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 2009
Nr 30-31 (rok IX)

Wiele przyczyn złożyło się na to, że Redakcja nie przygotowała na czas trzeciej elektronicznej wersji kwartalnej Medicus Mundi Polonia. Postanowiliśmy więc oddać do rąk Państwa podwójny numer na Święta Bożego Narodzenia i Nowy Rok.

Nadal odczuwamy brak łączności z Czytelnikami. Państwa uwagi, komentarze, życzenia pomogłyby nam redagować *MMPolonia* w ciekawszej formie. Utrzymujemy dział Posługa lecznicza Kościoła; w tym wydaniu poświęcony jest on ochronie zdrowia naszych dzieci. *Stop Malaria Now* pozostaje naszym naczelnym hasłem.

Tomasz Magowski, prowadzący Wydawnictwo Kontekst i od blisko 10 lat wydający *MMPolonia*, umieścił w internecie stronę Medicus Mundi Polonia, z treścią bieżących numerów kwartalnika [www.wkn.com.pl]. Archiwalne numery kwartalnika na dysku można otrzymać za pośrednictwem Sekretariatu Fundacji, telefon: 061 862 13 21.

Kryzys ekonomiczny nie oszczędził Fundacji. Przygotowywanie materiałów do *Medicus Mundi Polonia* odbywa się nadal na zasadzie wolontariatu, a koszt druku i wysyłki czasopisma ponosi Fundacja. Nie wyznaczając ceny prenumeraty, Fundacja oczekuje, że koszt wydawania czasopisma będzie uwzględniany w dobrowolnych wpłatach na konto Fundacji.

Redakcja

Redakcja prosi o przyjęcie najserdeczniejszych życzeń Pełnych Łaski, Pogodnych i Zdrowych Świąt Bożego Narodzenia i bardziej pomyślnego Nowego Roku 2010. Przy dzieleniu się opłatkiem prosimy pomyśleć o tych, którymi staramy się opiekować i o naszych misjonarkach i misjonarzach, którzy tak bardzo potrzebują łączności z krajem.

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
- Z Fundacji Redemptoris Missio 2
- Inicjator leczenia misjonarzy (O. Bronisław Poćwiardowski) 2
- Prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski (doctor honoris causa) 3
- Arcybiskup Zygmunt Zimowski przewodniczącym Papieskiej Rady ds. Zdrowia 4
- Z Watykanu: Synod Biskupów Afrykańskich 4
- Z WHO 5
- Podstawowa opieka medyczna jako droga do bezpieczeństwa zdrowotnego (Margaret Chan) 5
- Powrót do Kamerunu 6

MALARIA
- Obchody Światowego Dnia Malarii 2009 8
- Co nowego w malarii 9
- Amodiachina z artesunatem w leczeniu malarii u dzieci 10

Postępowanie w przypadku zatruć w tropikach 10
Kursy Instytutu Tropikalnego w Bazylei 14

MEDYCYNA KATASTROF
- Psychospołeczne wymiary katastrofy humanitarnej 15

Nowości wydawnicze 18
POSŁUGA LECZNICZA KOŚCIOŁA 20

STOP MALARIA NOW!
OCHRONA ZDROWIA DZIECI

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

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Z dniem 3 października nastąpiła zamiana na stanowisku Prezesa Fundacji. W związku z rezygnacją pana mgr Mateusza Cofty, na stanowisko p.o. Prezesa Fundacji została wybrana pani mgr Anna Kurkowiak. Pozostały skład Rady i Zarządu Fundacji nie uległ zmianie.

Ostatnie półrocze upłynęło w Fundacji pod znakiem dwóch projektów: Puszka dla Maluszka i StopMalariaNow. Pierwszy z tych projektów dotyczył zbierania środków finansowych na zakup inkubatorów dla ratowania życia przedwcześnie urodzonych dzieci w Afryce. Pomysł akcji zrodził się w trakcie pobytu naszych wolontariuszek na misji w Garoua-Boulai w Kamerunie, które w swojej pracy zetknęły się z problemem braku sprzętu do ratowania wcześniaków, z tego powodu skazanych na śmierć. W trakcie trwania akcji udało nam się zgromadzić około 14.000 złotych, za które zakupiliśmy 3 inkubatory. Zostaną one przekazane trzem ośrodkom zdrowia w Kamerunie, prowadzonym przez polskie siostry. Akcja spotkała się z ogromnym zainteresowaniem społecznym, angażowali się w nią zarówno młodzi, jak i starsi, szkoły i zakłady pracy. Wszystkim, którzy pomogli nam w zakupie inkubatorów, serdecznie dziękujemy.

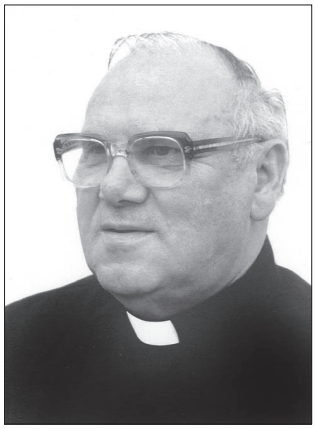
Z kolei drugi projekt realizowany w ramach UE wraz z naszymi europejskimi partnerami ma za zadanie podniesienie świadomości publicznej odnośnie zagrożeń, jakie niesie ze sobą malaria.

Poza tym Fundacja cały czas administruje Ośrodkiem Zdrowia w Kiabakari w Tanazanii. Obecnie trwają przygotowania do przejęcia Ośrodka przez Siostry Służebniczki, które będą zajmowały się jego dalszym prowadzeniem.

Godnym wspomnienia wydarzeniem były również uroczystości urodzinowe pani dr Wandy Błeńskiej, która w październiku tego roku skończyła 98 lat. Pani Doktor związana jest z Fundacją od samego początku jej założenia. Niewątpliwie jest wzorem powołania misyjnego dla naszych wolontariuszy przygotowujących się do wyjazdu na praktyki medyczne.

Fundacja wydaje również kwartalnik Raport, skierowany do szerszego grona odbiorców, który na bieżąco relacjonuje działania Fundacji oraz ukazuje, za pośrednictwem listów od misjonarzy i relacji z praktyk medycznych naszych wolontariuszy, potrzeby krajów misyjnych.

p.o. Prezesa Fundacji
mgr Anna Kurkowiak



INICJATOR LECZENIA MISJONARZY

Ojciec Bronisław Poćwiardowski SVD, 1925-2009

Ojciec Bronisław Poćwiardowski SVD zmarł dnia 24 września 2009 w szpitalu w Świeciu nad Wisłą w wieku 84 lat, w 59 roku ślubów zakonnych w Zgromadzeniu Słowa Bożego (werbistów) i w 53 roku kapłaństwa. Ojciec Bronisław był skierowany na misje do Argentyny, ale nie otrzymał paszportu. Pracował kolejno w Elblągu, w Laskowicach (gdzie z czasem powstał Dom Zakonny Werbistów) oraz w Krzywinie Gryfińskim (1959-1967).

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

Redaktor: prof. zw. em. Zbigniew Pawłowski, DTMH.
Z-ca Redaktora: dr hab. Anita Magowska
Rada Redakcyjna: ks. Ambroży Andrzejak (Poznań), dr h.c. Wanda Błeńska (Poznań), mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), prof. UM dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).
Sekretarz Redakcji: Ewa Kaczmarek, ewa.k.kaczmarek@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
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.

Prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski wyróżniony przez Warszawski Uniwersytet Medyczny

W dniu 27 listopada 2009 Warszawski Uniwersytet Medyczny nadał, redaktorowi Medicus Mundi Polonia, prof. dr hab. Zbigniewowi Pawłowskiemu tytuł doctor honoris causa, najwyższe odznaczenie akademickie

Tytuł ten przypadł Profesorowi w 84. roku Jego życia, w 58 lat po ukończeniu przez Niego studiów lekarskich, w 61. roku pracy w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu i w 39. roku Jego profesury. Profesor posiada tytuł specjalisty z zakresu medycyny wewnętrznej i parazytologii oraz jest posiadaczem dyplomu Liverpoolskiej Szkoły Medycyny Tropikalnej i Higieny. Był kierownikiem Kliniki Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej w Poznaniu (1970-1979 oraz 1987-1996). W międzyczasie pracował w Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie, kierując Działem Zwalczania Pasożytów Jelitowych (1979-1986); po dziś dzień należy do grona specjalistów WHO. Należy do fundatorów Fundacji Charytatywnej Redemptoris Missio, powstałej w roku 1992, celem roztoczenia opieki medycznej nad misjonarzami i wzbudzenia zainteresowania Dziełem Misyjnym wśród studentów, nie tylko medycyny. Był wieloletnim przewodniczącym Rady Fundacji. Od roku 2001 jest redaktorem „Medicus Mundi Polonia".

Tytuł *doctor honoris causa* został nadany Profesorowi w uznaniu Jego działalności naukowej w dziedzinie parazytologii i medycyny tropikalnej oraz działalności edukacyjnej i społecznej. Profesor pełnił zaszczytne funkcje we władzach wielu krajowych i zagranicznych stowarzyszeń naukowych i jest członkiem honorowym 7 zagranicznych towarzystw naukowych.

W tym uroczystym dniu pracownicy Kliniki i Fundacji Redemptoris Missio składają Nestorowi polskiej parazytologii i medycyny tropikalnej serdeczne gratulacje.

Prof. dr hab. Jerzy Stefaniak

Z Krzywina został skierowany do pracy w Domu Werbistów w Chludowie pod Poznaniem jako referent misyjny. Organizował wystawy misyjne, dni skupienia o tematyce misyjnej, był redaktorem „Serwisu Misyjnego", członkiem Archidiecezjalnej Komisji Misyjnej w Poznaniu i brał udział w Poznańskich Dniach Misjologicznych. Poświęcił całe swe pracowite życie bez reszty sprawom misyjnym i troskliwą opieką otaczał werbistów, głoszących Ewangelię Narodom.

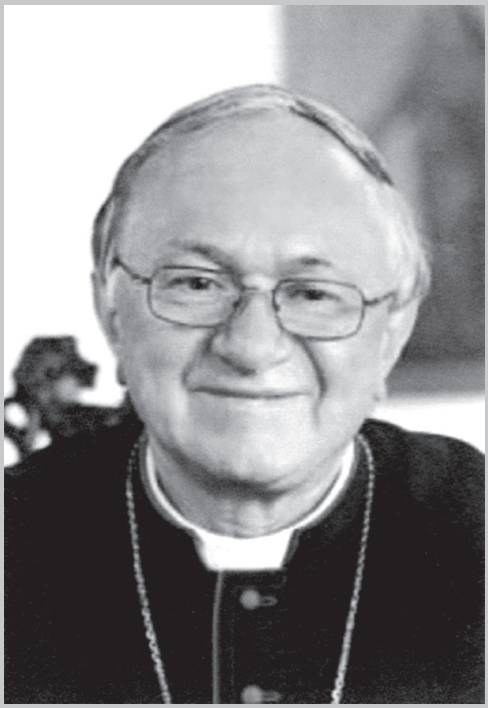
Fundatorzy Redemptoris Missio z niemałym wzruszeniem wspominają lata 70., kiedy O. Bronisław rozpoczął współpracę z prof. Zbigniewem Pawłowskim, kierownikiem Kliniki Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej w Poznaniu, mającą na celu leczenie chorych misjonarzy. Jego Osobie, zawsze pogodnej i nad wyraz skutecznej w szerzeniu opieki nad misjami i misjonarzami, Klinika zawdzięcza pierwszy bliższy kontakt z Werbistami, a później również z innymi zakonami misyjnymi. Kontakt ten z czasem rozwinął się w trwające do dziś nader bliskie relacje Kliniki z Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie i Komisją Episkopatu Polski ds. Misji.

Dziękujemy Ojcze Bronisławie za przekazany studentom i lekarzom dar głębokiej troski o Dzieło Misyjne i tych, którzy je szerzą, często z narażeniem swojego zdrowia i życia. Będzie nam brakować ciepłych wspomnień w czasie wielu późniejszych miłych spotkań w Macierzystym Domu Werbistów w Laskowicach, gdzie Ojciec Bronisław Poćwiardowski spędził ostatnie lata Swojego pracowitego żywota.

Ks. dr Ambroży Andrzejak
Prof. Zbigniew Pawłowski

JEGO EKSCELENCJA ARCYBISKUP ZYGMUNT ZIMOWSKI PRZEWODNICZĄCYM PAPIESKIEJ RADY DS. ZDROWIA

Ksiądz arcybiskup Zygmunt Zimowski urodził się w Kupieninie, w diecezji tarnowskiej w roku 1949. W roku 1973 otrzymał święcenia kapłańskie. Ukończył studia w zakresie teologii dogmatycznej w Katolickim Uniwersytecie w Lublinie, a doktorat z Teologii Dogmatycznej uzyskał w Wydziale Teologicznym Uniwersytetu w Innsbrucku. Od 1983 pracował w Kongregacji Doktryny Wiary w Watykanie i w polskiej sekcji Radia Watykańskiego. W 1988 został powołany na kapelana Ojca Świętego. Wykładał eklezjologię na Katolickim Uniwersytecie w Lublinie i Uniwersytecie Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Jest autorem 120 publikacji naukowych, w tym kilku książek. Między innymi zaangażowany był w przygotowywanie Katechizmu Kościoła Katolickiego. Powołany na biskupa Radomia przez Papieża Jana Pawła II w roku 2002. Delegat ds. polskich imigrantów. Członek komisji ekumenicznych. Zna języki włoski, niemiecki, angielski, francuski i rosyjski. Już jako arcybiskup, od 1 lipca 2009 mianowany został przez papieża Benedykta XVI przewodniczącym Papieskiej Rady ds. Zdrowia, naczelnego biura watykańskiego zajmującego się sprawami pracowników ochrony zdrowia i sprawami zdrowia w szerokim tego słowa znaczeniu w świecie w świetle nauczania religii katolickiej. W związku z tą nominacją fundatorzy, Rada i prezes Fundacji Redemptoris Missio przekazali arcybiskupowi Zygmuntowi Zimowskiemu serdeczne gratulacje, licząc w przyszłości na Jego błogosławieństwo dla działalności Fundacji.



Arcybiskup Zygmunt Zimowski

Na podstawie materiałów opublikowanych w nr 70 Dolentium Hominum opracował prof. Zbigniew Pawłowski

Z Watykanu:

SYNOD BISKUPÓW AFRYKAŃSKICH PAŹDZIERNIK 2009

Arcybiskup Nicola Eterovic, sekretarz Synodu: „Kościół w Afryce uważa ewangelizację za działalność podstawową, ale ewangelizacja zawsze szła w parze z pomocą socjalną. Można by powiedzieć, że głosząc Słowo Boże, Kościół staje w pierwszym szeregu w walce o zdrowie."

Tematem synodu są:

1. Kultura afrykańska i poszanowanie życia
2. Medycyna tradycyjna i dialog międzyreligijny
3. Wspieranie sprawiedliwości społecznej przez ochronę zdrowia
4. Opieka duchowa i duszpasterska dla pojednania z Bogiem
5. Konkretne działania dla promocji ochrony zdrowia przez instytucje misyjne

Proponowane wnioski dotyczące instytucji ochrony zdrowia:

1. Zadaniem Kościoła jest opieka nad chorymi i będącymi w potrzebie, przekazywanie wartości chrześcijańskich i głoszenie ewangelii jak żyć, popieranej świadectwem zachowywania się liderów religijnych
2. Jest niesprawiedliwe niższe wynagradzanie misyjnych pracowników ochrony zdrowia w porównaniu do świeckich, wykorzystując ich powołanie misyjne
3. Biskupi winni dokonywać analizy kosztów i korzyści, zanim zdecydują się na rozszerzanie pewnych usług zdrowotnych i mieć pewność, że koszty zostaną pokryte
4. Tworzyć zespoły przygotowane do negocjacji z przedstawicielami agend rządowych dla uzyskania ustaleń, które by odpowiadały rzeczywistemu wkładowi medycznych ośrodków religijnych w ochronę zdrowia lokalnych społeczności
5. Ażeby wyjść z martwego punktu i uzyskać środki, dla utrzymania działalności, Kościół musi korzystać ze współpracy publiczno-prywatnej i z pomocy organizacji pozarządowych.

Przekazał: dr Edgar Widmer

Z WHO

W dniach 18 do 22 maja 2009 odbyło się w Genewie doroczne, już 62., zgromadzenie w sprawie ochrony zdrowia (World Health Assembly – WHA). Doroczne zgromadzenie przedstawicieli państw należących do WHO, zwykle trwające 2 tygodnie, w 2009 roku zostało zredukowane do 5 dni, między innymi z powodu grożącej pandemii grypy. Było to też pierwsze, po 12 latach starań, zgromadzenie, w którym – w wyniku porozumienia z Chińską Republika Ludową – brał udział przedstawiciel Tajwanu, jako obserwator, określony jako reprezentujący „Chinese Taipei".

Dr Margaret Chan, dyrektor generalny WHO, w swym wprowadzającym przemówieniu, zwróciła uwagę na to, że kryzys finansowy i zagrożenie pierwszą w XXI wieku pandemią grypy nie powinny utrudniać wykonywania innych podstawowych programów prowadzonych przez WHO.

Niezależnie od dyskusji nt. grypy, podjęto kilka ważnych rezolucji: (1) poparcia dla programów zapobiegających ślepocie; (2) oceny wpływu zmian klimatycznych na zdrowie populacji; (3) zapobiegania gruźlicy opornej na wiele leków; (4) zabezpieczenia odpowiedniego miejsca tradycyjnej medycyny w ochronie zdrowia. Zaniepokojenie zebranych wzbudziło utrzymywanie się na terenach endemicznych czynnej transmisji poliomyelitis.

Z braku czasu na dyskusje, przełożono na rok 2010 uchwalenie dwóch ważnych rezolucji: A62/18 (patrz www.who.int) o ułatwieniu rządom zaangażowania się we wprowadzaniu sektora prywatnego do podstawowej ochrony zdrowia oraz A62/39 („partnership") o współpracy różnorodnych instytucji w ochronie zdrowia. Proponowana rezolucja A62/18 kładzie akcent na wzajemne zaufanie w ustalaniu współpracy, ułatwienie wymiany doświadczeń i prowadzenia dialogu politycznego między różnymi partnerami, począwszy od instytucji religijnych i innych pozarządowych nie nastawionych na dochód, do firm prywatnych, nastawionych na zarobek. Projekt rezolucji A62/39 dotyczy ww. partnerów, za wyjątkiem instytucji religijnych, które można by włączyć w niektórych przypadkach, zgodnie z konstytucją WHO.

Stolicę Apostolską reprezentował na WHA arcybiskup Zygmunt Zimowski (obecnie prezydent Papieskiej Rady ds. Zdrowia). Jego przemówienie jest drukowane w Dolentium Hominum nr 71, 2009 na stronach 4-5. Arcybiskup Z. Zimowski przytacza słowa papieża Benedykta XVI, wypowiedziane do członków konferencji G-20, że wyjście z obecnego kryzysu może być dokonane tylko przy bliskiej wzajemnej współpracy i unikaniu rozwiązań o charakterze nacjonalistycznym, egoistycznym lub protekcjonistycznym. Dla stworzenia prawdziwie sprawiedliwego i integralnego rozwoju świata potrzebna jest odważna i szczodra współpraca międzynarodowa.

Arcybiskup Z. Zimowski zwracał uwagę na to, że należy pilnie wprowadzać strategie dążące do poprawy opieki zdrowotnej, ze szczególną troską o zwalczanie nierówności w dostępie do niej, zwłaszcza dla dzieci. Badania (niepublikowane), wykonane w roku 1998 przez Papieską Radę ds. Zdrowia, podkreślały konieczność realizacji polityki „zdrowia dla wszystkich", której wprowadzenie do dziś w wielu krajach natrafia na opory. Swoje wystąpienie arcybiskup kończy słowami, że sprawiedliwości nie można uzyskać wyłącznie na drodze ekonomicznej, chociaż jest ona ważna. Sprawiedliwość osiągają tylko ludzie uczciwi.

Wybrał i tłumaczył prof. Zbigniew Pawłowski

Podstawowa opieka medyczna jako droga do bezpieczeństwa zdrowotnego

Margaret Chan, Dyrektor Generalny WHO, *The Lancet, Early Online Publication, 15 January 2009*

Zapewnienie zabezpieczenia zdrowotnego jest rzeczą naglącą, a wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej to najpewniejsza droga do niego. Nie ma mowy o bezpieczeństwie zdrowotnym, gdy różnica oczekiwanej długości życia między najuboższymi a najbogatszymi krajami przekracza 40 lat albo gdy rozpiętość rocznych nakładów rządów na zdrowie sytuuje się między 20 a ponad 6000 USD na osobę. Nie ma mowy o bezpieczeństwie, podczas gdy ponad 40% populacji w Afryce sub-Saharyjskiej żyje za mniej niż 1 dolar na dzień.

Medycyna nigdy wcześniej nie dysponowała tak wyrafinowanymi lekami i metodami leczenia chorób i przedłużania życia. Mimo to, każdego roku blisko 10 mln małych dzieci i kobiet w ciąży traci życie, w dużym stopniu z przyczyn, którym można zapobiegać.

Rozwój gospodarki nie ochroni automatycznie biednych, ani nie zagwarantuje powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej. Systemy opieki zdrowotnej nie prowadzą automatycznie ku większej uczciwości i efektywności. Międzynarodowy rynek i porozumienia gospodarcze nie uwzględniają automatycznie efektów w dziedzinie zdrowia. We wszystkich tych dziedzinach potrzebna jest rozważna polityka podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.

W ubogich gospodarstwach domowych często 80% przychodów wydaje się na żywność. Kiedy ceny rosną, jako pierwsze wykluczane są z diety zazwyczaj zdrowe produkty żywnościowe, a skutki zdrowotne tego są dobrze znane. Powinniśmy być zaniepokojeni, kiedy cena dobra tak fundamentalnego dla życia, jak żywność, wykracza poza możliwości ubogich.

Powrót do Kamerunu

Opuściłam Kamerun w lutym 2008 r. i udało mi się do niego wrócić w kwietniu 2009 roku. Po ponad rocznej tęsknocie za miejscem, które stało mi się tak bliskie, udało się po raz drugi zrealizować moje marzenie. Tym razem nie jechałam już w nieznane, czułam się, jakbym wracała do siebie. Kiedy 26 kwietnia wysiadłam na lotnisku w Yaounde, wiedziałam, że jeszcze tylko 800 km i ponownie zawitam do Garoua-Boulai; jeszcze tylko 2 dni drogi i w końcu zobaczę znajome miejsca i twarze. Ciężko jest mi nawet opisać radość, jaka panowała podczas powitania, miałam wrażenie, że wyjechałam stamtąd wczoraj; nic się nie zmieniło, przychodnia ta sama, porodówka bez zmian, znajome, uśmiechnięte twarze wokoło... nie było jednak zbyt wiele czasu na świętowanie mojego powrotu, bo trzeba było zabrać się ostro do pracy.

Pierwsze miesiące były bardzo pracowite. Przyjmowaliśmy około 80-100 pacjentów dziennie. Dyspensarium w Garoua-Boulai miało spełniać rolę ośrodka pomocy doraźnej, czynnego od 8 do 15. Nigdy, niestety, nie udało nam się zakończyć pracy w wyznaczonych godzinach. Z jednej strony dlatego, że chorych było tak dużo, z drugiej – dlatego, że pacjenci docierali do nas niekiedy w naprawdę ciężkim stanie i po prostu nie mogli opuścić ośrodka o własnych siłach jeszcze tego samego dnia, po trzecie – chorzy przybywali nieraz z odległości ponad 300 km, z nadzieją, że biały lekarz pomoże

(dokończenie ze str. 5)

Wszyscy eksperci mówią nam, że kraje rozwijające się zostaną dotknięte zmianami klimatycznymi jako pierwsze i zarazem najciężej. Mówią również, że kraje posiadające silne i sprawiedliwe systemy opieki zdrowotnej będą w stanie najlepiej radzić sobie ze zwiększeniem częstości występowania ekstremalnych zjawisk pogodowych. Ochrona przed czynnikami społecznymi, które sytuują ubogich i pozbawionych środków do życia w grupie szczególnego ryzyka, jest bardzo ważna.

Wiele osób sugeruje, że inicjatywy zorientowane na pojedyncze choroby osłabiły system opieki zdrowotnej, bądź zniekształciły priorytety dla zdrowia, lecz nie jest to uzasadniony pogląd. AIDS, malaria i gruźlica są wysoce śmiertelnymi zagrożeniami, które wymagają zdecydowanej odpowiedzi, aby obniżyć ich szkodliwość. Programy te coraz bardziej wzmacniają podstawowe części składowe systemów opieki zdrowotnej. Ich osłabienie spowodowały dziesięciolecia niepowodzeń w inwestowaniu w podstawową infrastrukturę, służby i personel. Te słabości stały się jeszcze bardziej widoczne na tle bezprecedensowego dążenia do poprawy zdrowia. Dysponujemy na tyle potężnymi możliwościami interwencji, od doskonałych szczepionek i leków, aż po długotrwale działające moskitiery impregnowane insektycydami, by osiągnąć Cele Milenijne. Brakuje nam jednak systemu zapewniającego dostarczenie tych środków osobom najbardziej ich potrzebującym.

Nie będziemy w stanie osiągnąć Celów Milenijnych, jeśli nie powrócimy do wartości, zasad i podejścia typowych dla podstawowej opieki zdrowotnej. Ostatni raport WHO wykazał uderzające nierówności w wydatkach na zdrowie, dostępie do opieki medycznej i jej kosztach. Wiele systemów opieki zdrowotnej zatraciło swoją koncentrację na sprawiedliwym dostępie do opieki i umiejętność rozsądnej alokacji zasobów oraz zdolność do wychodzenia naprzeciw ludzkim potrzebom i oczekiwaniom. Raport wzywa do powrotu do podstawowej opieki zdrowotnej, aby poprowadzić systemy w kierunku większej wydajności. Kiedy porównujemy kraje o takim samym poziomie rozwoju gospodarczego, widzimy, że te, w których ochrona zdrowia skupia się wokół zasad podstawowej opieki zdrowotnej, zapewniają wyższy poziom ochrony zdrowia – przy takim samym nakładzie finansowym.

To podejście do ochrony zdrowia jest zorientowane na ludzi, a profilaktykę postrzega się w nim jako równie ważną, jak leczenie. Jako część podejścia skupiającego się na profilaktyce, podstawowa opieka zdrowotna stawia czoło zasadniczym przyczynom złego stanu zdrowia, również poza sektorem ochrony zdrowia i proponuje zdecydowany atak na potencjalne zagrożenia dla zdrowia. Jak zauważono w raporcie, lepsze wykorzystanie istniejących możliwości interwencji mogłoby zapobiec 70% chorób na świecie.

Kryzys finansowy nastał w momencie, kiedy zobowiązania wobec zdrowia jak nigdy dotąd nie były większe. Pojawił się w trakcie najambitniejszego w historii dążenia do stawienia czoła przyczynom ubóstwa, zmniejszenia luk w wydatkach na zdrowie i upewnienia się, że korzyści wynikające z postępu są równomiernie rozłożone. Sprawiedliwy, sprawny i przystępny system opieki zdrowotnej jest naszą najlepszą polisą ubezpieczeniową, najlepszą drogą do zabezpieczenia zdrowotnego.

Inwestowanie w system opieki zdrowotnej i służbę zdrowia to inwestowanie w kapitał ludzki, zaś zdrowy kapitał ludzki jest podstawą wydajności i dobrobytu. Sprawiedliwa dystrybucja opieki zdrowotnej i równość w statusie zdrowotnym ludności to podwaliny społecznej spójności, która jest najlepszą ochroną przed społecznym niepokojem.

Pod koniec 2007 roku, blisko 3 mln osób w krajach o niskich i średnich przychodach otrzymywały terapię antyretrowirusową – powinniśmy podziękować G8 za przyczynienie się do tego osiągnięcia. Ale jeśli źródło finansowania wyschnie, sektor zdrowia może przedstawić całkiem precyzyjną wycenę tego, co nastąpi, mierzoną liczbą utraconych istnień. Ludzkie cierpienie i niedolę niełatwo przeliczyć, ale nasze wspólne człowieczeństwo nakazuje nam dbać o ten rachunek jak najlepiej. Wierzę, że G8 podejmując kwestię zdrowia, nadają ludzką twarz politycznemu przywództwu, którego świat tak bardzo potrzebuje.

Ostatecznym wynikiem naszej międzynarodowej polityki powinna być poprawa jakości życia tak wielu ludzi całego świata, jak to tylko możliwe. Większa sprawiedliwość w kwestii statusu zdrowotnego populacji, w obrębie krajów i pomiędzy nimi, powinna być uznawana za kluczową miarę tego, jakie postępy czynimy jako cywilizowane społeczeństwo. Wzmocnione systemy opieki zdrowotnej, oparte na idei podstawowej opieki zdrowotnej, są rzeczywiście drogą do większej wydajności i sprawiedliwości w ochronie zdrowia oraz większego bezpieczeństwa społecznego

tłum. Ewa Kaczmarek

zwalczyć chorobę, z którą zmagają się od wielu lat. Nie mogliśmy pozwolić, żeby chorzy wyjeżdżali bez udzielenia wszelkiej możliwej pomocy... w związku z tym, najczęściej bywało tak, że ośrodek musiał funkcjonować 24 godziny na dobę.

80% pacjentów zgłaszało się do nas z powodu malarii, oczywiście docierali, kiedy choroba była już w pełni rozwinięta i kiedy „wioskowe" sposoby leczenia okazały się nieskuteczne. Większość z nich musiała więc otrzymać najsilniejsze dostępne tam leczenie, czyli kroplówkę z chininą, gdyż w tym stadium doustne leki już nie pomagały. Poza malarią, dużym problemem były również infekcje układu oddechowego, zwłaszcza bardzo groźne zapalenia płuc u dzieci poniżej 5 roku życia. Znaczny odsetek pacjentów zgłaszał się również z powodu chorób przenoszonych drogą płciową czy infekcji układu moczowego. Równie częste były problemy dermatologiczne, np. różnego rodzaju grzybice, świerzb, wszawice. Poza tym, występowały oczywiście choroby charakterystyczne dla tropiku, jak AIDS, gruźlica czy trąd. Duży procent pacjentów zgłaszał się również z różnymi ranami, urazami czy innymi obrażeniami spowodowanymi wypadkami, pobiciem, ukąszeniami, czy pogryzieniami.

Porównując ośrodek zdrowia w Garoua-Boulai z innymi placówkami w Kamerunie, można stwierdzić, że jest on naprawdę dobrze wyposażony; posiadaliśmy masę leków niedostępnych w innych przychodniach czy nawet szpitalach.

STOP MALARIA NOW!

Obchody Światowego Dnia Malarii 2009

25 kwietnia 2009 to już drugi, kolejny dzień obchodów poświęcony wspólnym wysiłkom mającym na celu zapewnienie kontroli nad malarią na całym świecie.

Światowy Dzień Malarii przynosi krajom wolnym od malarii informacje, jak dotkliwe są skutki tej choroby, a nowym darczyńcom daje możliwość czynnego udziału w zwalczaniu malarii. Jest to też okazja dla jednostek naukowych, aby zaprezentować wyniki swoich badań zarówno ekspertom, jak i ogółowi ludności. To także szansa na wymianę doświadczeń i wzajemną pomoc krajom dotkniętym malarią. Dzień ten przynosi również międzynarodowym partnerom, stowarzyszeniom i fundacjom możliwość zaprezentowania własnych wyników i wspólnego zastanowienia się, jak jeszcze można ulepszyć to, co już dobrze funkcjonuje.

(dokończenie ze str. 7)

Do ośrodka dociera bogata pomoc z krajów europejskich i tylko dzięki temu może on tak sprawnie funkcjonować. Pacjenci ośrodka to ludzie z najbiedniejszego plemienia Bororo – nie stać ich na państwową opiekę medyczną, której koszty zwykle drastycznie przekraczają możliwości przeciętnego Kameruńczyka.

W ośrodku od 2 lat działa również porodówka. Niestety, pacjentek nie ma tam wiele. Kobiety kameruńskie nadal wolą rodzić w chatach w towarzystwie wioskowej akuszerki. Do ośrodka docierały tylko wówczas, gdy poród był problemowy, gdy nie przebiegał tak jak wszystkie poprzednie, gdy od 3 dni trwała akcja porodowa, a pacjentka nie mogła urodzić, gdyż na kobietę rzucono „złe zaklęcie" i święcie wierzyła w to, że nie da rady urodzić zdrowego dziecka. Wszystkie porody w naszym ośrodku były więc od początku obciążone, nigdy nie przebiegały tak jak powinny, były to godziny stresu i walki o życie dziecka i matki. W związku z tym większość noworodków wymagała reanimacji, niekiedy nawet 40-60 minutowej, ale ku naszej radości, większość z nich opuszczała porodówkę w bardzo dobrym stanie.

Praca w afrykańskim ośrodku zdrowia jest naprawdę ciężka, po kilku miesiącach można być porządnie wykończonym. Dlatego teraz już wiem, jak wielki szacunek należy się misjonarzom, którzy poświęcili tej pracy całe swoje życie i zdrowie. Praca tam to nieustanna walka z chorobami, niedożywieniem, biedą, ale również i z różnymi plemiennymi wierzeniami i magią, których skutki nierzadko zagrażają życiu, bądź zdrowiu miejscowej ludności. Nie łatwo jest zrozumieć, że wszystko, co tam się dzieje, nieraz przekracza to nasze możliwości i tym bardziej ciężko podejmować walkę z przeciwnościami, że nie widać możliwości zmian lub chociaż minimalnej poprawy tej ciężkiej sytuacji. I mimo, że podczas pobytu tam wiele razy ogarnęło mnie zwątpienie, przygnębienie czy poczułam prawdziwą niemoc, gdy nie wszystko wychodziło tak, jak sobie tego życzyliśmy, to gdyby dziś ktoś zaproponował mi kolejny wyjazd, bez chwili wahania zabrałabym się za pakowanie walizek.

Lek. med. Agnieszka Łuczak

Podczas Światowego Dnia Malarii, Partnerzy programu *Roll Back Malaria* (RBM, Globalne Partnerstwo „Powstrzymać Malarię"[1]) starają się skierować uwagę świata na sam problem malarii i sprawić, by społeczność międzynarodowa mogła uczestniczyć w jego rozwiązaniu.

Drugi Światowy Dzień Malarii przypomina, że społeczności międzynarodowej zostały tylko 2 lata, by osiągnąć cele wyznaczone w Abuja[2], wykorzystując przy tym wszystkie dostępne metody walki z malarią, do czego wzywał Sekretarz Generalny ONZ, Ban Ki-Moon[3]. *The Global Malaria Action Plan* (GMAP) jasno przedstawia, co musi zostać zrobione oraz w jaki sposób Partnerzy powinni blisko i szybko współpracować, by osiągnąć cele krótko-, średnio- i długoterminowe, gdyż rok 2010 ma być kamieniem milowym w zwalczaniu malarii.

ROZPOCZĘŁO SIĘ ODLICZANIE

W celu zwiększenia wysiłków i nadania działaniom właściwego rozpędu, RBM zainicjowało 2-letnią kampanię, mającą za zadanie włączenie wszystkich zainteresowanych Partnerów w krytyczną ocenę postępów w osiąganiu celów wyznaczonych na 2010 rok oraz redukcję umieralności z powodu malarii do poziomu bliskiego zeru do 2015 roku, tak aby stopniowo doprowadzić do eliminacji malarii i ostatecznego wykorzenienia tej groźnej choroby.

Do roku 2010, międzynarodowa społeczność powinna nadzorować i wpływać na poprawę postępu w:

- dostarczaniu środków przeciw malarii ludności krajów endemicznych,
- zwiększaniu zasobów finansowych na osiągnięcie celów GMAP,
- dbałości o rozwój nowych i ulepszonych narzędzi kontroli oraz
- popieraniu wszelkich nowych inicjatyw, które pomogą znacząco zmniejszyć liczbę zgonów spowodowanych malarią.

Zgodnie z oceną GMAP, kraje endemiczne na wdrożenie swoich planów potrzebują dalszych 13 bilionów USD oraz wszechstronnego wsparcia fachowego przez następne dwa lata. Potrzeba jeszcze 730 mln moskitier oraz 285 mln dawek lekarstw. Ponad 172 mln domostw wymaga rozpylenia w nich insektycydów. Jak bliscy jesteśmy osiągnięcia tych celów? Wdrożenie tego planu oraz brak zasobów finansowych i ludzkich mogą utrudnić zaspokojenie wspomnianych potrzeb. A zatem, jakie alternatywne rozwiązania są podejmowane?

Po szerokiej konsultacji, Partnerzy wskazali na fakt pilnej potrzeby wszechstronnych wysiłków zmierzających do realnej i krytycznej oceny postępu i efektów zwalczania malarii. Dlatego też Dyrektor Wykonawczy RBM zaproponował, by tegorocznemu Światowemu Dniu Malarii nadać tytuł, który będzie miał znaczenie do końca 2010 roku:

Counting Malaria Out (dosłownie: „odliczać czas w zwalczaniu malarii").

Bez względu na to czy dana organizacja, bądź grupa, jest zaangażowana w rozwój, produkcję lub dostarczanie leków i środków do walki z malarią, czy też w zwiększanie kontroli nad malarią, przekazywanie zasobów, nadzór epidemiologiczny nad występowaniem przypadków malarii lub obserwowanie lekooporności oraz informowanie, edukowanie i mobilizowanie społeczeństw są ważne. Hasło „odliczanie malarii" można odnieść do każdego i do wszystkich tych działań, dla ukazania międzynarodowemu społeczeństwu, jak wiele jeszcze potrzeba, by uzyskać właściwy postęp w walce z malarią.

Rok 2009 stanowi początek odliczania do likwidacji malarii jako problemu światowego. Sprawmy, by w międzynarodowej akcji zwalczania malarii liczyło się życie każdego mężczyzny, każdej kobiety i każdego dziecka.

Tłum. i oprac.: mgr Ewa Kaczmarek

[1] Globalne Partnerstwo „Powstrzymać Malarię" zostało zainicjowane w 1998 roku przez WHO, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP), UNICEF i Bank Światowy (przyp. red.).

[2] Deklaracja z Abuja (Nigeria) została uchwalona 25 kwietnia 2000 roku; stanowi ona wspólną strategię krajów afrykańskich, mającą na celu stworzenie rozwiązań na rzecz przeciwdziałania malarii i zmniejszenia śmiertelności dzieci do lat 5 (przyp. red.)

[3] Ban Ki-Moon pełni funkcję Sekretarza Generalnego ONZ od 1 stycznia 2007 roku (przyp. red.).

Co nowego w malarii?

SZYBKIE WYKRYWANIE ANTYGENU PLASMODIUM

Wykrycie przeciwciał przeciwko Plasmodium świadczy o zarażeniu, często przebytym. Stwierdzenie obecności antygenu Plasmodium jest świadectwem aktualnej parazytemii, ale należy pamiętać o tym, że często w rejonach endemicznych, zwłaszcza u osób dorosłych, jest ona mało intensywna, może być bezobjawowa i nie mieć związku z aktualnie występującymi objawami chorobowymi.

Są dwa testy szybkiego wykrywania in vitro antygenu najbardziej groźnego Plasmodium falciparum, produkowane przez Inverness Medical Innovations, Bedford. UK: Clearview Malaria P.f. oraz Clearview Malaria Combo; ten ostatni wykrywa i różnicuje wszystkie 4 gatunki Plasmodium. Obydwa szybkie testy, wykonywane z krwią żylną lub włośniczkową, dają łatwe do odczytania wyniki w ciągu 15 minut. Test jest dostosowany do prymitywnych warunków, panujących w krajach endemicznych: wytrzymuje wyższe temperatury, nie wymaga przechowywania w chłodni, jego wykonanie jest proste i może być dokonane po krótkim szkoleniu. Te testy zostały zaadaptowane przez program Roll Back Malaria, gdyż ułatwiają bezzwłoczne zastosowanie właściwego leczenia przeciwmalarycznego.

wg www.cli-online.com.

STOP MALARIA NOW !

Amodiachina z artesunatem w leczeniu malarii u dzieci

[S.B.Sirima i wsp. Malaria Journal 2009, 8: 48]

Artesunat (AS) w połączeniu z amodiachiną (AD) jest stosowany u dzieci chorych na nie powikłaną malarię w Afryce ze skutecznością ponad 90%. Mniejsza skuteczność obserwowana była tylko w Kenii (80%), Ruandzie (80%) i w Tanzanii (89%). Celem badań, przeprowadzonych u 750 dzieci w wieku 6 miesięcy do 5 lat, chorujących na P.falciparum malarię w Burkina Faso, było porównanie skuteczności i tolerancji leku złożonego (AS 25 mg i AD 67,5 mg) i tych dwóch leków podawanych oddzielnie (AS 50 mg i AD 153 mg). Lek złożony podawano w dawce 1 tabletkę dzieciom do roku i 2 tabletki dzieciom starszym (dawki AS 2-10 mg/kg/dz i AD 7,5-15 mg/kg/dz). Czas obserwacji wynosił 28 dni. Parazytemię oceniano techniką PCR. Skuteczność obu form leku nie różniła się i wynosiła 92,1%. Już w drugim dniu leczenia zanikała parazytemia (97,8%) i ustępowała gorączka (96,0%). Niemniej u 14 dzieci lek okazał się nieskuteczny, gdyż w ciągu 3 dni rozwinęła się u nich ciężka malaria (dwoje z 8 dzieci zmarło) lub powikłania. W 4-tygodniowym okresie obserwacji stwierdzono 28 przypadków nowych zachorowań na malarię (dzieci nie były hospitalizowane).

Leczenie AS/AD było na ogół dobrze tolerowane. Nudności zanotowano w około 2% przypadków; w jednym przypadku zaobserwowano przejściowe wykładniki uszkodzenia miąższu wątroby (AST 1052, ALT 936) bez objawów klinicznych. Nie badano wpływu leku na liczbę krwinek białych; występowanie neutropenii obserwowali inni autorzy.

Wniosek, jaki nasuwa się z powyższych badań, jest następujący: lek złożony AS/AD jest skuteczny i dobrze tolerowany, jednakże wymaga obserwacji w kierunku działań niepożądanych.

Wybrał i tłumaczył prof. Zbigniew Pawłowski

MALARIA JOURNAL IMPACT FACTOR 2.91
BioMed Central The Open Access Publisher
www.malariajournal.com
Editor-in-Chief: Marcel Hommel (UK)
Malaria Journal is an open access, peer-reviewed, online journal aimed at the scientific community interested in malaria in its broadest sense.

Postępowanie w przypadkach zatruć w tropikach

Systematycznie rośnie liczba Polaków wyjeżdżających do krajów tropikalnych. Toksykolodzy kliniczni i eksperci Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zwracają uwagę na ryzyko zatruć w trakcie takich podróży. Szczególnie w krajach ubogich, o niskiej kulturze profilaktyki zdrowotnej, znaczące jest ryzyko tzw. zatruć niezamierzonych. Zagrażają one mieszkańcom tych krajów, ale także osobom je odwiedzającym. Z tego względu wskazane jest propagowanie wiedzy o zagrożeniach zdrowotnych wynikających ze skażeń środowiskowych, pokarmowych czy z narażenia na kontakt z jadowitymi zwierzętami i roślinami trującymi.

Temat przedstawiony podczas kursu HCT organizowanego przez Fundację Redemptoris Missio 29.06 – 4.07.2009

PRZYKŁADY ZATRUĆ DROGĄ POKARMOWĄ

W tropikalnych regionach świata, w których przysmakami kuchni lokalnych są ryby i owoce morza, zatrucia substancjami pochodzenia morskiego są częste. Z tego względu nie należy spożywać własnoręcznie złowionych ryb i owoców morza bez zasięgnięcia opinii miejscowych rybaków. Dania z miejscowych przysmaków należy spożywać w sprawdzonych restauracjach, a produkty do nich kupować w sprawdzonych sklepach i straganach. W przypadku wystąpienia objawów zatrucia należy jak najszybciej udać się do placówki medycznej, nawet jeśli objawy sugerują początkowo jedynie nieżyt żołądka lub jelit czy też niestrawność.

Ciguatera – jedno z najczęściej zgłaszanych zatruć toksynami morskimi, obecnymi w mięsie ryb. Około 50.000 do 100.000 osób rocznie, mieszkających lub odwiedzających regiony tropikalne i subtropikalne ulega temu rodzajowi zatrucia. Występowanie ciguatery jest charakterystyczne dla krajów tropikalnych położonych w rejonach Oceanów Indyjskiego oraz Spokojnego, a także w basenie Morza Karaibskiego. Źródłem substancji

(ciąg dalszy na str. 11-14)

toksycznych, tzw. ciguatoksyn, są wiciowce z rzędu bruzdnic (*Dinoflagellata*), występujące w wielkich ilościach w rafach koralowych. Małe ryby, żywiące się glonami, spożywają je wraz z ciguatoksynami. Toksyny te są spożywane wraz z ich nosicielami przez większe, drapieżne ryby i w ten sposób następuje progresywna kumulacja toksyn, osiągając w końcu stężenia toksyczne dla człowieka. Opisano w sumie u około 400 gatunków ryb regionów tropikalnych i subtropikalnych, po których spożyciu mogą wystąpić objawy chorobowe. Najczęściej jednak dotyczy to dużych ryb raf koralowych, takich jak barrakuda, granik, perka marmurkowa, niektóre murenowate. **Objawy zatrucia:** pojawiają się zwykle po około 30 minutach do kilku godzin od spożycia skażonego mięsa. Początkowe objawy to gwałtowne i nasilone dolegliwości z przewodu pokarmowego: biegunka, wymioty i bóle brzucha. Towarzyszą im zawroty głowy, zaburzenia równowagi, halucynacje. W kolejnych godzinach pojawiają się objawy neurologiczne, takie jak drętwienie języka, warg, bóle kończyn, porażenia mięśni, a nawet zaburzenia oddechowe i krążenia. W niektórych przypadkach nasilenie objawów neurologicznych doprowadza do trwałego kalectwa a nawet zgonu. Objawy zatrucia mogą utrzymywać się kilka tygodni, ale opisywano także przypadki trwania objawów przez 20 lat.

Leczenie: tylko objawowe, polegające na wyrównywaniu stwierdzanych zaburzeń. **Zapobieganie zatruciom:** profilaktyka sprowadza się do unikania łowienia i spożywania większych ryb (ponad 3 kilogramy) pochodzących z mórz tropikalnych. Należy ponadto unikać jedzenia tych części ciała ryb, gdzie toksyny są szczególnie kumulowane, czyli wątroby, jelit, głów oraz ikry. Ciguatoksyny są odporne na temperaturę i ani gotowanie, ani mrożenie ich nie unieczynni.

Scombrotoksizm – to zatrucie pokarmowe związane z konsumpcją ryb makrelowatych (łac. *Scombridae*) tj. tuńczyk, morszczuk, ostrobok. Niektóre ryby niemakrelowate (np. śledź, sardynki, czarny marlin, mahi-mahi) mogą również być przyczyną tego zatrucia. Jest ono powszechne w rejonach tropikalnych, ale możliwe jest także w krajach o klimacie umiarkowanym, takich jak Polska. Główne czynniki ryzyka scomrotoksizmu to jedzenie ryb, które naturalnie zawierają wysokie poziomy histydyny; przechowywanie ich w niedostatecznie niskiej temperaturze zwiększa ryzyko. Objawy zatrucia spowodowane są zwiększoną zawartością histaminy w mięsie ryb, powstałej z histydyny na drodze dekarboksylacji powodowanej przez bakterie w temperaturze powyżej 0°C. W prawidłowych warunkach histamina występuje w stężeniu 0,1 mg na 100 g ryby, wskutek dekarboksylacji może osiągać nawet stężenia 25-50 mg na 100 g ryby. Poziom, przy którym pojawiają się objawy chorobowe, zależy od osobniczej wrażliwości na histaminę. **Objawy zatrucia** występują w ciągu 10 do 30 minut od spożycia ryby. Są to: zaczerwienienie skóry, przyspieszone bicie serca (tachykardia), spadek ciśnienia tętniczego, suchość w jamie ustnej, niekiedy także trudności w oddychaniu (duszność), pokrzywka i świąd skóry. Rozpoznanie choroby można potwierdzić wykazując podwyższone stężenie histaminy we krwi, moczu lub próbce mięsa. Po opanowaniu objawów choroba ustępuje bez pozostawienia następstw.

Leczenie: leczeniem z wyboru jest podanie leków przeciwhistaminowych, takich jak ranitydyna, cymetydyna, difnehydramina. **Zapobieganie zatruciom:** unikanie restauracji, w których podawane są nieświeże ryby.

Ryba fugu – ryba trująca, zawiera w swoich tkankach (głównie w wątrobie i jajnikach) jedną z najniebezpieczniejszych toksyn zwierzęcych tzw. tetrodotoksynę. **Objawy:** nudności, wymioty, zaburzenia krążenia i oddechu, zgon w ciągu 24 godzin.

Leczenie: szpitalne, objawowe, polegające na wyrównywaniu stwierdzanych zaburzeń, nie ma specyficznego antidotum, a śmiertelność może sięgać 60%. **Zapobieganie zatruciom:** spożywanie ryb w restauracjach, w których dania przygotowywane są przez licencjonowanego kucharza. Zakazane jest spożywanie wątroby i jajników tej ryby.

PRZYKŁADY ZATRUĆ W WYNIKU UKŁUĆ LUB UKĄSZEŃ PRZEZ JADOWITE ZWIERZĘTA

Ukąszenia przez zwierzęta jadowite nie zawsze muszą się kończyć tragicznie – w zależności od gatunku zwierzęcia, 20-80% to tzw. ukąszenia „suche" tzn. bez wprowadzenia jadu. Nie należy jednak lekceważyć zagrożenia i w każdym przypadku ukąszenia lub ukłucia przez potencjalnie niebezpieczne zwierzę konieczne jest zgłoszenie się do lekarza. W takich przypadkach z reguły zaleca się co najmniej kilku lub kilkunastogodzinną obserwację szpitalną.

1. Tropikalne wodne zwierzęta jadowite

Szkaradnica – uważana za najbardziej jadowitą rybę i jedno z najniebezpieczniejszych zwierząt świata. Wyglądem przypomina kawałek skały lub kamienia, stąd jej potoczna nazwa – „ryba-kamień". Do wkłucia jadu dochodzi najczęściej w wyniku nadepnięcia na rybę bosą stopą. **Występowanie:** Ocean Indyjski, Ocean Spokojny, Morze Czerwone, głównie w okolicy raf koralowych. **Śmiertelnie niebezpieczna dla człowieka**. Ukłucie kolcem jadowym powoduje ogromny ból, mogący doprowadzić nawet do utraty przytomności. Występują zaburzenia krzepnięcia, stąd realne niebezpieczeństwo wystąpienia wylewów podskórnych i krwawień w narządach wewnętrznych. **Pierwsza pomoc:** nie wolno rozcinać rany w celu usunięcia jadu. Konieczny natychmiastowy transport medyczny ofiary ukąszenia do szpitala.

Leczenie: podanie specyficznej swoistej surowicy przeciwjadowej; leczenie w warunkach szpitalnych. **Zapobieganie zatruciom:** unikanie miejsc, gdzie ryba ta występuje. Stosowanie obuwia ochronnego w razie pływania w rejonach raf koralowych.

Skrzydlica – nazywana także „rybą-lwem", wyglądem przypomina motyla. Ostrzega się osoby nurkujące w rejonach raf koralowych przed zbytnim zbliżaniem się do tej ryby, gdyż jest agresywna i może niespodziewanie zaatakować. **Występowanie:** występują na dnie i w okolicy raf koralowych w wodach przybrzeżnych Oceanu Indyjskiego i zachodniej części Oceanu Spokojnego. **Niebezpieczna dla człowieka** – w wyniku ukłucia i wpuszczenia jadu występuje silny ból i miejscowy obrzęk, ale możliwy jest także zgon w wyniku nagłych zaburzeń krążenia i oddychania. Ukłucia skrzydlicy są bardzo bolesne, mogą spowodować omdlenie, skurcze mięśni i utonięcie ofiary. **Pierwsza pomoc:** natychmiastowe opuszczenie wody, usunięcie kolca jadowego z rany, podanie środków przeciwbólowych, unieruchomienie zranionej kończyny i bezzwłoczny transport chorego do szpitala.

Leczenie: objawowe. **Zapobieganie zatruciom:** unikanie zbliżania się do ryb pływających w okolicy raf koralowych.

Ogólne zasady postępowania medycznego po ukłuciu przez ryby jadowite: ponieważ jad większości ryb tropikalnych jest termolabilny (wrażliwy na ciepło) uznaną metodą jego inaktywacji, w ramach pierwszej pomocy, jest stosowanie gorących kąpieli wodnych. W tym celu ukąszoną kończynę umieszcza się w naczyniu z wodą o temperaturze 45°C przez okres 30 do 90 minut lub do ustąpienia bólu. Konieczne jest chirurgiczne opracowanie rany czyli usunięcie pozostawionych fragmentów promieni płetw. Następnie dokonuje się usunięcia zanieczyszczeń rany np. tkanek martwiczych. Stosuje się profilaktykę przeciwtężcową, antybiotykoterapię, leczenie przeciwbólowe w przypadkach silnego bólu. Konieczna jest obserwacja szpitalna, a po ustabilizowaniu się stanu ogólnego okresowa kontrola procesu gojenia rany.

2. Tropikalne jadowite zwierzęta lądowe

Jadowite węże lądowe – stwarzają największe zagrożenie. Według badań przeprowadzonych przez WHO, 2,5 miliona osób rocznie ulega zaatakowaniu przez te zwierzęta, spośród których 125 000 umiera. Najbardziej niebezpieczniejszymi jadowitymi gatunkami węży są kobry. Największe prawdopodobieństwo spotkania tych zwierząt występuje w Indiach, Australii, Afryce i w Ameryce Południowej. Dwie najbardziej znane kobry to kobra królewska oraz kobra indyjska, zwana również okularnikiem. Jad kobr zawiera silne toksyny o działaniu neuro- i kardiotoksycznym. Po ukąszeniu w ciągu kilku minut może wystąpić nagłe zatrzymanie krążenia i oddechu. **Pierwsza pomoc:** natychmiastowe wezwanie profesjonalnej pomocy medycznej.

Leczenie: swoista surowica przeciwjadowa, hospitalizacja.

Zasady postępowania po ukąszeniu przez jadowitego węża: zapewnić spokój ofierze ukąszenia. Poszkodowany nie powinien wykonywać gwałtownych ruchów ułatwiających szybkie rozprzestrzenianie się jadu w organizmie. Podobny cel ma unieruchomienie ukąszonej kończyny i założenie opatrunku uciskowego – owinięcie miejsca ukąszenia bandażem elastycznym. Nie wolno nacinać rany ani wysysać jadu. Bezwzględnie przeciwwskazane jest także zakładanie opaski uciskowej oraz umieszczanie ukąszonej kończyny w gorącej kąpieli wodnej. Konieczny jest natychmiastowy transport medyczny do najbliższego szpitala.

Leczenie: w szpitalu pomoc powinna polegać na podaniu swoistej surowicy przeciwjadowej, specyficznej dla danego gatunku węża. Do identyfikacji węża konieczny jest opis jego wyglądu lub zachowania. W Australii identyfikacja możliwa jest dzięki zastosowaniu specjalnych badań serologicznych krwi. **Zapobieganie ukąszeniom:** do ukąszeń najczęściej dochodzi w wyniku przypadkowego nadepnięcia węża. Z tego powodu najlepszym sposobem zapobiegania jest ostrożne chodzenie z patrzeniem pod nogi oraz stosowanie pełnego obuwia, które chroni przed ukąszeniem zarówno przez węże, jak i przez skorpiony czy pająki.

Skorpiony – występują dość powszechnie w krajach tropikalnych. Są to zwierzęta na ogół spokojne, które nie atakują ludzi, a do wypadków dochodzi najczęściej w wyniku przypadkowego przygniecenia, np. podczas siadania na ziemi, nadepnięcia lub wkładania butów. Do najniebezpieczniejszych zaliczamy gatunki mieszkające m.in. w Meksyku, Indiach, Afryce Północnej i Południowej. **Objawy** po wkłuciu jadu to silny ból, znaczna miejscowa opuchlizna, a czasem wybroczyny krwotoczne. Mogą wystąpić także objawy ogólne, tj.: silne poty, ślinotok, wymioty, trudności w oddychaniu, ból brzucha, zaburzenia krążenia, zaburzenia świadomości. **Pierwsza pomoc:** okłady z zimnego lodu, środki przeciwbólowe. Nie należy stosować nacinania ran.

Leczenie: konieczne jest leczenie szpitalne i podaż swoistych surowic przeciwjadowych. **Zapobieganie ukąszeniom:** stosowanie siatek uniemożliwiających wejście skorpionów do mieszkań, oglądanie i strzepywanie ubrań i butów przed ich założeniem.

Pająki jadowite – zaledwie kilka gatunków na świecie stanowi zagrożenie dla człowieka. Jednym z nich jest czarna wdowa, której ukąszenie w pierwszych minutach może być całkowicie niebolesne, dopiero później rozwija się bardzo bolesny obrzęk. Możliwe jest wystąpienie objawów ogólnych (m.in. bóle głowy, bóle mięśniowe, wymioty, zaburzenia widzenia). **Pierwsza pomoc i zapobieganie:** podobne jak w przypadku ukłucia przez skorpiona.

Leczenie: podanie swoistej surowicy przeciwjadowej, obserwacja szpitalna.

OPARZENIA I USZKODZENIA SKÓRY W TROPIKACH – PRZYKŁADY

1. Parzydełkowce

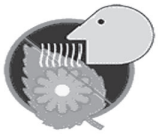
Jedną z postaci parzydełkowców są meduzy, które w rejonach tropikalnych są bardzo liczne, stwarzając duże zagrożenie dla kąpiących się w wodzie ludzi.

Osa morska – najniebezpieczniejsza meduza świata, powoduje największą liczbę zgonów w porównaniu do innych morskich stworzeń jadowitych. **Występowanie:** wybrzeża Australii.

Kategoria 1:
Rośliny wysoce toksyczne, powodujące poważne uszkodzenia, trwały rozstrój zdrowia, a nawet zgon. Zalecane usuwanie tych roślin z miejsc, gdzie rosną, niewskazane hodowanie ich w ogródkach.

Kategoria 2:
Rośliny potencjalnie toksyczne, toksyczność zależna od wielkości ekspozycji. Niebezpieczne szczególnie dla małych dzieci, dlatego nie powinny być hodowane w okolicy szkól, przedszkoli i miejsc, w których one się bawią.

Kategoria 3:
Rośliny silnie drażniące skórę i oczy. Szczególnie groźne dla małych dzieci i niemowląt.



Kategoria 4:
Pyłki i olejki tych roślin mogą być przyczyną zaburzeń oddechowych, szczególnie u osób chorujących na astmę.

Ryc. 1. Symbole i kategorie toksyczności roślin i grzybów [http://www.health.qld.gov.au/poisonsinformationcentre/poisoning_prevention/default.asp]

Śmiertelnie niebezpieczna dla człowieka: poparzenie jadem tej meduzy może doprowadzić do zgonu w ciągu kilku minut. Dotknięcie, otarcie, nadepnięcie lub chwycenie meduzy powoduje trudny do zniesienia ból, niemal natychmiastowe porażenie mięśni oddechowych i zaburzenie pracy serca.

Pierwsza pomoc i leczenie: jedyną szansą na przeżycie jest natychmiastowe zastosowanie swoistej surowicy przeciwjadowej. **Zapobieganie zatruciom:** w rejonach, gdzie występują te śmiercionośne meduzy, plaże są strzeżone przez ratowników. Zaleca się wchodzenie do wody w specjalnych kombinezonach ochronnych. W przypadku masowego występowania tych zwierząt w wodzie plaże bywają okresowo zamykane. Należy unikać dotykania ciał meduz wyrzuconych na brzeg, gdyż nawet martwe stanowią śmiertelne zagrożenie dla człowieka.

Bąbelnica (blue-bottle jellyfish) – nazywana jest także „żeglarzem portugalskim", dryfuje na powierzchni wody, używając jak żagla wypełnionego gazem dzwonu. Jest mniej niebezpieczna od osy morskiej, ale częściej jest przyczyną poparzeń.

Pierwsza pomoc po oparzeniu przez meduzy: polewanie zranionej skóry 5% roztworem octu, który z reguły jest dostępny na wielu plażach tropikalnych. Ocet nie dopuszcza do zwiększenia się obszaru poparzeń, ale nie znosi dolegliwości bólowych. W przypadku silnego bólu konieczne zastosowanie środków miejscowo znieczulających (lidokaina).

2. Toksyczne rośliny tropikalne

Na świecie rośnie wiele gatunków toksycznych roślin, ale to właśnie w tropiku stanowią one szczególne zagrożenie dla zdrowia ludzi, nawet przy krótkotrwałym kontakcie skórnym, nawet dotknięciu. Toksyczne substancje roślinne mogą posiadać właściwości silnie drażniące, uszkadzające skórę, a także alergizujące. Objawy po kontakcie skórnym to silny ból, obrzęk, zaczerwienienie, pokrzywka alergiczna, pęcherze lub trudno gojące się rany, po których pozostają widoczne blizny. Niektóre drzewa, z rodziny wilczomleczowatych i z rodzaju sumak, to przykłady najbardziej toksycznych roślin tropikalnych.

Rozpoznanie toksycznych roślin i grzybów jest możliwe dzięki ich klasyfikacji prezentowanej m.in. przez Ośrodek Informacji i Kontroli Zatruć w Queensland w Australii. Na stronach internetowych ośrodka przedstawione są kategorie roślin z symbolami graficznymi i krótkimi opisami, informującymi o zagrożeniu (rycina powyżej).

Sumak jadowity śródziemnomorski jest przykładem niebezpiecznej rośliny tropikalnej o silnym działaniu toksycznym już przy krótkotrwałym kontakcie skórnym. Zaliczony jest do 2 i 3 kategorii toksyczności. Wszystkie części tej rośliny są bardzo toksyczne; wydzielany przez nią sok wywołuje odczyn o charakterze zapalenia skóry oraz może powodować silne reakcje alergiczne. **Objawy**, tj. silny ból, zaczerwienienie skóry, pokrzywka, pojawiają się z reguły w ciągu 12 godzin do 7 dni od kontaktu i mogą trwać nawet do 10 dni. W Australii roślina ta od wielu lat jest przyczyną największej liczby przypadków. **Pierwsza pomoc:** natychmiastowe zmycie skażonej skóry, płukanie skażonych oczu przez co najmniej 15 minut. Konieczne natychmiastowe zgłoszenie się do placówki medycznej.

Mansenila (*Hippoman mancinella*) z rodziny wilczomleczowatych uważana za najbardziej toksyczne drzewo świata. Rośnie naturalnie w dżungli Południowej Ameryki, a także na Florydzie, Bahamach i Karaibach. Jego owoce przypominają jabłka, dlatego ich hiszpańska nazwa to „manzanilla de la muerte", czyli „jabłuszka śmierci". Zarówno jego owoce, jak i sok, (przypominający wyglądem gęste mleczko) są niezwykle toksyczne. Sok spływający z drzewa wraz z opadami deszczu może wywołać silne podrażnienie skóry nawet przy krótkotrwałym kontakcie. Narażenie na dym palącego się drewna tych drzew lub tarcie oczu rękami skażonymi sokiem może być przyczyną uszkodzenia gałek ocznych, a nawet ślepoty. **Zapobieganie zatruciom:** nie podchodzić w pobliże tych drzew i nie dotykać żadnej części tych roślin.

Pierwsza pomoc: natychmiastowe zmycie skażonej skóry, a następnie zastosowanie maści sterydowych. Natychmiastowe spłukiwanie skażonych oczu przez co najmniej 15 minut, zastosowanie kropli do oczu o działaniu miejscowo znieczulającym i przeciwbólowym. Bezwzględnie konieczne pilne zgłoszenie się do szpitala.

INFORMACJA O ZASADACH POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ZAGROŻENIA TOKSYKOLOGICZNEGO

W każdej sytuacji zagrożenia toksykologicznego, a zwłaszcza w przypadkach, gdy trudne jest uzyskanie natychmiastowej pomocy medycznej, możliwe jest uzyskanie telefonicznej

(ciąg dalszy ze str. 13)

informacji o zasadach postępowania. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) publikuje na swoich stronach internetowych światowy katalog Ośrodków Kontroli Zatruć (*Poison Control Centers*). Można w nim odnaleźć numery telefonów i adresy regionalnych ośrodków toksykologicznych, do których można się zwracać o pomoc przez 24 godziny na dobę.

Na stronach internetowych Regionalnych Ośrodków Toksykologicznych można znaleźć wiele przydatnych informacji o zapobieganiu zatruciom oraz o zasadach pierwszej pomocy w sytuacji narażenia na potencjalne trucizny. Warto zapoznać się z nimi przed wyjazdem do niebezpiecznego rejonu, w którym czyhać mogą na turystów rozliczne niebezpieczeństwa. W sytuacji zagrożenia podczas pobytu w kraju tropikalnym i nie tylko, warto skontaktować się z lokalnym Ośrodkiem Kontroli Zatruć (*Poison Control Center*). Również toksykolodzy kliniczni w polskich Ośrodkach Toksykologicznych służą informacją osobom pytającym o zasady postępowania w tropikach. Poznański Oddział Toksykologii w Szpitalu Miejskim im. Franciszka Raszei przy ulicy Mickiewicza 2 jest przykładem takiej placówki. Przez wszystkie dni w roku, przez całą dobę, ośrodek ten pełni całodobowe dyżury lekarskie oraz udziela informacji telefonicznej. Nasz numer telefonu „na ratunek" to: **(061) 8476 946**.

Należy przy tej okazji wspomnieć, że w Polsce nie są dostępne swoiste surowice przeciwjadowe, stosowane w przypadkach narażenia na jadowite zwierzęta, żyjące naturalnie poza naszym krajem. Surowica taka jest dostępna w kraju, w którym doszło do ukąszenia lub ukłucia i to tam należy szukać specjalistycznej pomocy!

Dr n. med. Dorota Klimaszyk

Katedra Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
Oddział Toksykologii i Chorób Wewnętrznych, Szpital im. F. Raszei w Poznaniu

Zalecane piśmiennictwo:

1. Ciguatera Fish Poisoning, Texas, 1997. Morbid Mortal Wkly MMWR Rep. 1998;47:692-4. 1998; 47:692-4.
2. CDC, Atlanta: Division of Bacterial and Mycotic Diseases; http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/marinetoxins_g.htm.
3. Chippaux JP. Snake-bites: appraisal of the global situation. Bulletin of World Heallth Organization 1996, 76 (5), 515-524.
4. Dart R C. Medical Toxicology. Lippincott Williams and Wilkins 2003.
5. Hui YH, Kitts D, Stanfield PS. Seafood and environmental toxins. Foodborne disease handbook: Volume 4. New York: Marcel Dekker, 2001.
6. Korzeniewski K.: Fauna morska i lądowa stanowiąca zagrożenie dla nurkujących w tropiku. Pol. Mer. Lek. 2008, XXV, 147, 294-296.
7. McLuchlin J, Little CL, Grant KA et al. Scombrotoxic fish poisoning. J Public Health 2005, 28, 61-2.
8. Michalski M.: Biotoksyny morskie – występowanie i metody analizy. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość 2006, 3 (48), 16-22.
9. Satora L., Morawska J., Targosz D.: Ukąszenia kobr. Przegląd Lekarski 2003, 60, 4, 202-203.
10. Satora L., Gawlikowski T.: Postępowanie w zatruciu jadem ryb. Przegląd Lekarski 2009/66/6.
11. US Food & Drug Administration, Center for Food Safety & Applied Nutrition. Foodborne Pathogenic Microorganisms and Natural Toxins Handbook. Ciguatera. http://vm.cfsan.fda.gov/~mow/chap36.html oraz http://vm.cfsan.fda.gov/ ~ mow/chap36.html
12. Regional consultative meeting of poison control centers: current situation and perspectives in the Eastern Mediterranean Region WHO Report, Cairo 2004.
13. www.health.qld.gov.au/poisonsinformationcentre/
14. www.who.int/ipcs/poisons/centre/directory/en/

KURSY INSTYTUTU TROPIKALNEGO W BAZYLEI

Swiss Tropical Institute
Institut Tropical Suisse
Schweizerisches Tropeninstitut

Więcej informacji na temat kursów na stronie: www.sti.ch
e-mail: courses-sti@unibas.ch

- The 16th Swiss International Short Course on Travellers' Health
  Termin: 1-5 lutego 2010 roku
  Kurs pod patronatem Światowej Organizacji Zdrowia
  Koszt: 950.- CHF

- Health Care and Management in Tropical Countries HCMTC
  Termin: 15 marca – 11 czerwca 2010
  Koszt: 6 500.- CHF

- Health District Management: Planning and Programme Design
  Termin: 14 - 25 czerwca 2010
  Termin nadsyłania zgłoszeń: 31 marca 2010
  Koszt: 1 600.- CHF

- Clinical Priorities in Tropical Countries (Medical Practice with Limited Resources)
  Termin: 14 czerwca - 2 lipca
  Lokalizacja: Ifakara, Dar es Salaam (Tanzania)
  Termin nadsyłania zgłoszeń: 31 marca 2010.
  Koszt: 3 900.- CHF

- Health District Management: Priority Setting and Resource Allocation
  Termin: 28 czerwca - 9 lipca 2010
  Termin nadsyłania zgłoszeń: 31 marca 2010
  Koszt: 1 500.- CHF

Psychospołeczne wymiary katastrofy humanitarnej

MEDYCYNA KATASTROF

Katastrofa jest wydarzeniem trudnym do opanowania. Nie tylko ze względu na ograniczone możliwości własne, presję czasu i konieczność doskonałej organizacji zadań i środków, ale także ze względu na to, że stan psychiki osób w niej uczestniczących często to utrudnia. Katastrofy uderzają bowiem w różne strefy funkcjonowania człowieka, nie pozostawiając stanu psychicznego nietkniętym.

Temat przedstawiony podczas kursu HCT organizowanego przez Fundację Redemptoris Missio 29.06 – 4.07.2009

Specyfiką katastrofy jest także wielość jej uczestników. Są nimi nie tylko tzw. bezpośrednie ofiary, ale także pomagający. Wszyscy oni narażeni są bowiem na frustrację wynikającą z braku wystarczających środków do pokonania sytuacji, presję czasu, wszechobecne silne emocje i nieprzyjemne obrazy. Zarówno zatem bezpośrednio poszkodowani, jak i pomagający, mogą doświadczać nieprzyjemnych reakcji związanych ze stresem [5]. Stres jest stanem subiektywnym osoby go doświadczającej. Jego poziom zależny jest od cech bodźca wywołującego: jego siły, bezpośredniości i rodzaju (np. huragan, wojna), ale także od indywidualnych zasobów psychicznych (optymizm, poczucie humoru, poczucie własnego wpływu na sytuację), fizycznych (zdrowie, zasoby materialne) i społecznych (wsparcie przyjaciół, bliskich). Reakcja psychiczna różnych osób na to samo wydarzenie stresogenne może się zatem diametralnie różnić, gdyż posiadają one inne cechy psychiczne i inne wcześniejsze doświadczenia. Zazwyczaj jednak osoby, które potrafią sobie dobrze radzić ze stresem codziennych sytuacji, poradzą sobie ze stresem katastrofy lepiej niż ci, którzy miewają problemy z funkcjonowaniem w stresowych sytuacjach na co dzień [4].

Gorzej zatem funkcjonować mogą podczas katastrofy osoby przeżywające aktualnie kryzys osobisty, ale także osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, cierpiące na zaburzenia psychiczne, z niedorozwojem fizycznym lub psychicznym.

ZACHOWANIE W OBLICZU KATASTROFY

Katastrofy, zarówno naturalne, jak i te wywołane przez człowieka, zaliczane są do sytuacji psychologicznie trudnych. Wywołują one stan *napięcia psychicznego* oraz różnorodne *silne emocje*, takie jak strach, złość, poczucie bezradności czy zwątpienie (we własne możliwości, w słuszność działań, w innych). Stan ten znajdować może odzwierciedlenie w praktycznym funkcjonowaniu. Wzrasta prawdopodobieństwo podejmowania złych decyzji i popełniania błędów, nie tylko wśród osób bezpośrednio dotkniętych katastrofą, ale także wśród osób udzielających im pomocy.

Birma – po przejściu cyklonu (maj 2008) Źródło: INTERNET

Znana jest zasada, że istnieje *optymalny, czyli niezbyt wysoki poziom stresu*, który ułatwia wykonywanie trudnych zadań i mobilizuje do bardziej efektywnej pracy. Taki stres pomaga ludziom podejmować się czynów trudnych i ryzykownych. Jednak coraz bardziej wzrastający poziom stresu wiąże się z utrudnieniem sprawnego funkcjonowania. Wynika to z ograniczenia

(ciąg dalszy ze str. 15)

pojemności uwagi i przekłada się na zakłócenia w szybkim logicznym myśleniu. Wysoki poziom stresu, jaki często towarzyszy osobom uczestniczącym w katastrofie, utrudnia im zatem radzenie sobie z nią [12].

W nowych, niejednoznacznych sytuacjach, ludzie często nie wiedzą, jak mają się zachować. Kierują się wówczas w dużej mierze tym, co robią w tej sytuacji inni. Podczas katastrof istnieją doskonałe warunki do powstania *nieracjonalnych zachowań* w dużej grupie osób. Najczęściej będą one wynikać z dominującej wówczas emocji (strachu, złości lub poczucia bezradności i smutku). Emocje w tłumie szybko się rozprzestrzeniają – niezależnie od tego czy mamy do czynienia z katastrofą, czy meczem piłkarskim. Są one opisywane w literaturze jako prymitywne, nielogicznie i bardzo silne. Do takiego zawładnięcia emocjami może dojść w momencie „uderzenia" katastrofy, ale także później, gdy jakaś sytuacja będzie przypominać katastrofę. Atak paniki, gwałtowne działania i nielogiczność zachowań tłumu może wówczas przyczynić się do powstania kolejnych – wtórnych ofiar katastrofy.

Stres doznany podczas katastrofy może być tak silny, że może doprowadzić nie tylko do utrudnień normalnego funkcjonowania, ale wręcz je uniemożliwić [8]. Takie *lękowe zahamowanie aktywności* zdarza się także zwierzętom, gdy znajdą się w skrajnie stresującej sytuacji, wobec której nie mają jeszcze opracowanych schematów działania. Człowiek pod wpływem bardzo silnego bodźca także może popaść w tzw. stupor. Nie jest wówczas w stanie fizycznie ani psychicznie podjąć jakichkolwiek kroków (walcz vs uciekaj) w celu uwolnienia się od stresującego bodźca.

Innym rodzajem niecodziennych reakcji psychicznych w obliczu ekstremalnego stresu są *reakcje dysocjacyjne* [2]. Są to spontaniczne i niekontrolowane reakcje obronne psychiki, zniekształcające elementy poznawcze i emocjonalne dotyczące zdarzenia. Polegają na oddzieleniu lub zniekształceniu tego, co się widzi i czuje w momencie doznawania stresu oraz gdy sytuacja już się zakończy.

Jedną z pięciu dysocjacji okołourazowych jest *odrętwienie emocjonalne*, przejawiające się odczuciem emocjonalnej pustki i odcięcia od wydarzeń, brakiem typowych reakcji emocjonalnych na wydarzenie kryzysowe, spadkiem zainteresowań otoczeniem i poczuciem braku perspektyw życiowych. Osoby, które przeżyły skrajnie stresujące doświadczenie, wcale nie muszą zatem przejawiać gwałtownych reakcji emocjonalnych. Mogą być oni emocjonalnie zamrożeni i sprawiać wrażenie zobojętniałych na to, co się stało. Reakcje dysocjacyjne przejawiać się mogą także *zredukowaną świadomością* otoczenia. Objawem są zniekształcenia perspektywy czasowej (np. wydarzenia wydają się toczyć w zwolnionym tempie) i przestrzennej (utrata orientacji co do miejsca). Gdy wystąpią tego typu zniekształcenia, możliwość podjęcia skutecznych działań zaradczych zmniejsza się. Podobnie dzieje się, gdy zajdzie zjawisko *depersonalizacji*, polegające na psychologicznym oddzieleniu się od własnego ciała. Ten rodzaj dysocjacji przejawia się w formie doznań, że widziało się samego siebie z perspektywy drugiej osoby stojącej z boku lub z góry. Osoby poddane skrajnie stresującym doświadczeniom mogą także przeżywać uczucie, jakby to, czego właśnie doświadczają, było snem. Tego rodzaju *derealizacje* mogą trwać nawet kilka godzin. Osoby ich doświadczające, nawet jeśli podejmą jakieś działania zaradcze w momencie działania stresu, nie są do końca przekonane, że ich doświadczenia są realne. Po skrajnie stresujących doświadczeniach może także dojść do *amnezji dysocjacyjnej*, która polega na niemożności przypomnienia sobie różnych aspektów sytuacji kryzysowej. Amnezja może objąć także takie momenty sytuacji traumatycznej, w których

Źródło: INTERNET

Ciała zmarłych tragicznie dzieci w mieście Cabaret na Haiti w wyniku huraganowej powodzi (4.09.2008)

osoba wydawała się sprawnie funkcjonować, być w kontakcie i kojarzyć to, co się wokół niej dzieje.

Reakcje dysocjacyjne mogą wystąpić także u dotychczas zdrowych i dobrze funkcjonujących psychicznie osób. Nie są one zaburzeniem psychicznym, a jedynie wskaźnikiem bardzo wysokiego poziomu stresu i próbą obrony psychiki przed nim. Opisane powyżej zakłócenia w funkcjonowaniu mogą prowadzić już po fakcie do poczucia winy, wynikającego z faktu, że nie było się w stanie czegoś zrobić lub komuś pomóc. Osoby, które przeżyły katastrofę, mogą cierpieć później nawet przez kilka lat na często *nieracjonalne i nieuzasadnione poczucie winy*, że udało im się przeżyć, podczas gdy inni uczestnicy katastrofy zginęli.

PSYCHOLOGICZNE NASTĘPSTWA KATASTROFY

Chociaż u wielu osób po katastrofie wystąpią przejściowe objawy stresu, *stosowanie jasnych zasad działania w ramach interwencji kryzysowej* bezpośrednio po zdarzeniu powinno przynieść u większości stopniową poprawę. Zaleca się stosowanie jasnych komunikatów: rzetelne informowanie o dalszym ryzyku lub jego braku, informowanie o stanie zdrowia członków rodziny lub o koniecznych dalszych krokach, podejmowanych dla opanowania zastałej sytuacji [10]. Nie jest wskazane unikanie tematu, jeśli poszkodowani chcą się czegoś dowiedzieć. Zaleca się angażowanie społeczności do zadań mających na celu odbudowę strat oraz w miarę możliwości powrót do zadań i czynności sprzed katastrofy. Nie uważa się zaś za pożądane wprowadzanie istotnych zmian w dotychczasowym życiu. *Jednym z najgorszych dla społeczności następstw katastrofy jest konieczność przesiedlenia.*

Istnieją jednak grupy osób wymagające dodatkowej pomocy. Są to najczęściej osoby źle sytuowane ekonomicznie, osoby niesłyszące, niewidzące lub niedowidzące, niesprawne fizycznie i psychicznie, dzieci oraz osoby starsze. Te grupy zazwyczaj gorzej radzą sobie z powrotem do równowagi po katastrofie.

Osoby, które przeżyły katastrofę, mogą także po jej opanowaniu cierpieć na różnego rodzaju następstwa skrajnego stresu. Im dotkliwiej została ludność poszkodowana przez katastrofę, tym więcej i dotkliwszych reakcji postresowych można się spodziewać. Osoby takie mogą długotrwale odczuwać odrętwienie emocjonalne i wycofywać się społecznie, być bardziej pobudzone i nerwowe oraz cierpieć na powracające przypomnienia traumatycznego zdarzenia. Zespół tych objawów trwający powyżej miesiąca może zostać zdiagnozowany jako *zaburzenie po stresie traumatycznym* (PTSD). W zachowaniu pojawić się mogą reakcje lękowe, depresyjne, zachowania antyspołeczne czy problemy ze szkodliwymi substancjami [14]. Ofiary i świadkowie traumy mogą ponadto odczuwać nieuzasadnione poczucie winy dotyczące zdarzenia traumatycznego, fantazjować o zemście czy przejawiać reakcje agresywne i autoagresywne, w tym próby samobójcze.

U osób wielokrotnie wystawionych na działanie traumatycznego stresu, takiego jak wielokrotne gwałty czy zmuszanie do zabijania, wynikiem mogą być nieodwracalne zmiany „ja" lub poczucie jego nieistnienia. Są to znacznie bardziej głębokie, postępujące i trudniejsze do terapii zmiany osobowości i funkcjonowania społecznego niż skutki jednorazowego przeżycia traumatycznego [13]. Osoby takie cierpieć mogą także na różnorodne dolegliwości somatyczne na tle wcześniejszych traumatycznych doświadczeń [9].

Katastrofa może stać się bardzo trudnym doświadczeniem dla poszkodowanych jako dla społeczności. Po początkowym okresie mobilizacji sił i chęci odbudowy, w społeczności dotkniętej katastrofą mogą zacząć dominować uczucia rozgoryczenia z powodu niedostatecznej pomocy z zewnątrz. Poszkodowani mogą czuć się opuszczeni, zapomniani, skazani na samotność i bezsilni [7]. Może pojawić się rozpad więzi sąsiedzkich ze względu na efekt porównań – kto więcej ma, kto ile pomocy dostał po katastrofie i czy mu się to należało. Społeczność może zacząć się zamykać, a problemy zaczną przenosić się na życie rodzinne. Stąd po katastrofie poziom stresu w dotkniętej nią społeczności może wcale nie spadać, zaś wzrastać będzie liczba chorób psychosomatycznych, zaburzeń psychicznych, zachowań agresywnych i prób samobójczych oraz innych problemów społecznych.

WYZWANIA DLA POMAGAJĄCYCH

Pomaganie poszkodowanym w katastrofie wymaga dużo sił fizycznych i psychicznych. Pomaganie poszkodowanym w katastrofie w krajach rozwijających się wymaga ich znacznie więcej.

W przypadku katastrofy w tropikach, zwielokrotnieniu ulegają wymagania i wzrasta liczba sytuacji potencjalnie stresogennych. Pomagający stykają się nie tylko z poczuciem bezradności i frustracją wobec upływającego czasu ale także braku wystarczających środków ludzkich i materialnych. Dołącza do tego bezradność wobec braku łatwego dostępu do podstawowych środków zapewniających przeżycie – leków i świeżej wody. Tym bardziej, że te tak konieczne środki są dostępne na wyciągnięcie ręki w krajach rozwiniętych.

Katastrofa zawsze dotyczy społeczeństwa, nie tylko jednostek. W tym konkretnym przypadku mówimy niejednokrotnie o społeczeństwie biedniejszym i gorzej wyedukowanym niż to, do czego przywykły przybyłe z krajów rozwiniętych osoby pomagające. Społeczeństwo to niejednokrotnie stłamszone jest przez ustrój polityczny i długotrwałe wychowanie w roli biernych obywateli w milczeniu przyjmujących kolejne sankcje. Tzw. wyuczona bezradność częsta jest u ofiar wielokrotnych prześladowań. U takich osób nie ma tak rozbudowanej świadomości i poczucia wpływu na własne życie, do jakiego jesteśmy przyzwyczajeni w krajach rozwiniętych w czasie pokoju.

Z drugiej strony w krajach rozwijających się spotkać można w społeczności *buntowników o skrajnie antyspołecznych i agresywnych tendencjach, bez skrupułów dążących do osiągnięcia własnego celu*.

Ta specyfika funkcjonowania społeczeństw rozwijających się rodzić może różne problemy w czasach spokoju, a tym bardziej w momentach kryzysowych. U osób zajmujących się pomaganiem może wywoływać *poczucie bezradności* oraz złość na ludzką niewiedzę i ignorancję oraz na brak umiejętności długofalowego przewidywania konsekwencji własnych działań. Dołączyć się może do tego bezradność wobec lokalnych władz, którym może bardziej zależeć na własnym wizerunku i złudzeniu stabilizacji w kraju niż np. na potwierdzeniu faktu istnienia epidemii i podjęciu adekwatnych działań.

Katastrofy, które dzieją się na oczach osób pracujących w ośrodkach misyjnych, związane są często z ludzkim okrucień-

(ciąg dalszy ze str. 17)

stwem. Masowe mordy, gwałty na niespotykaną skalę, porywanie i wykorzystywanie dzieci – to wszystko może stać się powodem powstania traumatycznego urazu u osób, które się zetknęły z tym ekstremalnym poziomem okrucieństwa. Nie tylko bezpośrednia obecność przy akcie terroru, ale także zetknięcie się ze skutkami tego okrucieństwa jako osoba pomagająca może być przyczyną traumy [8]. Uraz taki na długo pozostaje w pamięci [11]. Może on także spowodować zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu pod postacią opisanych wcześniej zaburzeń postresowych. Doświadczenie takiej skali okrucieństwa może być także istotnym czynnikiem dla pojawienia się *wypalenia zawodowego*, związanego z poczuciem własnej bezsilności i utratą sensu dalszej pracy [6].

Z pewnością udział w katastrofie w tropikach jest sprawdzianem odporności psychicznej. Często potrzebny będzie czas, wsparcie i pomoc specjalistów, by powrócić do równowagi [3].

POMOC PSYCHOLOGICZNA PODCZAS KATASTROFY

Troska o stan psychiczny uczestników katastrofy podejmowana być powinna nie tylko wobec bezpośrednio poszkodowanych, ale także pomagających. Psychologiczna wczesna interwencja podczas katastrofy skupia się przede wszystkim na zapewnieniu bezpieczeństwa, dostarczaniu informacji, łączeniu bliskich i wczesnej identyfikacji osób, które przejawiają reakcje wymagające leczenia. Dzięki dostarczeniu informacji o wydarzeniu oraz o możliwych reakcjach stresowych, oraz zapewnieniu dostępu do wsparcia społecznego, osoba w kryzysie może szybciej poradzić sobie z jego następstwami i odzyskać poczucie kontroli [1]. W samym momencie katastrofy należy zwracać uwagę na podstawowe potrzeby poszkodowanych, czyli przeżycie, wsparcie organizacyjne i informacyjne o losach bliskich, miejscach, gdzie mogą uzyskać pomoc materialną. Czas na działania czysto psychologiczne przyjdzie później, gdy uczestnikom katastrofy zostanie zapewnione realne bezpieczeństwo [10].

Dr med. Joanna Mydlarska
Katedra Ratownictwa Medycznego
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Piśmiennictwo:

1 Badura-Madej W., Leśniak E., Po powodzi. Zasady pomocy psychologicznej dla dzieci w kryzysie. Informacje dla nauczycieli, opiekunów i pedagogów. Nowiny Psychologiczne, 1997, 3, 9-24;
2 Bryant R., Harvey A., Zespół ostrego stresu, Warszawa, 2003;
3 Cohen de Lara-Kroon N., van den Borkhof R., Lis-Turlejska M.; Procedury debriefingu dla pracowników pomocy humanitarnej; Nowiny Psychologiczne 2001;
4 Dudek B.; Zaburzenie po stresie traumatycznym. Cena strachu., Gdańsk, 2003;
5 Heitzman J.; Stres – zjawisko fizjologiczne czy patologiczne. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2002, 3 (supl.), 27-34;
6 Hetherington A., Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych., Gdańsk 2004.
7 Kaniasty K.; Klęska żywiołowa czy katastrofa społeczna? Psychospołeczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku. Gdańsk, 2003;
8 Lis-Turlejska M.; Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Warszawa 2002;
9 Łuszczyńska-Cieślak A.; Konsekwencje somatyczne traumy seksualnej i fizycznej a psychopatologia. Nowiny Psychologiczne, 1999, 2, 5-22;
10 Ritchie E.C.; Wczesna interwencja wobec przemocy zbiorowej:- wytyczne postępowania. Psychiatria po Dyplomie 2004, 1, 2, 7-12;
11 Rosenfeld L. B., Caye J.S., Ayalon O., Lahad M.; When Their World Falls Apart. Helping Families and Children Manage the Effects of Disasters. 2004;
12 Sęk H.; Zagadnienia psychologii prewencyjnej. Poznań 1991;
13 Szymusik A.; Astenia poobozowa u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu; Przegląd Lek., 1964, 20, 23-29;
14 Wang X., Gao L., Shinfuku N. i wsp.; Longitudinalne badanie występowania zespołu stresu pourazowego związanego z trzęsieniem ziemi u losowo wybranej grupy ludności z północnych Chin. Psychiatria Pol., 2001, 1, 167.

NOWOŚCI WYDAWNICZE

NOWOŚCI WYDAWNICZE

OXFORD HANDBOOK OF TROPICAL MEDICINE

Podręcznik ten jest znanym przystępnym podręcznikiem dla młodych lekarzy, którzy nie mogą liczyć na wsparcie ze strony osób bardziej doświadczonych w zakresie medycyny tropikalnej. W konsekwentny sposób przedstawiania on aktualne informacje i zawiera pełen zakres, akceptowanych przez WHO, standardów postępowania z chorym na choroby tropikalne.

Nowości w tym nowym drugim wydaniu to aktualizacja działów kardiologii, pneumonologii, nefrologii i endokrynologii. Wprowadzono nowy materiał z zakresu zdrowia psychicznego, okulistyki oraz zakażeń obejmujących kości, stawy i tkanki miękkie. Nowe wydanie wzbogaca praktyczna kolorystyka tabel.

W podręczniku oddzielnie potraktowano pięć głównych chorób takich jak malaria, choroby przenoszone drogą płciową w tym HIV, gruźlicę, biegunki i ostre infekcje dróg oddechowych.

Spis treści obejmuje 1. Zintegrowane podejście WHO/UNICEFu do opieki medycznej nad dzieckiem [Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)]; 2. Pięć głównych chorób j.w.; 3. Choroby i zakażenia układowe; 4. Kardiologię; 5. Pulmonologię; 6. Nefrologię; 7. Gastro-enterologię; 8. Neurologię; 9. Zdrowie psychiczne; 10. Okulistykę; 11. Dermatologię; 12. Zakażenia obejmujące kości, stawy i tkanki miękkie;13. Endokrynologię; 14. Hematologię;15. Żywienie; 16. Wypadki, zatrucia i ukąszenia; 17. Szczepienia ochronne.

Wszystkie dobre rzeczy są dzisiaj drogie. Elektroniczne wydanie podręcznika dla pojedynczego użytkownika kosztuje 176 EUR. Zamówienia online:
http://www.researchandmarkets.com/product/659a8d/oxford-handbook_of_tropical_medicine _second...

(ciąg dalszy ze str. 20)

z owadami, przenoszącymi choroby. Dziecko narażone jest na czynniki szkodliwe prawie stale w czasie jedzenia, picia, zabawy, spania, nauki, pracy i przemieszczania się z miejsca na miejsce.

Istnieje 6 podstawowych zakresów szkodliwego środowiska: zanieczyszczona woda (biegunki, cholera, tyfus brzuszny, wirusowe zapalenie wątroby typu A i E), niski stopień higieny, brak odpowiedniej opieki nad dziećmi, zanieczyszczone powietrze, narażenie na zakażenia (jaglica, schistosomoza, zakażenia wirusowe), skażenie środowiska środkami chemicznymi (fluor, arsen) oraz wypadkowość.

4. Konflikty zbrojne

Wśród innych zagrożeń życia i zdrowia dzieci należy wymienić konflikty zbrojne. W ostatnich 10 latach zginęło w nich 2 miliony dzieci, 6 milionów stało się inwalidami, dziesiątki tysięcy padło ofiarą min, a tylko w roku 2002 aż 300.000 dzieci zostało wcielonych do różnych armii i brało udział w walkach.

Rozszerza się handel dziećmi (2,5 miliona dzieci) i pedofilia. Obroty pedo-pornografii oblicza się na 8 miliardów Euro w roku; rozprzestrzenianiu jej służy zarówno globalizacja, jak i Internet.

W wielu krajach rozwijających się pracuje około 250 milionów dzieci poniżej 15 roku życia, w tym 50 do 60 milionów w warunkach szkodliwych dla zdrowia.

Rozwój mentalny dzieci często cierpi z powodu nadmiernego oglądania telewizji, internetu i elektronicznych gier (w okresie szkolnym dzieci spędzają przed telewizorem średnio 15.000 godzin i w tym czasie są „świadkami" 18.000 morderstw. Trudno dziwić się, że brutalność szerzy się w szkołach i powstają gangi młodocianych przestepców. W wielu przypadkach dzieci nie mają odpowiedniej opieki rodziców i nie odczuwają ich miłości i troski.

DZIECI W PIŚMIE ŚWIĘTYM

W Piśmie Świętym zwraca się uwagę na 3 płaszczyzny troski o dzieci: umożliwienie ich dostępu do Boga (Mt 19.13; Mk 10.15; Lk 18.17), ochrona dzieci przed zgorszeniem (Mt 18.6) oraz opieka ze strony aniołów stróżów (Mt 18.10). Ta ostatnia część przesłania, przygotowana przez kardynała Javier Lozano Barragana, liczy dwie strony i warto zapoznać się z nimi w całości.

Konferencja składała się z 3 części: realny stan faktyczny (11 referatów), o czym powinno się myśleć (13 referatów), co powinno się zrobić (13 referatów).

W części pierwszej konferencji na uwagę zasługują referaty omawiające historię leczenia chorych dzieci, dane demograficzne i dotyczące chorobowości dzieci, styl życia dzieci i jego wpływ na zdrowie, znaczenie właściwego odżywiania i rehabilitacji, rozwój pediatrii, leki pediatryczne, zdrowie dzieci z perspektywy wielkiej polityki.

Druga część omawia zdrowie dzieci w piśmie świętym i w ujęciu Ojców Kościoła, opiekę nad dziećmi w historii Kościoła, świadectwo świętych, którzy ofiarowali swe życie dla chorych dzieci, chrześcijańską odpowiedzialność za chore dzieci, dialog międzyreligijny w trosce o zdrowie dzieci (w tym judaizm, budyzm i islam), zdrowie dzieci z pespektywy lekarza praktyka.

Trzecia część konferencji pt. „Co powinno być zrobione" omawia katechezę chorych dzieci, sakramenty dla chorych dzieci, podejście psychologiczne do dzieci, jak przystosować otoczenie szpitalne dla chorych dzieci, historyczną ewolucję neonatologii, komunikację z dziećmi przez media, chore dzieci i ich rodziny, personel opiekujący się chorymi dziećmi, organizacje religijne troszczące się o chore dzieci (w tym wolontariusze), modlitewne i sakramentalne wsparcie chorych dzieci.

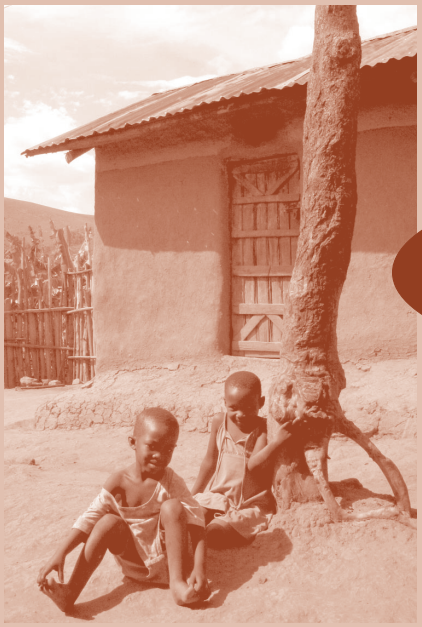
Bogactwa faktów, myśli, propozycji zawartych w tych referatach nie sposób streścić. Osoby zainteresowane powinny zapoznać się z referatami w całości. Numer 70 „Dolentium Hominum"; jak i numery archiwalne, są do dyspozycji w Bibliotece Głównej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Osoby bliżej zainteresowane problemami zdrowia w nawiązaniu do religii katolickiej mogą zaprenumerować Dolentium Hominum; ukazuje się 3 razy do roku. Bliższe informacje pod www.healthpastoral.org, a kontakt pod opersanit@hlthwork.va.

Można by tylko sobie życzyć, aby numer „Dolentium Hominum", poświecony chorym dzieciom, był szerzej dostępny polskim neonatologom i pediatrom.

Wybrał i tłumaczył:
prof. Zbigniew Pawłowski

Posługa lecznicza Kościoła

Od Redakcji: w dniach 13-15 listopada 2008 kardynał Javie Lozano Barragan, przewodniczący Papieskiej Rady ds. Zdrowia w Watykanie, zorganizował konferencję nt. opieki pastoralnej nad chorymi dziećmi. Była to jedna z ostatnich konferencji organizowanych przez Niego, gdyż z uwagi na wiek zrezygnował z pełnienia funkcji prezydenta Rady. Z dniami 1 lipca 2009 nowym przewodniczącym Rady został arcybiskup radomski ks. Zygmunt Zimowski (patrz: strony 4 i 5).



OCHRONA ZDROWIA DZIECI

Podobnie jak w czasie poprzednich konferencji rozważano kolejno stan faktyczny, refleksje nad nim i działalność, którą należałoby podjąć.

WSTĘP. STAN FAKTYCZNY:

1. Chorobowość i śmiertelność

Aż 40% zgonów dzieci do lat 5 następuje w pierwszym miesiącu życia. Corocznie 2.000.000 (20% ogółu zgonów) dzieci do lat 5 ginie z powodu zapalenia płuc i stanów septycznych, które można leczyć antybiotykami. Aż 17% dzieci ginie z powodu biegunek, a 15% z powodu malarii, AIDS i gruźlicy. Codziennie 7.000 dzieci ulega zarażeniu HIV. Z powodu AIDS sierotami zostało ponad 10 milionów dzieci. Do czynników chemicznych, które mogą powodować śmierć, należą: pestycydy, detergenty, zanieczyszczony olej, rozpuszczalniki, ołów i leki niezabezpieczone przed dziećmi. Liczba substancji toksycznych dla dzieci waha się miedzy 50.000 a 100.00. W 2001 roku 685.000 dzieci zginęło na skutek wypadków drogowych lub uduszenia się. Nadal główną przyczyną chorobowości i śmiertelności jest niedożywienie, na które cierpi 50% dzieci. 1.100.000.000 dzieci nie korzysta z bezpiecznej wody do picia, a 2.400.000.000 nie ma dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej.

2. Bieda jest główną przyczyną chorobowości dzieci

Aż 1.200.000.000 ludzi żyje za mniej niż 1 US$ dziennie. Różnica między bogatymi, a biednymi staje się coraz większa. Widoczne jest to wyraźnie w dużych miastach posiadających slumsy, w których dużemu zagęszczeniu ludności towarzyszy ogromne zanieczyszczenie środowiska. Wpływa ono niekorzystnie głównie na dzieci, które większość czasu spędzają na terenie slumsów.

Dzieci spędzają czas w domu, w szkole i terenach przydomowych. W domu często brak bieżącej wody, klepisko zastępuje podłogę, często jedno pomieszczenie, w którym gotuje się na otwartym ogniu bez wentylacji, w pomieszczeniu mieszkalnym pełno much, komarów, pcheł, często pluskiew, myszy, szczurów i zwierząt domowych. W szkole brak wentylacji, właściwego oświetlenia i przede wszystkim latryn. Dzieci spędzają dużo czasu na ulicy, w parkach, na podwórzach, terenach sportowych, śmietniskach, często nad rzeką lub jeziorem.

3. Środowisko

Oblicza się, że około 2 miliony dzieci do lat 5 ginie rocznie z powodu chorób układu oddechowego, wywołanych zanieczyszczeniem środowiska, głównie związkami siarki i dwutlenku węgla. Zanieczyszczenie środowiska jest odpowiedzialne za biegunki (w 90%), malarię (90%), choroby układu oddechowego (60%), często o charakterze przewlekłym (50%), wypadki (30%), nowotwory (25%) oraz choroby serca i naczyń (10%). Ponad 250 milionów dzieci dotyka pustynnienie środowiska, bezpośrednio zagrożone jest nim życie miliona dzieci w ponad 100 krajach. Warto zaznaczyć, że w roku 1990 wycięto ponad 110 milionów hektarów lasów.

Szkodliwymi czynnikami środowiskowymi są: zanieczyszczona woda, powietrze, pożywienie, gleba, niebezpieczne przedmioty, kontakt z innymi ludźmi, zwierzętami, w tym

(dokończenie na str. 19)