąca o godzinie 11.40 oraz powtórka w środy o godz. 23,15

Fundacja jest też inicjatorem planowanej współpracy Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w Bugando College w Tanzanii na bazie ośrodka zdrowia w Kiabakari. Mam nadzieję, że w następnym zeszycie Medicus Mundi Polonia będę mógł podać więcej szczegółów na ten temat.

Od kilku miesięcy Fundacja rozbudowuje swoją witrynę w internecie. Na stronie Fundacji można znaleźć informacje o aktualnej działalności Fundacji, prowadzonych przez nią projektach m.in. w Kiabakari, relacje studentów, lekarzy i wolontariuszy, którzy pracowali w krajach misyjnych. Wszystkich zainteresowanych zapraszam do odwiedzenia naszej strony internetowej:

www.medicus.ump.edu.pl

Fundacja wydaje też publikację RAPORT, przeznaczoną dla szerszego grona osób zainteresowanych i sponsorów. Raport zawiera wiele oryginalnych artykułów i listów z misji na całym świecie.

Lek. Piotr Zawieja
p.o. prezesa Fundacji

Skład Rady Fundacji:

ks. dr Ambroży Andrzejak, fundator
prof. Zbigniew Pawłowski, fundator
dr med. Norbert Rehlis, fundator

prof. Jerzy Stefaniak, przewodniczący
prof. Wanda Baer-Dubowska, wice-przewodnicząca
ks. lic. Waldemar Babicz
dr med. Tomasz Banasiewicz
dr n. przyr. Barbara Filipiak
prof. Andrzej Łukaszyk
dr hab. Anita Magowska
prof. Roman Meissner
prof. Krystyna Pecold
mgr Jerzy Pomin
prof. Ryszard Żaba

Komisja rewizyjna:
prof. Wanda Baer-Dubowska, przewodnicząca
ks.lic. Waldemar Babicz, członek
mgr Jerzy Pomin, członek

Prezydium Rady:
ks. dr Ambroży Andrzejak, fundator
prof. Zbigniew Pawłowski, fundator
dr med. Norbert Rehlis, fundator
prof. Jerzy Stefaniak, kierownik kliniki
ks. lic. Waldemar Babicz, Diecezjalne Papieskie Dzieła Misyjne
lek. Piotr Zawieja, p.o. prezesa fundacji

Honorowy członek Fundacji: dr hc. Wanda Błeńska

Skład Zarządu Fundacji:
lek. Piotr Zawieja, p.o. prezesa fundacji
Justyna Polowy (wiceprezes)
mgr farm. Joanna Cichocka
mgr Mateusz Cofta, prezes (delegowany do Kiabakari)
mgr Anna Kurkowiak
lek. Agnieszka Łuczak
lek. Karolina Mrówka
doc. Stefan Wiśniewski

1 września 2008

Huruma

„*Huruma*" w języku suahili znaczy „miłosierdzie". Tak nazywał się ośrodek zdrowia w Nanyuki, w Kenii, w którym jako wolontariuszki Fundacji pracowałyśmy w lecie 2008 przez trzy miesiące. Huruma to hospicjum liczące 35 łóżek oraz przychodnia. Ośrodek ten został otwarty w 2003 roku z inicjatywy pewnego włoskiego misjonarza, który nie chciał pogodzić się z faktem, iż jego kenijscy przyjaciele umierają w nieludzkich warunkach z powodu małej dostępności służby zdrowia. Pragnął, by ludzie chorzy i ubodzy odchodzili z należytą godnością.

Huruma prowadzona jest przez cztery siostry Felicjanki: trzy Kenijki oraz jedną Polkę. Siostry zaskoczyły nas swą promieniującą radością, niezwykłym poczuciem humoru, gotowością pomocy oraz przede wszystkim wielką pasją do pracy z chorymi. Zaskakiwały nas nieustannie każdego dnia! Przyjęły nas tak serdecznie, iż od samego początku bez żadnych obaw rzuciłyśmy się w wir obowiązków w Hurumie.

Na początku nie było łatwo ze względu na kłopoty w porozumieniu się z pacjentami, którzy zwykle nie władali językiem angielskim, a my nie mówiłyśmy w suahili. Poza tym w Hurumie, jak i w całej Kenii, wszystko było dla nas nowe i inne. Inny styl pracy na oddziale, inne sposoby leczenia, inne choroby, no i inni pacjenci! Z dużym zapałem zaczęłyśmy się uczyć podstaw suahili, by móc nawiązać bliższy kontakt z pacjentami i dowiedzieć się czegoś więcej o przyczynie ich schorzeń. Karty choroby pacjentów były zwykle niepełne, informacje o ich przeszłości bardzo zdawkowe, pozostawiające wiele wątpliwości i wiele pytań bez odpowiedzi. Pacjenci stali się naszymi nauczycielami, ku naszej i ich radości!

W Hurumie rolę lekarzy pełnili trzej pielęgniarze pracujący na trzy zmiany. W danym czasie na oddziale i w przychodni był więc tylko jeden pielęgniarz, biegający między pacjentami ambulatoryjnymi i hospicyjnymi. Pracy było co nie miara. Podczas swego pobytu starałyśmy się wspomóc pielęgniarzy, zdejmując z nich część ich obowiązków przy pacjentach. Każdego dnia monitorowałyśmy stan zdrowia każdego pacjenta na oddziale oraz uzgadniałyśmy z pielęgniarzem ewentualną zmianę leczenia. Jak na młode adeptki sztuki lekarskiej przystało, wytrwale doszukiwałyśmy się u pacjentów nowych objawów, wszelkich zmian stanu zdrowia oraz rzeczywistej etiologii ich chorób. Niemal każdego dnia w czasie tzw. „burzy mózgów" dociekałyśmy, co było przyczyną choroby, a co skutkiem; co należy już leczyć, a co można jeszcze obserwować; który lek trzeba wycofać, a którym terapię rozpocząć. Wszystko to byłoby o wiele prostsze, gdybyśmy miały nad sobą doświadczonych lekarzy specjalistów. Ale tych jednak w Afryce najbardziej brakuje!

Hospicyjni pacjenci Hurumy cierpieli na wiele, często bardzo ciężkich schorzeń. Do najpoważniejszych należały: AIDS, gruźlica, trąd, nowotwory oraz choroby psychiczne. Była także spora grupa pacjentów starszych, którzy – za wyjątkiem typowych dolegliwości dla ludzi w podeszłym wieku – byli we względnie dobrej kondycji. Nie mając jednak bliskich, będących w stanie zaopiekować się nimi, przebywali od miesięcy, czasem lat, w Hurumie i często wcale nie chcieli z niej odchodzić! Siostry, personel Hurumy i jej pacjenci tworzyli jedną rodzinę. Ta wspólnota okazywała się czasem bardziej życzliwa od własnej rodziny!

Gdyby nie Huruma oraz ludzie dobrej woli, którzy ją wspierają, większość z tych pacjentów z powodu swego ubóstwa nie miałaby żadnej opieki medycznej. W Kenii bowiem służba zdrowia jest płatna, a niewielu na nią stać. Taka sytuacja jest przyczyną masowego zjawiska, w którym ludzie chorzy i najbardziej potrzebujący pozostawieni są samym sobie w swym cierpieniu.

Nasza praktyka w Kenii, choć niezwykle krótka, wzbogaciła nas bardzo, nauczyła wiele zarówno na płaszczyźnie medycznej, jak i duchowej. Żywimy głęboką nadzieję, że ze swą świeżą wiedzą medyczną, pełnymi zapału do pracy rękoma i młodzieńczą otwartością byłyśmy pomocne w Hurumie. Dziękujemy pacjentom Hurumy, personelowi i siostrom za to, że byli naszymi przewodnikami w trakcie bezpośredniego zetknięcia się z medycznymi – i nie tylko – problemami Afryki Wschodniej.

Miłosława Głowacka
i Magdalena Maliszewska
Studentki szóstego roku medycyny
UM w Poznaniu

Kto kupi Bibliotekę WHO dla Ośrodka Zdrowia w Kiabakari w Tanzanii?

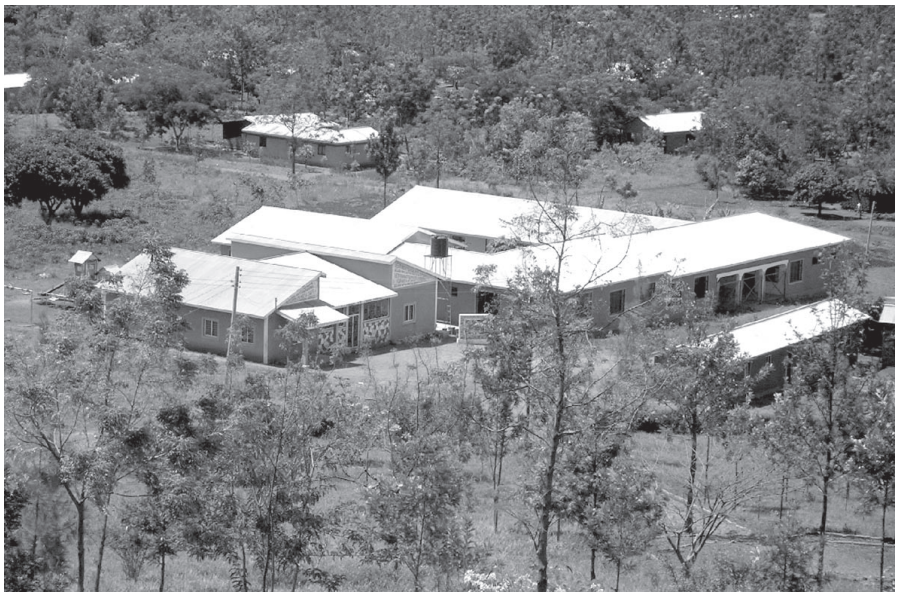
Projekt: Biblioteka WHO, The Blue Trunk Library

Biblioteka WHO to inicjatywa, którą już od 10 lat zajmuje się Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Cel akcji jest jeden: umożliwić personelowi ośrodków zdrowia w krajach rozwijających się dostęp do podstawowej wiedzy medycznej.

Każda mini-biblioteka składa się ze 100 książek medycznych, które znajdują się w metalowej, niebieskiej skrzyni. Dzięki temu książki są chronione zarówno podczas transportu, jak i używania w danym ośrodku.

List z Kiabakari

Kiabakari, 12 listopada 2008 roku



Wczoraj w Polsce dzień wolny od pracy. W Poznaniu zapewne większość mieszkańców i przybyszów zajadało się rogalami świętomarcińskimi. A w Kiabakari tydzień jak każdy. Laboratorium, clinical officers, pielęgniarki; wszyscy pracują w bynajmniej nie świątecznym rytmie...

Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary w Kiabakari to już na pierwszy rzut oka ośrodek odbiegający od większości tego typu placówek w Tanzanii. Czysto, farba na ścianach nie zdążyła się jeszcze zbyt mocno przybrudzić. Wyczuwa się, że nawet pracownicy lepiej się ubierają; nie chcą odstawać od otoczenia. Miejscowy personel jest młody i operatywny; czuje się współodpowiedzialny za dyspensarium. Miejscowe władze zdrowotne w dystrykcie lubią nawet przywieźć tu swoich gości. Jest się czym pochwalić. Wielkie dzięki tym, którzy przyczynili się do powstania dyspensarium w Kiabakari. To dzieło wielu osób. Wiele lat trudnej pracy...

W imieniu tych, którzy korzystają z tego ośrodka, bardzo dziękuję sympatykom Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio i Ministerstwu Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej za finansowe i duchowe wsparcie projektu!

Minęły już dwa tygodnie od wizyty pani prof. Krystyny Pecold. Czas krótki, ale i owocny. Nie da się zapomnieć Jej pełnej poświęcenia pracy. Już teraz pacjenci pytają o okulary, które zaoferowała się zorganizować. Program wizyty Pani Profesor był bardzo napięty. Oprócz pracy jako *Daktari wa macho* (okulista), pani prof. Krystyna Pecold odbyła szereg spotkań: z biskupem Musomy Michaelem Mzonganzila, z prof. Magorim z Bugando College of Health Sciences w Mwanzie, z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i przedstawicielmi organizacji pozarządowej – International Trachoma Initiative w Dar Es Salaam. Nieoczekiwanie udało się także spotkać z panią Marią Nyerere, wdową po zmarłym pierwszym prezydencie Zjednoczonej Republiki Tanzanii – Baba wa Taifa (Ojcu Narodu).

W październiku i w listopadzie łączę pracę w dyspensarium w Kiabakari z nauką języka suahili w szkole językowej w Makoko koło Musomy. Konieczność wynikająca z rzadkiej w wiejskich terenach znajomości drugiego oficjalnego języka Tanzanii, angielskiego. Język swahili da się polubić... Mam nadzieję, że da się też go nauczyć. Szkołę prowadzi polski misjonarz, ks. Edward Gorczaty.

Wokół dyspensarium na okolicznych uliczkach i ścieżkach oraz na podwórkach widać wiele chorych osób. Szczególnie dotyka widok chorych dzieci, z którymi nikt do dyspensarium nie przyjdzie. I nie do końca chodzi o pieniądze... Konieczna jest tu zmiana sposobu myślenia ludzi. Duże pole do popisu dla promocji zdrowia... Mam nadzieję, że uda się przełamać powszechny tu tryb myślenia. To jest po prostu Afryka: ogólna niemoc i bierna postawa ludzi myślących tylko o dniu dzisiejszym... Pozdrawiam...

mgr Mateusz Cofta

Książki dostępne są w czterech językach: arabskim, angielskim, francuskim oraz portugalskim.

Projekt ten jest finansowany m.in. dzięki organizacjom międzynarodowym i fundacjom charytatywnym, jak również przez organizacje pozarządowe. W przybliżeniu około 1.800 bibliotek zostało już zamówionych i rozesłanych do 79 krajów, głównie w Afryce. Przeszkolono też 530 lokalnych pracowników w danych ośrodkach zdrowia.

Do rozpowszechnienia dodatkowej liczby bibliotek WHO, dzięki którym podniesiony zostanie poziom wiedzy medycznej personelu pracującego w ośrodkach zdrowia, potrzeba ciągle nowych funduszy. Koszt jednej biblioteki to około 2.000 US$. Pamiętać należy, iż w tej cenie nie jest zawarty koszt transportu.

W wielu krajach prowadzone są różnego rodzaju akcje, które mają na celu zarówno poinformować społeczeństwo o projekcie Biblioteki WHO jak i pozyskać środki na ich zakup. Dzięki zaangażowaniu wielu osób, rodzin i przyjaciół możliwe jest wysyłanie każdego roku coraz większej liczby Niebieskich Bibliotek.

Również centrum zdrowia w Kiabakari, które powstało m.in. dzięki Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio, zainteresowane jest projektem Biblioteki WHO. Jak Państwo widzicie koszty zakupu są dość wysokie. Jesteśmy jednak przekonani, że biblioteka ta pomoże miejscowemu personelowi w Kiabakari w doskonaleniu swojej wiedzy medycznej, co jest tak ważne dla jeszcze lepszego leczenia pacjentów w nowo otwartym ośrodku zdrowia.

Jeżeli ktoś z Państwa byłby zainteresowany pomocą w tej sprawie, prosimy o kontakt pod adresem:

medicus@ump.edu.pl

lub

piotrzawieja@wp.pl

lub

w Biurze Fundacji

Z MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL

W październiku i listopadzie 2008 odbyły się dwa spotkania Zarządu Medicus Mundi International. Spotkania skupiły się głównie na ustaleniu planu działania na rok 2009, a także strategii pozyskiwania kolejnych partnerów do współpracy.

10 października 2008
Fatebenefratelli General Curia, Rzym

Zarząd zwrócił szczególną uwagę na kwestię pozyskiwania nowych członków organizacji oraz stworzenia pełnej dokumentacji dotyczącej Medicus Mundi International, która byłaby wizytówką organizacji dla przyszłych partnerów. W zależności od statusu i wielkości organizacji, zainteresowanych współpracą z MMI, będą one przystępować do współpracy na zasadzie członka MMI lub partnera tematycznego.

Omówiono również zaangażowanie MMI w badania rozwojowe, które wymagają powstania nowego funduszu. Jednym z elementów dyskusji było ustalenie zasad współpracy z WHO. Przedstawicielem MMI w rozmowach z WHO jest Guus Eskens, prezydent MMI, który we wrześniu został zaproszony na spotkanie „Renewing and Enhancing Collaboration with NGOs Towards a Shared Agenda".

Sprawą otwartą pozostaje kwestia nawiązania oficjalnych stosunków z Watykanem. Zarząd omówił plusy i minusy współpracy, ale w związku z różnym profilem NGOs zrzeszonych w MMI, odłożono dalsze decyzje na koniec roku 2009.

Na spotkaniu omówiono także: pracę Sekretariatu, mieszczącego się od tego roku w Szwajcarii, w siedzibie Medicus Mundi Switzerland, plan działania Grup Roboczych, a także zaznaczono już potrzebę przygotowania wyborów Zarządu w roku 2010.

Thomas Schwarz, sekretarz MMI, zaprezentował nową platformę internetową Medicus Mundi International, która ma promować działalność MMI. Każda organizacja członkowska może umieszczać na niej swoje informacje, obecnie w języku angielskim, ale planowane jest tłumaczenie strony także m.in. na język niemiecki, włoski, polski, hiszpański i suahili.

21 listopada 2008, Aachen

Spotkanie rozpoczęło się warsztatami, w których wzięło udział 30 osób z organizacji współpracujących z Medicus Mundi International. Warsztaty otworzył Prezydent MMI – Guus Eskens krótkim wprowadzeniem na temat działalności Medicus Mundi International. Punktem centralnym obrad była prezentacja Dr Gisele Schneider „Health challanges for Church related health services in the 21st century". Dr Schneider prześledziła rozwój opieki zdrowotnej w Krajach Trzeciego Świata, rozpoczynając od czasu Deklaracji z Ałma Ata. Dr Schneider zwróciła w swojej prezentacji również uwagę na problem emigracji personelu medycznego, wykształconego w krajach afrykańskich, który często przenosi się do Europy lub Ameryki Północnej.

Nina Urwantzoff przedstawiła krótki wykład „The importance of health program within Misereor's fight against poverty and powerlessness", natomiast Guus Eskens przedstawił rezultaty spotkania dotyczącego współpracy pomiędzy WHO a organizacjami pozarządowymi. Warsztaty zakończyła godzinna dyskusja.

W spotkaniu Zarządu uczestniczyli także przedstawiciele Instytutu Medycyny Tropikalnej w Antwerpii – Delphine Boulenger i Bart Criel. Na spotkaniu m.in. zatwierdzono raport z Rzymu, ustalono kolejne spotkania EB na rok 2009, omówiono program General Assembly WHO w Genewie, wyrażając chęć zorganizowania tam również krótkich warsztatów MMI. Tematem rozmów były również Grupy Robocze MMI oraz rozwój platformy internetowej organizacji

Justyna Polowy
wiceprezes Fundacji

STOP MALARIA NOW !

STOP MALARIA NOW!

An African-European Initiative

Program Stop Malaria Now! to zaplanowana na dwa lata afrykańsko-europejska inicjatywa, skupiająca dziewięć organizacji pozarządowych, zajmujących się pomocą humanitarną. Inicjatywa jest wspierana i współfinansowana przez Unię Europejską. Celem kampanii jest wytworzenie w Europie świadomości dramatycznego rozprzestrzeniania się w Afryce zagrażającej życiu malarii. Inicjatywa Stop Malaria Now! ma unaocznić, jak katastrofalne społeczne i gospodarcze szkody wywiera ta choroba na kontynencie afrykańskim. Malarii nie uda się wyeliminować całkowicie, jednak można i należy ją efektywnie kontrolować. Kampania Stop Malaria Now! zabiega o wydajną infrastrukturę systemów ochrony zdrowia w regionach zagrożonych malarią oraz o możliwość produkcji leków przeciwmalarycznych w krajach o największym zapotrzebowaniu. Działalność Inicjatywy Stop Malaria Now! jest częścią światowej akcji walki przeciwko biedzie oraz krokiem do realizacji Milenijnych Celów Rozwoju określonych przez ONZ w roku 2000.

Stop Malaria Now! jest porozumieniem 9 organizacji pozarządowych: z Niemiec (Action Medeor, Eine Welt Netz), Włoch (Doctors with Africa CUAMM, Medicus Mundi Italy), Kenii (Kenia NGO Alliance Against Malaria), Hiszpanii (Medicus Mundi Spain), Szwajcarii (Medicines for Malaria Venture) i Polski reprezentowanej przez Polską Misję Medyczną oraz Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" – Medicus Mundi Poland.

Konferencja „Zwalczanie malarii w kraju i na misjach"

W ramach programu Stop Malaria Now! w niedzielę 28 września 2008 roku w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UM przy ul. Przybyszewskiego w Poznaniu odbyła się konferencja pt. „Zwalczanie malarii w kraju i na misjach".

Organizatorami tego wydarzenia była Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" przy współpracy z Katedrą i Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Była to konferencja satelitarna V Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Choroby Tropikalne i Pasożytnicze, zorganizowanej przez Klinikę następnego dnia.

Wydarzenie to skierowane było do szerokiego grona odbiorców, nie tyko ze świata medycznego. Uczestniczyło w nim 60 osób, głównie ludzi młodych. Tematyka wykładów poruszała w głównej mierze aspekty malarii jako choroby tropikalnej. Pierwszy wykład wprowadzający w tematykę konferencji wygłosił prof. Zbigniew Pawłowski – inicjator wydarzenia. Lek. Piotr Zawieja – Prezes Fundacji – przedstawił program Stop Malaria Now! Dalsze wykłady poprowadzili lekarze z Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM.

(ciąg dalszy na str. 13)

Uczestnicy konferencji w Poznaniu na tle baneru stop malaria now!

STOP MALARIA NOW!

„Szczecinek dla Afryki”

Koncert charytatywny Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio

21 listopada 2008 w auli I Liceum Ogólnokształcącego im. Ks. Elżbiety w Szczecinku odbył się koncert z aukcją charytatywną. Gwiazdą wieczoru był afrykański zespół Ricky-Lion & Bongo-Bongo. Inicjatorami przeprowadzenia takiej akcji byli lek. Agnieszka Łuczak i Bartosz Dubrowski – rodowici szczecinetczanie, absolwenci Liceum, wolontariusze Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio.

Jako wolontariusze Fundacji, absolwenci I LO oraz mieszkańcy Szczecinka, Agnieszka Łuczak i Bartosz Dubrowski postanowili zorganizować akcję „Szczecinek dla Afryki”, której celem było promowanie pomocy humanitarnej oraz zaznajomienie mieszkańców z problemami krajów rozwijających się. Nie mniej ważnym aspektem całej akcji była zbiórka środków opatrunkowych, przyborów szkolnych oraz środków pieniężnych.

„Szczecinek dla Afryki” to cykl imprez kulturalno-oświatowych, które odbyły się w dniach 17-21 listopada 2008 roku. Cykl wydarzeń obejmował wykłady wolontariuszy (studentów medycyny i młodych lekarzy – naszych wolontariuszy), wystawę zdjęć Agnieszki Łuczak z praktyk medycznych w Kamerunie, i podsumowanie akcji – koncert afrykańskiej grupy połączony z aukcją charytatywną. Uczniowie szczecineckich szkół przeprowadzili zbiórkę środków opatrunkowych, leków i przyborów szkolnych. Po koncercie wieńczącym akcję zorganizowano dyskotekę w rytmach afrykańskich dla młodzieży z Liceum.

Program imprezy obejmował przedstawienie Naszej Fundacji przez p.o. prezesa lek. Piotra Zawieję oraz omówienie programu STOP MALARIA NOW!, w którym uczestniczy Fundacja. Następnie lek. Agnieszka Łuczak opowiedziała o swojej misji w Ośrodku Zdrowia w Garoua-Boulai w Kamerunie. Ponad dwustuosobowa widownia nagrodziła gromkimi brawami sprawozdanie połączone z fotorelacją z wyjazdu Agnieszki. Zaproszeni goście mieli możliwość wzięcia udziału w aukcji charytatywnej. Licytowano 11 oryginalnych przedmiotów przywiezionych przez wolontariuszy ze swoich wypraw, 3 grafiki studenta ASP w Poznaniu i 3 obrazy poznańskich malarek. Podczas koncertu zbierano również datki do puszek. W nagrodę za okazaną pomoc, złote serca i hojne darowizny widownia obejrzała koncert zespołu Ricky-Lion & Bongo-Bongo, zespół bawił szczecinecką publiczność przez ponad godzinę. W trakcie całej imprezy wykonywano również zdjęcia uczestników z „komarem”, które zostaną przedstawione na oficjalnej stronie programu STOP MALARIA NOW! (www.stopmalarianow.org) jako dowód poparcia akcji „pokaż swoją twarz w walce z malarią”.

Patronami Honorowymi akcji „Szczecinek dla Afryki” zostali Burmistrz Szczecinka Jerzy Hardie-Douglas i Starosta Powiatu Szczecineckiego Krzysztof Lis. Gospodarzem całej akcji było szczecineckie I LO im. Ks. Elżbiety – z jakże pozytywnie nastawionym do całej akcji dyrektorem, panem Jerzym Kanią. Oczywiście koncert nie odbyłby się bez pomocy sponsorów. Pomocną dłoń wyciągnęli: Urząd Miasta w Szczecinku, Starostwo Powiatowe w Szczecinku, firma Podimed, firma Wektra, firma ZNAK-POL, firma Blanko, firma Geocom, firma Centropłyt, restauracja „W Piwnicy”.

Przedmioty przeznaczone na aukcję. Łączna kwota wylicytowanych przedmiotów wyniosła 3.980 zł

Duża frekwencja podczas koncertu była miłym zaskoczeniem – aula I Liceum Ogólnokształcącego w Szczecinku

STOP MALARIA NOW! – Organizatorzy imprezy z komarem „Pokaż swoją twarz w walce z malarią”. Od lewej: lek. Piotr Zawieja, lek. Agnieszka Łuczak i Bartosz Dubrawski

Akcję „Szczecinek dla Afryki” promowały wszystkie szczecineckie media – Tv Gawex, Tv Zachód, Radio Eska, Dwutygodnik Temat i Głos Koszaliński. Nadmienić trzeba, iż relacja z koncertu została również wyemitowana w TVP3 Oddział Szczecin. O całej akcji można znaleźć dużo informacji w sieci.

A oto rezultaty akcji „Szczecinek dla Afryki”

„Z przedmiotów wylicytowanych na aukcji zebraliśmy 3.980 zł, z puszek 530 zł. Poza zebranymi pieniędzmi podczas finałowego koncertu, nowi sympatycy Fundacji przekazali nam środki na organizację koncertu. Po odliczeniu wszystkich kosztów łączna suma z aukcji, puszek i wpłat przekroczyła 6.000 zł.

Jesteśmy ogromnie z tego zadowoleni. Za tę kwotę zakupimy moskitiery i leki, które wyślemy do ośrodków misyjnych w Kamerunie (Siostry Dominikanki Garoua-Boulai), Ugandzie (Zgromadzenie Córek Bożej Miłości Ruschooka-Kabale), Tanzanii (Centrum Zdrowia Kiabakari) i Kenii (Siostra Ewa Interewicz-Huruma).

Przybory szkolne trafią do Ośrodka dla dzieci głuchoniemych w Bertoua – Kamerun. Szacujemy, że przedmioty zebrane przez uczniów szczecineckich szkół są warte ok. 1.500 zł – podsumowują wolontariusze.

Jeden z najmłodszych uczestników imprezy na zdjęciu z komarem

Można śmiało stwierdzić, że Szczecinek pomógł Afryce. Agnieszka Łuczak i Bartosz Dubrowski zapewniają, iż nie była to ostatnia tego typu akcja w Szczecinku.

„Spotkaliśmy się z pozytywnym odbiorem całej akcji, z wyrazami uznania i szacunku. Widzimy, że w Szczecinku jest dobry klimat do organizowania takich szczytnych imprez. Jesteśmy zadowoleni z wyników i zapewniamy o naszej gotowości do kolejnych wyzwań tego typu” – mówili Agnieszka i Bartek.

Tekst i zdjęcia: Bartosz Dubrowski

„Zitu tala – zitu tala” śpiewał Ricky Lion. Dobre brzmienie nadawały afrykańskie bębny, ale i gitary basowe

Ricky Lion & Bongo – Bongo, dyrektor Jerzy Kania z żoną, grono pedagogiczne i nasi wolontariusze

STOP MALARIA NOW !

Co nowego w malarii?

Plasmodium knowlesi, piąty gatunek Plasmodium występujący u człowieka

Od 1930 roku, dzięki pracy dr Knowles i White wiadomo, że *P. knowlesi*, pasożyt małp, może zarażać człowieka. Później stwierdzano, że występowanie *P. knowlesi*, o ile nawet występuje sporadycznie u człowieka, nie stanowi problemu klinicznego i epidemiologicznego w Malezji. Jednakże ostatnio stwierdzono, że zarażenia *P. knowlesi* są powszechne w rejonach Sawah i Sarawak na wyspie Borneo; 70% przypadków malarii w szpitalach na Borneo jest wywołanych tym pasożytem. Podobne przypadki notuje się w Tajlandii, na Filipinach i w Singapurze.

Malaria wywołana przez *P. knowlesi* przenoszona jest przez komary grupy *Anopheles leucosphyrus*, bytującego na górnym piętrze lasów tropikalnych Azji południowo-wschodniej. Mikroskopowo *P. knowlesi* może być mylone z *P. malariae*, ale – w przeciwieństwie do czwartaczki – parazytemia *P. knowlesi* rozwija się szybciej, a przebieg kliniczny tej malarii jest bardziej gwałtowny i bywa śmiertelny. Pewne rozpoznanie stawia się przy pomocy badania technikami molekularnymi (PCR) i immunologicznymi (wiązanie przeciwciał monoklonalnych, immunochromatografia – patrz opis w tekście oryginalnej publikacji). Wskazane byłoby umożliwienie wykrywania *P. knowlesi* przy pomocy szybkich testów paskowych (T. F. McCutchan i wsp., Emerging Infectious Diseases: www.cdc.gov/eid 2008, 14, (11): 1750-1752).

Leczenie malarii o ciężkim przebiegu przy pomocy podawanego dożylnie artesunatu

Każdego roku rejestruje się w Europie około 8.000 zgłoszonych przypadków malarii wywołanej przez *P. falciparum*. Dotychczas standardowym leczeniem malarii złośliwej było dożylne podawanie chininy, nie pozbawione niepożądanych objawów i czasem nieskuteczne. Lek artesunat, rozpuszczalna w wodzie pochodna artemizyny, jest uważany za wysoce skuteczny i dobrze tolerowany. W ciągu kilku godzin znacznie obniża on parazytemię i znacznie redukuje zdolność zarażonych krwinek do przylegania do innych komórek. Można oczekiwać pewnej oporności na artesunat na pograniczu Tajlandii i Myanmaru, ale nie występuje ona u chorych zarażonych w zachodniej Afryce. Jak wynika z opisu 9 przypadków leczonych w Norwegii w latach 2006-2008 lek był skuteczny i dobrze tolerowany. Dożylny artesunat jest dostępny z IDIS Pharma (www.idispharma.com); z CDC, Atlanta (www.cdc.gov./ malaria/features/artesunate_now_available.htm).

Produkt chiński z Guilin Pharmaceutical, Guangxi jest stosowany wyłącznie w Azji, gdyż nie uzyskał europejskich certyfikatów. Szczegóły dawkowania patrz: K.Mørch i wsp. Emerging Infectious Diseases; www.cdc.gov/eid 2008, 14 (11) 1816-1818.

Deforestacja zwiększa transmisję malarii na płaskowyżach Kenii

Badania przeprowadzono na płaskowyżu 1.500 m npm w zachodniej Kenii. Stwierdzono, że na terenach poddanych deforestacji (8% areału w ciągu 10 lat) i zamianie ich na pola uprawne zwiększa się temperatura i wilgotność lokalnego środowiska. Sporozoity pasożyta rozwijają się u komara w krótszym czasie. Tym samym zwiększa się o 78% możliwość transmisji *P. falciparum* przez komary *A. gambiae* na płaskowyżu zachodniej Kenii. Pozostaje ona jednakże około 8 razy niższa niż na niżej położonych terenach Kenii. Podobna sytuacja może mieć miejsce w górach Usambara w Tanzanii i na płaskowyżu Ugandy. Y. A. Afrane i wsp. Emerging Infectious Diseases; www.cdc.gov/eid 2008, 14 (10) 1533-1538.

Meflochina nadal często stosowana w chemioprofilaktyce malarii

Obecnie 3 leki są zalecane przez WHO do stosowania w profilaktyce malarii: meflochina, atowakwon/proguanil – Malarone oraz doksycyklina. Cechuje je podobna skuteczność, ale odmienne dawkowanie, różne objawy niepożądane i cena.

	Stopień protekcji	Objawy niepożądane	w tym wymagające konsultacji	Koszt leku/tydzień
meflochina	90%	88% *	11%	34 CHF #
Malarone	90%	81% **	7%	127 CHF
doksycyklina	90%	83% ***	6%	43 CHF

* niepokój, dręczące sny, depresja, zawroty głowy, bóle głowy
** nudności, biegunki, owrzodzenia jamy ustnej
*** podrażnienie pochwy, nadmierna reakcja na opalanie
\# 1 CHF odpowiada obecnie 2,50 zł

Szczegółowe badania przeprowadzono w latach 2003-2004 w części francuskiej Szwajcarii, która oficjalnie nie preferuje żadnego z ww. leków.

Spośród 1073 osób podróżujących, korzystających z konsultacji w jednym gabinecie prywatnym lub w dwóch ośrodkach specjalistycznych:

- 45% pacjentów stosowało meflochinę,
- 21% – Malarone,
- 18% – doksycyklinę,
- 5% nie stosowało leków profilaktycznie, a
- 11% nie potrafiło odpowiedzieć, jaki lek pobierało.

Wiek badanych wynosił średnio 36 lat (w tym 24% ponad > 50 lat); długość pobytu w tropiku najczęściej (41,2%) – 2 tygodnie; 81% wyjeżdżało do Afryki, 15% do Azji, 4% na inne kontynenty; 74% było Szwajcarami; zawody intelektualne posiadało 33%, techniczne – 38%, rolnicze lub robotnicze – 9%, studenci i emeryci po 10%. Chemioprofilaktykę stosowało poprzednio aż 51% badanych.

Pacjenci byli dokładnie informowani o każdym z leków i dokonywali własnego wyboru, który był analizowany pod koniec badań. Ostateczny wybór leku był dokonywany przez lekarza w czasie konsultacji i po ponownej rozmowie z pacjentem oraz po wykluczeniu ewentualnych przeciwwskazań. Objawy uboczne notowano podczas wizyty po powrocie z tropiku. Wyniki badań były następujące:

	Wybór dokonany	
	przez pacjenta	przez lekarza
meflochina	45%	50%
Malarone	21%	24%
doksycyklina	19%	19%
lek nieznany	11%	
bez leku	4%	6%

Jakkolwiek wybór leku przez pacjenta jest liczbowo podobny do ostatecznego zalecenia lekarza, to jednak często ulegał on zmianom po konsultacji z lekarzem. Aż 47% pacjentów zmieniło swój wybór po konsultacji z lekarzem; dotyczyło to zwykle obecności przeciwwskazań na meflochinę i wyboru Mephaquine (a nie Lariamu), która spośród tych dwóch preparatów meflochiny jest tańsza (34 CHF w miejsce 47 CHF). Pacjenci często kierowali się mniejszym prawdopodobieństwem objawów niepożądanych (33%) i ceną leku (21%). Pewne znaczenie miało ich własne poprzednie pozytywne doświadczenie (15%); pacjenci chętnie (65%) wracali do meflochiny, o ile ją kiedyś stosowali. Mniejsze znaczenie miały dla pacjenta odmienne dawkowanie leku i całkowity czas jego podawania (odpowiednio 9% i 6%). Pacjenci młodsi (21-40 lat) częściej korzystali z meflochiny, a kobiety – rzadziej z doksycykliny, preferując Malarone; ten z kolei miał mniejsze powodzenie u osób z niższych warstw socjo-ekonomicznych, prawdopodobnie z uwagi na cenę leku. Malarone był częściej stosowany przez lekarza prywatnego niż w ośrodkach specjalistycznych.

Badania potwierdziły poprzednie sugestie autorów, że meflochina jest nadal często wybieranym przez pacjentów i lekarzy lekiem profilaktycznym, pomimo że swego czasu miała ona złą reputację w publikacjach medycznych i niemedycznych. Jednakże w 1/3 przypadków wybór meflochiny przez pacjenta nie mógł być zaakceptowany przez lekarza z uwagi na istniejące przeciwwskazania do jej stosowania. N. Senn i wsp. A. J. Trop. Med. Hyg. 2007, 77, 1010-1014.

Malarone coraz częściej stosowany w Australii

Australia została uznana za wolną od rodzimej transmisji malarii w roku 1981. W roku 2005 zarejestrowano w Australii ponad 800 przypadków zawlekanej malarii, w tym około 1/3 zarażeń *P. falciparum*. Ostatnio dokonano analizy leków przepisywanych w profilaktyce malarii. Wnioski z tej analizy są następujące: w ciągu ostatnich 15 lat nastąpił radykalny spadek zużycia leków zawierających proguanil, chlorochinę i pirymetaminę. Dwukrotnie rzadziej zalecano związki chininy. Przepisywanie meflochiny, po chwilowym spadku, znowu staje się popularne. Wzrasta natomiast znacznie częstość zapisywania Malaronu (atokwanon i proguanil), zalecanego przez biura podróży w roku 2005; był on przepisywany – 8.418 razy. Doksycyklina jest często stosowana przez podróżujących do rejonów, w których malaria wykazuje oporność na wiele leków. Artemeter z lumefantryną jest w Australii dostępny, ale bywa rzadko stosowany w profilaktyce malarii (P. A. Leggat. J. Travel Medicine 2008, 15 (5) 302-306).

Jakie leki zapobiegające malarii zapisywać ?

TropNetEurope podjął się zadania analizy (A Delphi Metod Analysis) stosowania leków stosowanych w zapobieganiu malarii. Celem badań jest uzgodnienie w skali europejskiej decyzji o wyborze leków do stosowania w praktyce i sprawdzenie wartości techniki Delphi w opracowaniu takich wskazań. Trudno streszczać obszerną publikację z J.Travel Med. 2008, 15: 294-301; osoby zainteresowane powinny ją przeczytać w całości.

Czy możemy spodziewać się powrotu rodzimej malarii w Polsce?

Czy możemy spodziewać się powrotu rodzimej malarii w Polsce i w Europie w związku ze zmianami klimatycznymi w świecie? Prof. T. H. Dzbeński z Zakładu Parazytologii Lekarskiej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego dokonał analizy sytuacji epidemiologicznej malarii w Polsce w przeszłości i obecnie. Na jej podstawie stwierdza, że samo podwyższenie się globalnej temperatury nie wystarcza, aby rodzime zarażenia Plasmodium pojawiły się na szerszą skalę na terytorium Polski. Mogłoby to jednak nastąpić w warunkach znacznej dezorganizacji służb publicznych i masowej migracji ludzi związanych z wojną lub klęskami naturalnymi [Wiadomości Parazytologiczne, 2008, 54 (3), 205-211].

Moskitiera w chacie murzyńskiej – Tanzania

Ile moskitier w Tanzanii?

Według rollbackmalaria.org/countryaction/Tanzania.html, na przestrzeni ostatniej dekady notuje się znaczny wzrost korzystania z moskitier w Tanzanii:

	1999	2000-2001	2005-2006
% domostw z co najmniej jedną moskitierą jakiegokolwiek typu	30	37	46
% domostw z co najmniej jedną moskitierą nasączoną insektycydem ITN	1		23
% dzieci do lat 5 śpiących pod moskitierą ITN	2		16
% dzieci do lat 5 z gorączką otrzymujących jakikolwiek lek przeciwmalaryczny	53		58
% dzieci jak wyżej leczonych w ciągu 24 godzin			51
% kobiet otrzymujących co najmniej 2 dawki leku przeciwmalarycznego w ciąży			22
% kobiet w ciąży w wieku 15-49 lat śpiących pod moskitierą			16

Wybrał, tłumaczył i streścił:
prof. Zbigniew Pawłowski

STOP MALARIA NOW !

Jak uniknąć malarii i innych chorób przenoszonych przez komary

Publikacja dostępna na stronie International Society of Travel Medicine w zakładce *Multi-language handouts; www.istm.org*

Co to jest malaria?

Malaria jest chorobą przenoszoną do organizmu człowieka w wyniku ukąszenia przez zarażonego komara. Zazwyczaj powoduje wysoką gorączkę, dreszcze, bóle głowy oraz uogólnione bóle całego ciała. Pasożyt, po wniknięciu do organizmu człowieka, poprzez krew trafia do wątroby. Osoba zarażona nie przejawia objawów choroby, dopóki pasożyt nie wydostaje się z wątroby; może pozostawać w niej przez bardzo długi czas. Pasożyt *Plasmodium falciparum* – wywołujący groźny dla życia, najcięższy typ malarii – zazwyczaj wydostaje się z wątroby w ciągu dwóch tygodni od ukąszenia przez komara.

Dlaczego malaria jest tak poważnym problemem?

Nie istnieje szczepionka, która ochroni cię przed malarią. Malaria może spowodować poważną chorobę, a nawet śmierć, zwłaszcza u dzieci do lat 5 i osób nieuodpornionych. Do zgonu może dojść już w ciągu 12 godzin od wystąpienia pierwszych objawów. Dlatego jest bardzo ważne, by zrobić wszystko, co można, by zapobiec malarii, włączając w to unikanie narażenia na ukąszenia komarów i przyjmowanie leków podczas podróży oraz przez pewien czas po powrocie.

Czy to, że w przeszłości przeszedłem malarię oznacza, że jestem przed nią chroniony?

Ludzie wytwarzają częściową odporność na malarię, jeśli chorowali na nią wielokrotnie w przeszłości. Jednak odporność ta mija szybko, zazwyczaj w ciągu roku lub dwóch lat od ostatniego epizodu malarii oraz w ciągu miesiąca od opuszczenia rejonu malarycznego. Możesz nie być chroniony przed malarią, nawet jeśli w przeszłości chorowałeś na nią wiele razy.

Jak mogę chronić się przed ukąszeniami komarów?

Jest wiele sposobów zapobiegania ukąszeniom komarów. To ochroni cię nie tylko przed malarią, ale może zapobiec innym poważnym chorobom, jak żółta gorączka, japońskie zapalenie mózgu i gorączka denga. Komary, które przenoszą malarię, na ogół kąsają od zachodu aż do wschodu słońca, ale komary, które kąsają w ciągu dnia, mogą powodować inne zakażenia, więc ich również należy unikać.

Niektóre proste sposoby na uniknięcie ukąszeń komarów:

- Noś odzież ochronną (koszule z długimi rękawami oraz długie spodnie).
- Klimatyzacja, która odstrasza komary, okna, które można zamykać lub okna z nieuszkodzoną siatką pomagają w zmniejszeniu liczby ukąszeń.
- W nocy, kiedy jest to możliwe, stosuj moskitierę nad łóżkiem. Najlepiej, jeśli jest ona impregnowana środkami chemicznymi, insektycydami (ITN – insecticide treated bednet). Możesz kupić gotowe moskitiery już nasączone insektycydami lub zastosować permetrynę. Dostępne są również namioty, które są bardziej kosztowne, ale bardzo wygodne i można je kupić w sklepach ze sprzętem biwakowym lub przez internet.

Ważne jest stosowanie repelentów. Najskuteczniejszym repelentem odstraszającym komary jest DEET (N,N-dietylmetatoluamid). Ważne jest również, by używać środków zawierających 25-50% roztwór DEET. Są one szeroko dostępne w większości aptek, w sklepach z artykułami spożywczymi i z artykułami podstawowymi. Istnieje wiele marek (tj. *Repel, Off, Cutters*). Zwróć uwagę na skład preparatu wymieniony na opakowaniu produktu i upewnij się, że zawiera DEET w odpowiednim stężeniu. Istnieją preparaty DEET dostępne jako płyny o stopniowym uwalnianiu (*Ultrathon*, Sawyer). Mogą one zawierać mniej niż 25% DEET, ale są skuteczne. DEET powinien być stosowany co 4-6 godzin oraz w szczególności przed pójściem spać. Jest bezpieczny dla dzieci i dla kobiet w ciąży, ale należy być ostrożnym, by nie dostał się do oczu lub do ust (należy uważać i nie nakładać go na ręce lub okolice oczu u małych dzieci).

Aby uzyskać najlepszą ochronę, powinieneś zabezpieczyć odzież permetryną oraz stosować DEET na skórę. Permetryna jest bezpieczna i kiedy odzież zostanie właściwie nią potraktowana, jedno zastosowanie wystarczy na wiele tygodni. W USA permetryna jest dostępna w sklepach ze sprzętem biwakowym oraz można ją nabywać poprzez internet. Najlepszym sposobem zabezpieczenia odzieży jest zakup zestawu, który można przygotować samemu i zanurzyć w nim ubrania. Jeśli masz jakieś pytania, poproś lekarza lub pielęgniarkę o pomoc. Dostępne są również inne repelenty, ale wiele z nich nie chroni tak długo i nie dają takiej gwarancji bezpieczeństwa, jak DEET.

STOP MALARIA NOW!
An African-European Initiative

(ciąg dalszy ze str. 7)

Była również okazja obejrzenia filmu pt. „Operacja Bangassu", który jest dokumentacją pracy charytatywnej w Republice Centralnej Afryki poznańskich chirurgów z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w roku 2002.

Podczas konferencji została zaprezentowana najnowsza wystawa Fundacji, na którą składają się fotografie lek. Agnieszki Łuczak z pracy w ośrodku misyjnym w Garoua-Boulai w Kamerunie.

Aktywny udział w programie

Każdy może być częścią międzynarodowej kampanii na rzecz walki z malarią. Jest wiele sposobów na zaangażowanie się w działalność programu:

- **Pokaż swoją twarz w walce z malarią!**

Prosimy o wsparcie naszej kampanii na całym świecie i pokazanie swojej twarzy w walce przeciwko malarii rządom krajów Unii Europejskiej. Umieść zdjęcie swoje i swoich przyjaciół na naszej stronie internetowej (www.stopmalarianow.org). Wszystkie zdjęcia zostaną dodane do mozaiki w kształcie Afryki pokazującej ludzi wspierających naszą kampanię. Na zakończenie naszej akcji mozaika zostanie wręczona Komisji Europejskiej oraz przedstawicielom rządów w krajach europejskich. Każde zdjęcie będzie przypominało głowom państw europejskich o obietnicy, którą złożyli i potrzebie włączenia się do walki przeciwko malarii i innym chorobom, które są związane z biedą.

- **Zostań wolontariuszem organizacji biorącej udział w programie!**

Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" zaprasza wszystkich chętnych do zaangażowania się w działania Fundacji i pomoc w organizowaniu akcji w ramach Stop Malaria Now!

- **Zorganizuj akcję w swoim mieście!**

Program Stop Malaria Now! jest otwarty na wszelkie nowe inicjatywy, chętnie pomożemy zorganizować akcje promocyjne, mające na celu dotarcie do jak największej ilości ludzi.

Zapraszamy na stronę www.stopmalarianow.org, na której można dowiedzieć się więcej na temat programu, możliwościach aktywnego udziału w akcji, a także o nowych wydarzeniach dotyczących kampanii.

Justyna Polowy
wiceprezes Fundacji

Czy można stosować DEET na skórę i permetrynę do odzieży dzieci?

Tak. DEET jest bezpieczny dla dzieci. Nie stosuj go jednak częściej, niż napisano na opakowaniu. U małych dzieci nie aplikuj go w okolicy oczu ani na ręce, ponieważ mógłby dostać się do ust. Moskitiery impregnowane insektycydami są bardzo ważne dla dzieci i powinny być stosowane w miejscu snu za dnia i w nocy.

Jakie leki należy przyjmować?

Dostępnych jest kilka leków i powinieneś omówić ze swoim lekarzem lub pielęgniarką, który lek będzie najlepszy dla ciebie i dla twoich dzieci. Jeśli wyjeżdżasz w rejon występowania malarii, niezwykle ważne jest, byś wraz z dziećmi przyjmował leki zgodnie z zaleceniem: zacznij zanim wyruszysz, stosuj je podczas podróży i po opuszczeniu rejonu malarycznego. Pamiętaj, że musisz zakończyć leczenie zgodnie z zaleceniem, najczęściej do miesiąca po opuszczeniu rejonu malarycznego. Zanim opuścisz gabinet lekarza bądź pielęgniarki, upewnij się, że rozumiesz, jak należy przyjmować leki.

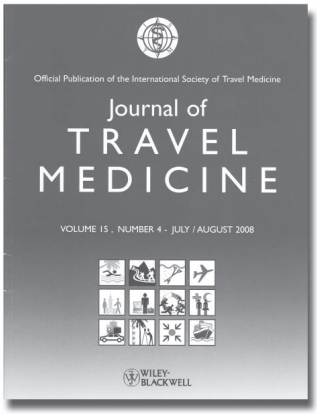
O czym należy pamiętać podczas podróży i po powrocie z niej:

- Stosuj moskitiery, repelenty oraz przyjmuj leki przeciwmalaryczne zgodnie z zaleceniem.

- Jeśli podczas podróży zostanie rozpoznana u ciebie malaria, przyjmuj przepisane leki i dalej lecz malarię po powrocie do kraju.
- Jeśli po powrocie do kraju wystąpi gorączka, nawet do roku po powrocie, natychmiast zgłoś się do lekarza i pamiętaj, by powiedzieć mu o tym, że byłeś w rejonie malarycznym oraz że powinieneś zostać zbadany w kierunku malarii.

Tłumaczenie i opracowanie: mgr Ewa Kaczmarek
Konsultacja: prof. Zbigniew Pawłowski

Odpowiedzialny podróżny – Responsible traveler



Od Redakcji: International Society of Travel Medicine – Międzynarodowe Stowarzyszenie Medycyny Podróży (ISTM) zapoczątkowało program pod nazwą „Odpowiedzialny podróżny". Władze ISTM uważają, że są odpowiedzialne nie tylko za zabezpieczenie zdrowia podróżnych, ale również za zachęcanie ich do poszanowania miejscowej ludności oraz środowiska podczas planowanej podróży. W opracowaniu wytycznych „Odpowiedzialny podróżny" ISTM korzystało z kodeksu etyki Światowej Organizacji Turystycznej (The World Tourism Organization), który promuje zrównoważoną i pełną szacunku turystykę w najbardziej pełnym jej wymiarze. Redakcja przekazuje czytelnikom pełen tekst przewodnika „Responsible Traveler", gdyż uważa, że reprezentuje on oryginalne i nowoczesne sugestie w podejściu do podróży.

ODPOWIEDZIALNY PODRÓŻNY – RESPONSIBLE TRAVELER

KRÓTKI PRZEWODNIK PO KWESTIACH ZDROWOTNYCH I KODEKSIE KULTURY PODRÓŻOWANIA MIĘDZYNARODOWEGO STOWARZYSZENIA MEDYCYNY PODRÓŻY

www.istm.org/publications/resptrav.aspx

Wstęp

Różnice kulturowe, higieniczne i etyczne często stanowią szczególne wyzwania dla podróżujących, niezależnie od tego czy podróżują oni we własnym kraju, czy na innym kontynencie.

Stosowanie środków zapobiegawczych w celu uniknięcia problemów zdrowotnych – na przykład chorób przewodu pokarmowego i różnych infekcji – jest ważne, ale nie chroni przed wszystkimi wyzwaniami, które mogą pojawić się podczas podróży. Poza kwestiami zdrowotnymi, dla podróżujących ważne jest, aby poznali oni podstawowe problemy kraju, do którego podróżują; niezależnie od wzbogacenia własnej osobowości, pozwoli to uniknąć niezamierzonych konfliktów wynikających z okazania braku szacunku dla miejscowej ludności.

Od lat turystyka przynosi miliony bardzo pożądanego zysku krajom rozwijającym się. Oprócz wspierania gospodarki tych krajów, turyści – niestety – często zawlekają tam lub nabywają tam pewne choroby oraz nadużywają cennych tamtejszych zasobów, takich jak woda i elektryczność. Lokalni mieszkańcy często uważają, że ze względu na budowę kurortów i mieszkań własnościowych, turystyka zabiera im wiele niedrogiej ziemi, powodując wzrost kosztów uzyskania mieszkania do poziomu nieosiągalnego dla wielu z nich.

Najważniejsze wytyczne dla odpowiedzialnego podróżującego zostały ujęte w 7 punktach:

1. Bądź dobrze poinformowany

Czy wiedziałeś, że są kraje, gdzie dawanie napiwków jest przyjmowane z dezaprobatą, gdzie siadanie ze skrzyżowanymi nogami jest uważane za niegrzeczne, albo gdzie powinieneś poprosić o pozwolenie, zanim wykonasz fotografię? Im więcej dowiesz się na temat przyjmujących cię krajów, tym bardziej cenne i bezkonfliktowe staną się twoje podróże.

- Wykorzystuj Internet i ogromny zestaw przewodników, aby poznać kodeksy kulturowe i etyczne krajów, które zwiedzasz oraz potencjalne zagrożenia dla zdrowia i wskazówki, jak się tam zachować. Ucząc się i będąc pełnym szacunku dla odmiennego stylu życia i kodeksów kulturowych obowiązujących w innych krajach, pozostaniesz „dobrym sąsiadem", jednocześnie czyniąc podróż bezpieczną, dobrze się bawiąc i wzbogacając swoją wiedzę na temat odwiedzanych krajów.
- Przy szybkim tempie życia w większości zachodnich społeczeństw, może być potrzebne pewne twoje dostosowanie się do wolniejszego, bardziej zrelaksowanego rytmu życia w innym kraju. Uświadomienie sobie, zanim wybierzesz się w podróż, że nierzadko będziesz musiał ćwiczyć swoją cierpliwość, może pomóc Ci w wyeliminowaniu sporej frustracji podczas podróży.
- Miej otwarty umysł. Z chwilą, kiedy opuścisz swój dom, twój tryb życia i niektóre poglądy będą się zmieniać. Jednym z głównych powodów podróżowania jest właśnie poznawanie i doświadczanie na własnej skórze tych ekscytujących różnic.

2. Dowiedz się, co wypada, a co nie

- W wielu krajach etykieta ubioru jest bardziej konserwatywna niż w kulturach Zachodu. Niektóre kraje dezaprobują odsłanianie przez kobiety ramion i nóg. Tak więc, kiedy odwiedzasz te kraje, powinieneś uszanować ich kulturę i stosować się do etykiety ubioru. Publiczne okazywanie uczuć często powoduje zakłopotanie miejscowych mieszkańców. Wyrażanie oznak gniewu również może być postrzegane jako niestosowne.
- Słuchaj, w jaki sposób miejscowi zwracają się do siebie, do ludzi starszych, do osób związanych z religią. Respektując ich tytuły i zwyczaje, możesz uniknąć prowokowania niezamierzonej niechęci.
- Gesty mogą być błędnie interpretowane, bądź mogą mieć odmienne znaczenie w innych krajach. Na przykład wskazywanie palcem przedmiotu lub podczas pytania o drogę jest niekiedy postrzegane jako niegrzeczne. Użycie pełnej dłoni zostanie lepiej przyjęte.
- Bądź świadom i szanuj święta religijne oraz obchody i zwyczaje, które towarzyszą tym wydarzeniom.
- Nie zabieraj pamiątek z miejsc związanych z historią, kulturą, naturą czy archeologią.

3. Szanuj goszczący cię kraj

Wielu ludzi odwiedza kraje rozwijające się dla romantycznego wypoczynku lub przygody. Jednakże kraje te stwarzają szczególne

wyzwania. Musisz być świadomy zdrowotnych i medycznych zagrożeń towarzyszących zwiedzaniu krajów o niedostatecznych warunkach sanitarnych i gorzej rozwiniętej opiece medycznej. Fakt, że możesz zwiedzać egzotyczne miejsca oznacza, że posiadasz dochody zapewniające pewien stopień luksusu, niedostępnego dla wielu rodzimych mieszkańców. Rozumiejąc i szanując różnice socjoekonomiczne między krajami, podróżujący będą mogli bardziej cieszyć się podróżą, zdając sobie sprawę, że poprawi ona sytuację ekonomiczną uboższego kraju.

- Unikaj rzucającego się w oczy okazywania bogactwa lub ostentacyjnego wydawania pieniędzy. Takie zachowania tworzą natychmiastowe bariery i urazę ze strony miejscowej ludności.
- Targuj się tylko wtedy, jeśli jest to akceptowany zwyczaj, ale nie bądź zbyt natarczywy. Dla wielu miejscowych ludzi handel jest jedynym źródłem utrzymania.
- Nigdy nie wykorzystuj mieszkańców goszczącego cię kraju. Wielu pracowników zatrudnionych w turystyce otrzymuje bardzo niewielkie wynagrodzenie za długie przepracowane godziny. Jeśli korzystasz z usług, upewnij się, że zadbano o odpowiednie wynagrodzenie osoby świadczącej usługę – np. przez hotel; jeśli potrzeba, wręcz napiwek stosownie do lokalnych zwyczajów. Okaż wdzięczność tym, którzy ci pomagają; może to sprawić, że twoja podróż będzie przebiegała bardziej komfortowo i płynnie.
- Seks-turystyka i dziecięca prostytucja są praktykami nie do zaakceptowania. Co więcej, są ryzykowne dla podróżujących.
- Wspieraj lokalną społeczność, hotele, restauracje i kościoły, kiedykolwiek to możliwe. Pomoże to państwu pod względem ekonomicznym, a tobie pozwoli pełniej współuczestniczyć w utrzymaniu miejscowej kultury.
- Zminimalizuj wykorzystanie zasobów miejscowych. Nie wymagaj codziennej kąpieli, jeśli woda jest dobrem deficytowym; natrysk zużywa mniej wody.
- Wykorzystuj kilkakrotnie ręczniki i nie oczekuj codziennej wymiany bielizny pościelowej; przyczynisz się tym do zmniejszenia zużycia środków piorących w pralniach.

4. Dbaj o zdrowie

Podczas, gdy ciebie interesują zagrożenia zdrowotne, na które ty jesteś wystawiony, możesz nie zdawać sobie sprawy z tego, że sam też możesz przedstawiać problem zdrowotny dla ludzi w kraju, który odwiedzasz, szczególnie w krajach rozwijających się.

- Choroby przenoszone drogą płciową są szczególnie silnie powiązane z podróżą. Aby ochronić siebie i swojego partnera, unikaj niebezpiecznego seksu.
- W populacjach podatnych na zakażenie, epidemie grypy bywają łączone z turystyką (na przykład na statkach wycieczkowych). Zaszczep się, kiedy jest to wskazane.
- Przeziębienia są powszechnym problemem wśród turystów. Łatwo zarazić innych i siebie w zatłoczonych miejscach, jak na rynku lub w autobusie. Staraj się nie rozsiewać choroby, myjąc ręce wodą z mydłem i ograniczając kontakty osobiste z innymi osobami.
- Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego są bardzo częstą dolegliwością wśród podróżujących. Zabierz ze sobą leki przeciwbiegunkowe, ponieważ w niektórych przypadkach mogą być potrzebne. Staraj się utrzymać podobny poziom higieny jak w domu, z dodatkiem szczególnych zaleceń w odmiennych warunkach sanitarnych.
- Trudne warunki pracy osób zatrudnionych w branży turystycznej mają często poważne następstwa zdrowotne, takie jak odmrożenia w zimnym środowisku czy choroba dekompresyjna u instruktorów nurkowania. Bądź świadomy wystąpienia podobnych problemów zdrowotnych u pracowników i pomóż w zapewnieniu im odpowiedniej opieki medycznej, kiedy będzie potrzebna.
- Przed wyjazdem zasięgnij porady specjalisty medycyny podróży. Dostarczy on porad, jak zachować zdrowie w podróży, zleci i/lub wykona potrzebne szczepienia ochronne oraz zapewni podstawowe leki.
- Pamiętaj, że odwiedzasz dom innych osób. Szanuj je i bądź taktowny, a sprawią one, że twoja podróż będzie przyjemnym i satysfakcjonującym wspomnieniem.

Siedem Wskazówek dla Odpowiedzialnego Podróżnego

1. Bądź dobrze poinformowany

Podróż pozwala nam odkrywać naturalne piękno, historyczne miejsca, a przede wszystkim różnorodność innych społeczności ludzkich. Bądź dobrze poinformowanym podróżnym już przed wyjazdem z domu i odkrywaj to, czego możesz nauczyć się od ludzi, których spotkasz w czasie podróży.

2. Miej otwarty umysł i bądź cierpliwy

Poznawaj inne kultury i warunki życia innych ludzi.

3. Bądź pełen szacunku

Miejscowi ludzie witają cię chętnie. Okaż im wdzięczność i szacunek. Szanuj również lokalne obyczaje, zwracając uwagę na sposób, w jaki się ubierasz, zachowujesz w miejscach kultu religijnego lub okazujesz swoje emocje.

4. Unikaj wyzysku

Jako podróżni jesteśmy odbierani przez społeczności miejscowe jako ludzie zamożni. Bądź hojny, ale w konstruktywny sposób, wspierając miejscową gospodarkę. Wyrażaj dezaprobatę dla wyzysku miejscowej ludności (niskie pensje, przepracowanie, wykorzystywanie dzieci) i nie bierz w nim udziału.

5. Chroń środowisko

Unikaj nadmiernego zużycia wody, marnowania żywności, śmiecenia i niszczenia odwiedzanych miejsc.

6. Pozostaw dobre wrażenie

Twoje pozytywne kontakty z miejscową ludnością ułatwią pobyt tych, którzy przybędą tam po tobie.

7. Szacunek i wzajemne poznawanie się w czasie twojej podróży pozostawią cudowne wspomnienia oraz będą sprzyjały twojemu bezpieczeństwu i zmniejszą zagrożenia zdrowotne!

Tak więc, baw się dobrze i udanej podróży!

Tłumaczenie i opracowanie:
mgr Ewa Kaczmarek
Konsultacja: prof. Zbigniew Pawłowski

Urazy, wypadki i problemy medyczne podczas podróżowania

Od redakcji: dane statystyczne pokazują, że główną przyczyną zgonów podczas podróży do innych krajów są wypadki komunikacyjne. Poniżej przedstawiamy publikację *International Society of Travel Medicine* na temat tego, jak można ustrzec się urazów i wypadków związanych z podróżowaniem.

Dlaczego to takie ważne?

Najpowszechniejszą przyczyną problemów zdrowotnych i zgonów podczas podróży są urazy, nagłe wypadki oraz zawał serca i udar mózgu. Ubezpieczenie na życie zazwyczaj nie obejmuje cię podczas podróży – nie pokryje kosztów opieki w dobrym szpitalu, ani też transportu z powrotem do kraju.

Czy można zrobić coś, by zapobiec nagłym wypadkom i problemom medycznym podczas podróży?

Właściwe decyzje sprawią, że urazy i wypadki staną się mniej prawdopodobne. Oprócz tego, można wykupić ubezpieczenie, które pomoże w uzyskaniu dobrej opieki medycznej i przetransportowaniu do kraju w razie wypadku lub innych poważnych problemów medycznych.

Co można zrobić, aby zapobiec urazom i wypadkom?

Pojazdy mechaniczne są najważniejszą przyczyną urazów i wypadków. Pasy bezpieczeństwa i foteliki dziecięce są niezwykle ważne i powinny być stosowane, kiedykolwiek jest to możliwe. Może zajść potrzeba zabrania ze sobą w podróż fotelika. Duża prędkość, podróżowanie szosą są najbardziej niebezpieczne. Unikaj podróżowania nocą. Staraj się ograniczyć podróżowanie pojazdami mechanicznymi. Motocykle i rowery są szczególnie niebezpieczne i powinno się unikać tego środka transportu. Jeżeli już musisz z nich korzystać, pamiętaj o kasku (będziesz musiał zabrać go ze sobą) i unikaj zatłoczonych dróg. Szczególnie niebezpiecznie jest podróżowanie na tyłach pikapów, przepełnionymi samochodami, autobusami i pociągami.

Fotelik dziecięcy (*The Center for Injury Research and Prevention at The Children's Hospital of Philadelphia*)

W szczególnym niebezpieczeństwie na drodze są dzieci. Należy je bacznie obserwować, a starszym dzieciom należy przypominać, że zasady ruchu drogowego, które znają ze swojego kraju, nie odnoszą się do rejonu, który zwiedzają.

Utonięcia są częstą przyczyną zgonów dzieci. Większość dzieci nie tonie pływając, ale po prostu wpadając do wody. Powinieneś bacznie obserwować dzieci w pobliżu wody, aby być wystarczająco blisko, żeby je w porę uchwycić, jeśli znajdą się w niebezpieczeństwie. Bardzo ważne są świadomość zagrożenia i bycie ostrożnym w pobliżu wody.

Niemowlęta i małe dzieci, które raczkują, mogą dotykać wielu niebezpiecznych przedmiotów, jak kable elektryczne, trutki na szczury; tak więc – znowu – ważne jest przyglądanie się z bliska i sprawdzenie miejsca, w którym się bawią. Pogryzienie przez psy zdarza się szczególnie u dzieci, a do większości ugryzień dochodzi w pobliżu domów rodziny, przyjaciół i chodzenia ulicami.

Co można zrobić, aby uniknąć problemów medycznych?

Niewiele możesz zrobić, by uniknąć mogących wystąpić podczas podróży problemów takich jak zawał serca lub udar mózgu. Jednakże, jeśli cierpisz na chorobę serca, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, chorobę nerek lub inne przewlekłe schorzenie, powinieneś zasięgnąć rady lekarza, zanim wyjedziesz i zabrać ze sobą kopię ważnej dokumentacji medycznej. Dla przykładu, jeśli cierpisz na chorobę serca, powinieneś zabrać ze sobą kopię EKG oraz listę leków. Powinieneś mieć je przy sobie np. na pokładzie samolotu. Od swojego lekarza lub pielęgniarki powinieneś otrzymać pismo potwierdzające, że musisz przyjmować te leki, w razie, gdybyś został zapytany o nie przez celników. Powinieneś nosić leki (w oryginalnych opakowaniach aptecznych) w bagażu podręcznym.

Co jeszcze można zrobić?

Przetransportowanie z powrotem do kraju chorej lub rannej osoby, która nie jest ubezpieczona, może kosztować kilkadziesiąt tysięcy dolarów. Możesz wykupić polisy ubezpieczeniowe, które pomogą ci w razie krytycznej sytuacji podczas podroży, zapewnią właściwą opiekę medyczną oraz pomogą wrócić do domu w razie wypadku lub poważnego problemu medycznego. Możesz skontaktować się z firmą ubezpieczeniową i nabyć ubezpieczenie dla ciebie i dla twojej rodziny na czas trwania podróży.

Tłumaczenie i opracowanie:
Ewa Kaczmarek

Kafejka internetowa

Medecins Sans Frontieres utworzyli stronę internetową na temat badań prowadzonych w krajach rozwijających się:

http://www.fieldresearch.msf.org

Strona umożliwia bezpłatny dostęp do pełnego tekstu publikacji, streszczeń zjazdowych, opisu programów prowadzonych przez MSF i partnerów zaangażowanych w te programy.

* * *

International Pharmaceutical Federation, reprezentująca 2 miliony farmaceutów na całym świecie, zorganizowała ostatnio ciekawą konferencję na temat udziału farmaceutów w opiece szpitalnej:

http://www.fip.org/globalhosp

* * *

World Association for Christian Communication spotkało się w sierpniu 2008 na kongresie w Cape Town, RPA:

http://www.waccglobal.info

* * *

Canadian Society for International Health (CSIH) zorganizowało ostatnio konferencję: *Health for All or Health for Some?*

http://www.csih.org/en/ccih/index.asp
http://www.fip.org/globalhosp

* * *

TROPED, sieć 27 instytutów tropikalnych z 13 krajów europejskich, oferuje wspólnie organizowany pięcioletni kurs *Masters Curriculum In International Health* (MIH):

http://www.troped.org

* * *

Information and Communication Technologies (ICT) w Afryce: telemedycyna, teleedukacja, teledemokracja planuje w grudniu 2008 kongres w Yaounde, Kamerun:

http://www.icitd.com/ictaafrica2008

* * *

EQUINET planuje we wrześniu 2009 regionalną konferencję na temat: Equity In Health In East and Southern Africa:

http.://www.equinetafrica.org/meetings.php

* * *

WHO Department of Human Resources for Health przygotował *Global Atlas of the Health Workforce*, 2008:

http://www.who.int/globalatlas

* * *

Technical Working Group on Human Resources for Health, sponsorowana przez U.S.Agency for International Development, wydaje interesujący miesięcznik HOTLINE HRH:

http://www.imaworldhealth.org

„Equal opportunities for health: action for development" – projekt CUAMM w Padwie

Realizowany od prawie półtora roku przez organizację Medici con l'Africa, działającą przy Collegio Universitario Asspiranti Medici Missionari (CUAMM), przy współudziale m.in. Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio", projekt „Equal opportunities for health: action for development" dobiega końca. Projekt służy popularyzowaniu problematyki zdrowia globalnego w Europie, przede wszystkim we Włoszech, co w rezultacie powinno przyczynić się do zwiększenia pomocy dla misyjnych ośrodków zdrowia.

CUAMM jest jednostką Uniwersytetu w Padwie, przygotowującą studentów różnych kierunków studiów, przede wszystkim medycyny, pielęgniarstwa, fizykoterapii etc., do podjęcia pracy w ośrodkach zdrowia (przede wszystkim misyjnych) w krajach Afryki. CUAMM utworzone zostało z inicjatywy Fundacji Franciszka Ksawerego w dniu 3 grudnia 1950 r. i początkowo było finansowane przez rząd Włoch. Ponad trzydzieści lat później, gdy na północy Włoch coraz silniej ujawniały się tendencje do sekularyzacji, a strategia zdrowia międzynarodowego została podporządkowana Deklaracji WHO z Ałma-Aty znanej jako „Health for All", CUAMM przyjęło nowe kierunki działania, wśród których priorytetami stały się: rozwój podstawowej opieki zdrowotnej realizowanej w oparciu o rodzimy personel państw Afryki oraz promocja człowieka w znaczeniu wskazanym przez Jana Pawła II w encyklice „Redemptoris Missio", a więc popieranie jego rozwoju poprzez wszechstronne wychowywanie.

Punktem wyjścia dla realizowanego obecnie, a finansowanego ze środków Unii Europejskiej, projektu „Equal opportunities for health: action for development" jest uznanie zdrowia za podstawowe i powszechne prawo ludzi, które w wielu krajach nie może być urzeczywistniane. W ocenie CUAMM, problem braku możliwości realizacji prawa do zdrowia w krajach Trzeciego Świata może zostać rozwiązany poprzez edukację w zakresie zdrowia globalnego realizowaną na studiach lekarskich i innych przygotowujących przyszłych pracowników systemu opieki zdrowotnej, którzy są najlepiej predysponowani do odegrania roli „adwokatów zdrowia".

Główny nurt projektu obejmuje wydziały lekarskie uniwersytetów włoskich, które od lat prowadziły kształcenie w zakresie zdrowia globalnego według różnych programów. Projekt CUAMM ma doprowadzić do wypracowania ujednoliconego modułu zajęć dydaktycznych, a ponadto do wprowadzenia problematyki zdrowia globalnego do studiów podyplomowych we Włoszech. Ta część projektu jest realizowana w języku włoskim i z zaangażowaniem jedynie włoskich uczelni, instytucji państwowych i organizacji studenckiej.

Celem projektu jest też rozwinięcie międzynarodowej współpracy na rzecz nauczania zdrowia globalnego tak, by wiedza ta dotarła zarówno do polityków, jak i społeczeństwa, a także by możliwe było uruchomienie wszelkich zasobów finansowych i ludzkich pozwalających na poprawę sytuacji zdrowotnej w krajach Trzeciego Świata. W realizacji tej części projektu uczestniczy Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" oraz niemiecka organizacja pozarządowa Action Medeor. Ich zadaniem jest zorganizowanie Global Health Equity Day w Niemczech i w Polsce. Fundacja zamierza zorganizować taki dzień na początku marca 2009 r.

Realizacja projektu polega też na wspólnym przygotowywaniu rezolucji i innych dokumentów adresowanych do polityków, bankierów i środowisk medycznych, które informowałyby o aktualnych problemach zdrowotnych w krajach rozwijających się i zwiększały świadomość ich znaczenia dla zdrowia globalnego.

dr hab. Anita Magowska
delegat Rady Fundacji ds. współpracy z CUAMM

Dolentium Hominum (Church and Health in the World), 2008

Zeszyt Dolentium Hominum, 2008 nr 1 poświęcony został opiece pastoralnej nad ludźmi w podeszłym wieku. Znajdujemy w nim materiały z XXII Międzynarodowej Konferencji Papieskiej Rady ds. Zdrowia, która odbyła się w Watykanie 15-17 listopada 2007 roku. Obrady toczyły się w 3 sesjach: (1) „reality"; (2) „what should be thought ?"; (3) „what should be done ?". Materiały z konferencji zajmują 191 stron i niewątpliwie zainteresują osoby związane w ten czy inny sposób z opieką nad ludźmi w wieku podeszłym.

* * *

Zeszyt Dolentium Hominum, 2008 nr 2 zawiera różne artykuły nt. opieki zdrowotnej nad ludźmi chorymi, począwszy od homilii kardynała Javier Lozano Barragan, przewodniczącego Papieskiej Rady, a skończywszy na artykule J. Sserugga o opiece pastoralnej nad chorymi w Ugandzie.

Warto spojrzeć na stronę internetową Papieskiej Rady ds. Zdrowia pod adresem:

www.healthpastoral.org

Profesor Krystyna Pecold w Tanzanii

O wyjeździe do jednego z krajów afrykańskich myślałam od czasu zakończenia pracy w Klinice Okulistycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Od dawna interesowałam się stanem okulistyki w Afryce oraz niejednokrotnie wyrażałam chęć niesienia pomocy okulistycznej tym, którzy jej potrzebują, a jest dla nich niedostępna.

Fundacja Redemptoris Missio skierowała moje kroki w kierunku północnej Tanzanii, w której przy misji w Kiabakari stworzyła nowoczesny ośrodek zdrowia. Zostałam równocześnie upoważniona do nawiązania kontaktów z władzami kościelnymi i uniwersyteckimi w tym rejonie Tanzanii. W dniu 15 października 2008 rozpoczęłam moją wyprawę do Tanzanii „uzbrojona" w niezbędny sprzęt okulistyczny, leki, materiały opatrunkowe, okulary i listy polecające od Rektora Uniwersytetu Medycznego, ks. biskupa Zdzisława Fortuniaka i Fundacji.

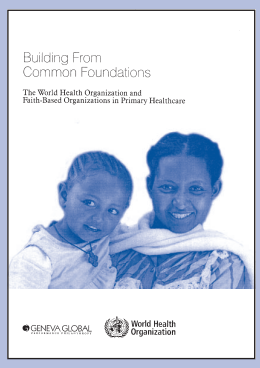
Po 12-godzinnym locie znalazłam się w stolicy Tanzanii – Dar Es Salaam, gdzie przywitały mnie na lotnisku palmy, ciepło i grono kierowców taksówek. Udałam się do ośrodka oo. Salezjanów, gdzie musiałam przenocować, czekając na samolot do Musomy następnego dnia. Radość moja była ogromna, gdy przywitał mnie o. Salezjanin z Poznania. Następnego dnia po zwiedzeniu szkoły znajdującej się przy Ośrodku – w otoczeniu nauczycieli i 80 uczniów radosnych, uśmiechniętych i wciąż pytających skąd przybywam – zrozumiałam, że znalazłam się w innym, ale życzliwym mi świecie. W godzinach popołudniowych odleciałam do Musomy, gdzie na lotnisku oczekiwał mnie p. Mateusz Cofta, delegowany przez Fundację do administrowania ośrodkiem w Kiabakari. Razem odjechaliśmy do Kiabakari – wioski/miasteczka położonego wśród bujnej zieleni rosnącej na czerwonej surowej ziemi. Maleńkie prymitywne domki ulepione z gliny lub złożone z „cegły" wykonanej własnoręcznie, rozrzucone w zieleni, nie stwarzają wrażenia większego siedliska. W jednym z takich domków, dzięki gościnności Marii i Mateusza Coftów, zamieszkałam podczas mojego pobytu w Kiabakarii. W bardzo bliskim otoczeniu naszego zamieszkania, tuż za bramą, zawsze bawiło się i oczekiwało naszego wyjścia kilkadziesiąt dzieci, wyciągając rączkę po cukierka. Ośrodek Blessed Pier Giorgio Frassati Health Center, powstały dzięki Fundacji, zrobił na mnie ogromne wrażenie i wzbudził podziw swoją czystością, powierzchnią, wyposażeniem i organizacją pracy.

W czasie dwóch następnych dni na zaplanowane badania okulistyczne zgłosiło się 70 pacjentów. Były to dzieci, młodzież, dorośli i starcy mający problemy z narządem wzroku, którzy do tej pory nie mieli kontaktu z lekarzem okulistą. Trudność uzyskania pomocy okulistycznej wynikała z dużej odległości od specjalisty i z braku pieniędzy, jak to potwierdził chory, który od 4 miesięcy miał wbite ciało obce w rogówkę i z bolesnym okiem trafił do mnie.

W następnych dniach odbyły się zaplanowane spotkania z biskupem w Musomie ks. Michaelem Msonganzila, z profesorem C.C. Magori, rektorem Bugando University College of Health Sciences w Mwanzie, z dr. Edwardem Kurumbi w Dar Es Salaam – koordynatorem narodowego programu dotyczącego schorzeń oczu w Ministerstwie Zdrowia oraz z dr Ayoubem Shekimwezi – ekspertem ds. jaglicy w Tanzanii. Podczas spotkań omawialiśmy problemy zdrowotne w Tanzanii, działalność ośrodka w Kiabakari, możliwość współpracy badawczej i szkoleniowej między Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu i Bugando College w Mwanza w Tanzanii. Podczas dyskusji spotkałam się z ogromną życzliwością, zainteresowaniem i chęcią nawiązania wzajemnych bliższych kontaktów.

W drugim tygodniu mego pobytu udaliśmy się do ośrodka zdrowia przy misji w Kowak, położonego 10 km od granicy Kenii. Ośrodek ten prowadzony jest przez 3 siostry zakonne; jedna z nich jest lekarką z Indii i zabezpiecza opiekę medyczną w bardzo prymitywnych warunkach dla 17 wiosek leżących w danym okręgu. Tu poznałam prawdziwe oblicze skrajnej biedy i ogromnych potrzeb tamtejszej ludności. Jaka radość panowała wśród 100 pacjentów przybyłych następnego dnia z dwóch sąsiednich wiosek na badanie okulistyczne, trudno sobie wyobrazić. Z radosnym uśmiechem na twarzy opuszczali gabinet po badaniu z kroplami lub okularami. Niestety, 17 chorych, aby przywrócić im wzrok, powinno być operowanych (usunięcie zaćmy); na miejscu takiej możliwości nie było. Próba skierowania ich do szpitala okazała się niemożliwa z uwagi na brak pieniędzy i środków transportu. Mimo to, z wdzięcznością ogromną pacjenci żegnali się wierząc w moje ponowne przybycie i dalszą pomoc. To wyzwanie o pomoc pozostało we mnie i pragnę nim zarazić kolegów okulistów wrażliwych na ludzkie nieszczęście. Mój pobyt, mimo trudów i panujących wokół chorób (malaria, cholera, AIDS), był wspaniałym przeżyciem.

prof. dr hab. Krystyna Pecold



Posługa lecznicza Kościoła

W roku 2008 ukazała się publikacja pt. Building from common foundations: The Word Health Organization and Faith-Based Organizations in Primary Healthcare. Ted Karpf i Alex Ross (redaktorzy). Geneva Global i World Health Organization, Geneva 2008, ISBN 978 92 4 159662. Geneva Global jest organizacją filantropijną działającą w Genewie. Jest 8 autorów publikacji: G.Bandy, A.Crouch, C.Haenni, rev. P.Holley, C.J.Larsen, S.Penlington, N.Price i C.Wilkins. Reprezentują oni szerokie spectrum osób aktywnie zaangażowanych w sprawowanie opieki medycznej przez organizacje religijne (FBO – faith-based organizations).

Publikacja składa się z 7 rozdziałów i streszczenia, które zostało przetłumaczone poniżej z oryginału w języku angielskim. Tytuły rozdziałów są następujące:

1. Podstawowa opieka medyczna: mobilizacja społeczeństwa dla realizacji narodowych programów
2. Organizacje religijne: znaczący dostawca usług w zakresie opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się
3. Wiara i opieka zdrowotna
4. HIV/AIDS: zaangażowanie FBO
5. Wartość społeczna (publiczna): ramy współpracy w zakresie ochrony zdrowia
6. Wartość zdrowia w ujęciu religijnym: system podstawowej opieki zdrowotnej dla wszystkich
7. Co dalej? [patrz: „podstawowe sugestie" poniżej].

Streszczenie

WHO pracowało wspólnie z FBO przygotowując deklarację z Ałma-Ata w roku 1978. Współpracując razem, te organizacje nakreśliły ówczesny obraz opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się i wnioskowały, że dla poprawy sytuacji niezbędne jest wprowadzenie systemu podstawowej opieki medycznej (Primary Health Care). Obecnie przedstawiony raport ma na celu wznowienie dialogu i współpracy z FBO z uwzględnieniem zmian, jakie zaszły w ciągu 30 lat w społecznościach wielu części świata w podejściu do ochrony zdrowia, w tym do HIV/AIDS. Powrót WHO do idei podstawowej opieki zdrowotnej wymaga bliższej współpracy z FBO, od której oczekuje się nadania systemowi PHC szerszego pola działania i większej skuteczności.

Podstawowe założenia i fakty:

- FBO są głównym dostawcą usług zdrowotnych w krajach rozwijających się (około 40% w Afryce subsaharyjskiej). Mimo, że FBO działają w ścisłym związku z potrzebami lokalnych społeczności, ich działalność w zakresie opieki zdrowotnej często jest niedoceniana, gdyż FBO zwykle działają poza rządowym planowaniem i programami.
- Podstawowe wartości reprezentowane przez FBO oferują pełną współczucia pomoc potrzebującym. Respekt dla indywidualnej godności i wartości człowieka pozwala im otoczyć pacjenta wysokiej klasy opieką. Jednakże, współpraca agend rządowych z FBO nie jest pozbawiona wielu trudności i wyzwań, ale kiedy jest dobrze ułożona, może przynieść znaczne korzyści.
- Przeprowadzone badania zaangażowania FBO w problem HIV/AIDS wykazały, że w zakresie leczenia, opieki i zapobiegania temu zakażeniu, FBO działa w myśl zaleceń strategicznych WHO i z uwzględnieniem zasad podstawowej opieki zdrowotnej.
- Uwzględniając poprawność rozliczeń finansowych i konieczność monitorowania działalności, agendy rządowe mogą współpracować z FBO na zasadzie, że ich działalność będzie miała znaczenie społeczne i pomoże w realizacji planów rządowych.
- Istnieje duże lokalne zainteresowanie wspólną realizacją planów ochrony zdrowia. Utworzenie sieci FBO i innych miejscowych organizacji może otworzyć nowe możliwości dla stworzenia pełniejszego systemu opieki zdrowotnej.

Podstawowe sugestie:

- WHO, razem z FBO, mogą opracować zasady podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem wartości religijnych.
- WHO może rozpocząć dialog z FBO dla rozważenia wzajemnego pogodzenia ze sobą oferowania pełnej współczucia i godnej troski o chorego z potrzebą współdziałania w rozwoju systemu opieki zdrowotnej.
- WHO zaleca, aby agendy rządowe doceniły wartości społeczne, świadczone przez FBO, i uwzględniały FBO prze sporządzaniu planów ochrony zdrowia.
- WHO ma okazję prowadzić pilotowe programy dotyczące reorganizacji systemów zdrowotnych tak, aby pewne sprawdzone modele mogły być szerzej wprowadzone w życie.
- WHO może promować współpracę między agendami rządowymi, FBO i sponsorami dla zapoczątkowania konstruktywnego współdziałania i zalecenia włączenia przedstawicieli społeczności do szeroko pojętej opieki medycznej, współpracy międzynarodowej i do mechanizmów subwencjonowania.
- WHO może zapoczątkować współpracę z FBO w celu identyfikacji roli, jaka mogą one odegrać w rozwoju pewnych wartości religijnych w systemie opieki zdrowotnej.
- Jest sprawa pilną, aby FBO razem z agencjami religijnymi (FBDA – Faith-based development agency) i ich narodowymi przedstawicielami, np. Christian Health Association otrzymały pomoc w opracowywaniu mechanizmów finansowania, np. z Global Funds to Figth AIDS, Tuberculosis and Malaria i rekrutacji i zabezpieczenia kariery pracowników, którzy pomogliby w przyśpieszeniu wprowadzania w życie podstawowej opieki medycznej, w tym związanej z AIDS.
- Zasady monitorowania i finansowania współpracujących różnych FBO mogą być opracowane przez WHO i kraje wchodzące w skład tej organizacji.

Niektóre wybrane z tekstu stwierdzenia:

- Jest sprawą bardzo ważną, aby rządy wprowadzały w życie zasady podstawowej opieki zdrowotnej.
- Powodem, dla którego rządy świeckie ignorują działalność FBO jest niedocenianie, że w opiece zdrowotnej wartości religijne mają duże znaczenie.
- WHO zachęca rządy do doceniania wartości społecznych, reprezentowanych przez FBO.
- W organizacjach międzynarodowych FBO jest doceniane jako ważny element globalnego rozwoju.
- Dobra opieka zdrowotna to nie tylko bardzo ważna wysokiej jakości pomoc medyczna, ale też troskliwa obserwacja tego, jak pacjent reaguje na taką pomoc.

Przedstawiony dokument powinien być przeczytany w całości przez każdego, kto jest zainteresowany opieką oferowaną przez misyjne ośrodki medyczne.

Wybrał i tłumaczył prof. Zbigniew Pawłowski