ISSN 1641-604 X

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 2011
NR 38/39 (ROK XI)

Redakcja Medicus Mundi Polonia składa swoim wiernym Czytelnikom serdeczne życzenia Zdrowych Świąt Bożego Narodzenia i powodzenia w nadchodzącym trudnym Roku 2012.

Europejski Rok Wolontariatu 2011

W numerze:

EUROPEJSKI ROK WOLONTARIATU

AKTUALNOŚCI:
Z Fundacji „Redemptoris Missio"
Podsumowanie działalności w roku 2011 2
Setna rocznica urodzin Pani Doktor Wandy Błeńskiej 3

Wolontariat
Europejski Rok Wolontariatu 4
Wolontariusze Fundacji na praktykach w Afryce 7
Spotkanie u OO. Oblatów w Obrze 9
Wolontariat studencki Fundacji 10
Konferencja u OO. Werbistów w Pieniężnie 11
Pomoc dla Afganistanu 11

STOP MALARIA NOW!
List organizatorów programu Stop Malaria Now! 12
Wystawa STOP MALARIA NOW! 13

Edukacja podstawą osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju 14
Jest nas 7 miliardów! 15

„NEGLECTED TROPICAL DISEASES" – zaniedbywane choroby w tropiku (dokończenie z poprzednich numerów)
Krętkowice endemiczne 16
Bąblowice 17
Zarażenia przywrami 18
Schistosomoza 18
Geohelmintozy 19
Szybkie testy diagnostyczne do wykrywania malarii 20
Ocena wartości diagnostycznej testu Xpert MTB/RIF w rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci 22
W 5 lat po śmierci Ojca Mariana Żelazka 23

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

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

W minionym półroczu Fundacja pracowała jak zwykle. W czerwcu wydano nowy numer Biuletynu Informacyjnego „Raport" i kolejny zeszyt „Medicus Mundi Polonia" (36/37). Fundacja otrzymała od Polfy Warszawa leki o wartości ponad 137.000 zł na rzecz akcji „Puszka dla Maluszka". Wysłano trzeci transport pomocy humanitarnej do Afganistanu. Na okres wakacji zakończono akcję „Opatrunek na Ratunek". W dniach od 27 czerwca do 2 lipca 2011 odbył się kolejny kurs szkoleniowy pt. *Podstawowa Opieka Medyczna w Tropikach*.

Mimo wakacji, w lipcu zorganizowano wyjazd 5 wolontariuszek na praktyki studenckie w ośrodkach misyjnych w Afryce. Wycinki ich sprawozdań przedstawiamy w tym numerze „Medicusa". Z Namibii natomiast powróciła z rocznego pobytu pielęgniarka Katarzyna Maćkowska. W dniu 30 lipca 2011 odbyło się spotkanie w klasztorze Ojców Oblatów w Obrze z okazji 85. urodzin Fundatora Profesora Zbigniewa Pawłowskiego. Jubilat otrzymał wysokie odznaczenie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego – „Medicus Nobilis" oraz tytuł członka honorowego Fundacji Redemptoris Missio. Uczestnicy spotkania, w liczbie ponad 100 osób, zwiedzili Klasztor OO Oblatów wraz z Biblioteką i Muzeum Misyjnym.

Sierpień był miesiącem programu Stop Malaria Now. W ramach współpracy przejęto od Polskiej Misji Medycznej wystawę „Stop Malaria Now! on tour" i wystawiono ją przed Uniwersytetem Medycznym w Warszawie oraz na terenie POSiR Malta w Poznaniu. Wolontariuszka Sonia Bonar wyjechała do pracy w sierocińcu w Kasisi (Zambia) w ramach programu polskiej współpracy rozwojowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych RP.

We wrześniu w Centrum Wolontariatu Fundacji odbyło się spotkanie pt. „Afrykańska wywiadówka" z Siostrą Lidią Szulc, która z ramienia Fundacji prowadzi akcje adopcji na odległość w Kamerunie.

W dniu 15 września 2011 r. Profesor Zbigniew Pawłowski, w ramach polskiej prezydencji w UE, został zaproszony na spotkanie lekarzy naczelnych ministerstw spraw zagranicznych UE w Warszawie i wygłosił wykład na temat wolontariatu studenckiego. Wykład nawiązywał do Roku Wolontariatu, organizowanego przez UE oraz do działalności charytatywnej Fundacji. We wrześniu wolontariuszka Joanna Cudnoch wyjechała do pracy w Kamerunie. W tym czasie z praktyk w afrykańskich ośrodkach misyjnych powróciły nasze wolontariuszki. Wznowiono akcję „Puszka dla Maluszka".

W dniu 25 września 2011 r. odbyło się kolejne zebranie Rady Fundacji. W dniu 26 września 2011 w gabinecie Rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu miała miejsce wizyta delegacji afgańskiej i żołnierzy WP z podziękowaniem dla Fundacji i społeczności wielkopolskiej za pomoc humanitarną przekazaną afgańskim dzieciom.

Październik był dla Fundacji bardzo pracowitym miesiącem. Wypełniały go audycja „Misyjny Atlas Świata", prezentacja działalności Fundacji dla pracowników Glaxo SmithKline, wysyłka paczek w ramach Orange Day, wizyta trzech misjonarek – Pauli Olik, Dominiki Laskowskiej i Rafały Raś – z prośbą o pomoc dla prowadzonych przez nie ośrodków medycznych w Gabonie, Kamerunie i Kongo. Wolontariuszka Hanna Gawron wyjechała do pracy w szpitalu misyjnym w Kenii. Wydano trzeci tegoroczny numer Biuletynu Informacyjnego „Raport". W Centrum Wolontariatu zainaugurowano działalność akademickiego DKF dla wolontariuszy Fundacji pt. „Kino Misja". Akcję prowadzi wolontariusz Łukasz Komorkiewicz. Wspólnie z Kołem Naukowym „Tropik" oraz Fundacją „Kultury Świata" zorganizowano w Collegium Stomatologicum spotkanie dla studentów Uniwersytetu Medycznego pt. „Rak szyjki macicy w Senegalu".

W dniu 23 września 2011 r., w ramach niedzieli misyjnej, miała miejsce w Katedrze Poznańskiej uroczysta Msza Święta z okazji setnej rocznicy urodzin Dr Wandy Błeńskiej, po której nastąpiło przyjęcie urodzinowe zorganizowane we współpracy z Akademickim Kołem Misjologicznym. W kolejny wtorek w ramach obchodów tygodnia misyjnego Fundacja świętowała jubileusz pani Dr h.c .Wandy Błeńskiej spotkaniem w Cafe Misja po Mszy Świętej w Bazylice Farnej.

W dniu 28 października 2011 r. w Centrum Kongresowym UM odbyły się uroczyste obchody 100-lecia urodzin Dr h.c. Wandy Błeńskiej. Przewodniczący Rady Fundacji, prof. Jerzy Stefaniak, złożył Dostojnej Jubilatce serdeczne życzenia od pracowników, wolontariuszy i sponsorów

→

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. dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria)

Sekretarz Redakcji: mgr 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.

Setna rocznica urodzin Pani Doktor Wandy Błeńskiej

W dniu 28 października 2011 w Centrum Kongresowym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu odbyły się uroczystości z okazji obchodów setnej rocznicy urodzin Pani Doktor Wandy Błeńskiej. Organizatorami spotkania, które zgromadziło ponad 500 osób, byli Prezydent Miasta Poznania i Rektor Uniwersytetu Medycznego.

Jubilatce życzenia złożyli kolejno przedstawiciele władz miasta, województwa i Uniwersytetu Medycznego oraz Fundacji „Redemptoris Missio". Prof. Jerzy Stefaniak, przewodniczący Rady Fundacji, w swoim przemówieniu nawiązał do powstania Fundacji przed 19 laty, w którym dr h.c. Wanda Błeńska odegrała niemałą rolę. Spotkanie uświetniły występy dzieci Piątkowskiej Szkoły im. Dr Wandy Błeńskiej oraz chór Stuligrosza. Został też wyświetlony okolicznościowy film o życiu pani Dr Wandy Błeńskiej. W holu Centrum Kongresowego przedstawiono dwie wystawy dotyczące Dr Wandy Błeńskiej, przygotowane przez Szkołę Piątkowską i Fundację „Redemptoris Missio".

W południe z Dr Wandą Błeńską spotkał się przebywający w Poznaniu prezydent Bronisław Komorowski i odznaczył Ją Krzyżem Wielkim Orderu Odrodzenia Polski.

Spotkanie jubileuszowe w Centrum Kongresowym było poprzedzone kilka dni wcześniej uroczystą Mszą świętą, która miała miejsce w Katedrze w niedzielę misyjną 23 października. Miały też miejsce liczne inne spotkania, które były szczegółowo relacjonowane przez media.

Wystawa Fundacji o Dr Wandzie Błeńskiej przedstawiała młodych ludzi, wolontariuszy Fundacji, którzy chcieliby naśladować życie tej świeckiej misyjnej lekarki. Ich praca to najpiękniejszy pomnik, jaki postawiła sobie Doktor Błeńska, nazywana przez Fundatorów „Matką Fundacji". Jedna z wolontariuszek, Jowita Winiaszewska, studentka V roku medycyny, odbywała letnią praktykę studencką w tym roku w Ugandzie. Po powrocie relacjonuje:

Fot. Robert Woźniak

Ks. Arcybiskup Stanisław Gądecki i dr Wanda Błeńska na moście Biskupa Jordana w Poznaniu

„Kiedy się dowiedziałam, że będę pracować właśnie w tym kraju, moje myśli zaczęły krążyć wokół jednego marzenia, chciałam odwiedzić szpital w Bulubie. Dla nas, wolontariuszy Fundacji, to niezwykłe miejsce. Miejsce, w którym Doktor Wanda Błeńska służyła ludziom chorym na trąd ponad 40 lat.

We wrześniu nadszedł ten upragniony dzień. Przybyłam do Buluby. Wśród malowniczych łąk i drzew stoi szpital, w którym Matka Trędowatych przez te wszystkie lata leczyła swoich pacjentów. Rozległy kompleks budynków obecnie pełni funkcję szpitala ogólnego. Mijaliśmy różne oddziały, laboratorium, fizjoterapię, aptekę, centrum szkoleniowe. Kiedyś wszystkie te budynki tworzyły największe w Ugandzie leprozorium – miejsce, w którym leczono chorych na trąd.

W szpitalu przywitał nas doktor Joseph Kawuma, wychowanek Doktor Błeńskiej. Czarnoskóry, szczupły lekarz opowiadał nam, jak wiele nauczył się u boku Pani Doktor. Mówił również, że sama doktor Błeńska nazywała go swoim synem.

→

Fundacji, podkreślając rolę, jaką Pani Doktor odegrała w powstaniu Fundacji. Fundacja przygotowała z tej okazji okolicznościową wystawę.

Listopad wypełniały spotkania wolontariuszy w szkołach, reportaże radiowe, Kino Misja, remont pomieszczeń Centrum Wolontariatu oraz przygotowania do posiedzenia Rady Fundacji w dniu 20 listopada. W dniu 16 listopada w ramach święta Służb Zagranicznych RP w Pałacu Prezydenckim w Warszawie prof. Zbigniew Pawłowski, fundator Fundacji, otrzymał honorowy medal „Bene merito" w uznaniu zasług dla promowania i wzmacniania pozycji Rzeczypospolitej na arenie międzynarodowej. Wyróżnienie to jest m.in. wyrazem naszej bliskiej współpracy z MSZ.

Na posiedzeniu Rady Fundacji w dniu 20 listopada powołano nowego prezesa Fundacji. Została nim p. dr stom. Anna Tarajkowska, związana z Fundacją od początku jej istnienia. Rada wyraziła równocześnie podziękowanie p. mgr Agnieszce Lipińskiej za jej zaangażowanie i oddanie sprawom Fundacji na stanowisku ustępującego prezesa.

Justyna Janiec-Palczewska

EUROPEJSKI ROK WOLONTARIATU

Europejski Rok Wolontariatu

Zgodnie z decyzją Rady Unii Europejskiej z dnia 27 listopada 2009 roku, pomiędzy rokiem 2010 – nazwanym Europejskim Rokiem Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym, a nadchodzącym rokiem 2012 – ogłoszonym mianem Europejskiego Roku Aktywnego Starzenia się i Solidarności Między Pokoleniami, trwa rok 2011, ustanowiony Europejskim Rokiem Wolontariatu Propagującym Aktywność Obywatelską. Jego głównym celem jest podniesienie świadomości społecznej na temat wolontariatu, wszelkich działań podejmowanych w jego zakresie i ukazanie go w całej jego różnorodności. Warto dodać, że to właśnie w roku 2011 przypada dziesiąta rocznica Międzynarodowego Roku Wolontariusza, którego istnienie zostało zainicjowane przez Organizację Narodów Zjednoczonych. Ponadto, obchody ERW 2011 pokrywają się z półrocznym okresem sprawowania przez Rzeczpospolitą Polską Przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej, co sprawia, że Polsce postawiono spore wyzwanie, umożliwiające promowanie wolontariatu w krajach członkowskich UE.

W Polsce wolontariusz ustawowo określany jest jako osoba fizyczna, która ochotniczo i bez żadnego wynagrodzenia wykonuje świadczenia na zasadach określonych w ustawie.

Ponadto ustawa wyłącza możliwość angażowania wolontariuszy w działalność nastawioną na osiągnięcie zysku. Definicja ta jednak jest dość ogólna i niepełna. U znacznej części społeczeństwa panuje błędne przekonanie o istocie wolontariatu, część osób deklarujących swoje zaangażowanie ma na myśli wysłanie charytatywnego SMS-a. W Polsce odczuwany jest jeszcze wpływ minionego ustroju politycznego, w którym dokonano dewaluacji pojęcia „praca społeczna", co oznacza, że społeczeństwo czuło się przymuszane do zaangażowania w dobro wspólne i pomoc innym. Przekonanie to często przekazywane jest z pokolenia na pokolenie, ponieważ rodzice sami nie odczuwają potrzeby pracy dla innych, w wyniku czego nie potrafią wykształcić takiej postawy u swoich dzieci. Istotne jest, aby w społeczeństwie wytworzyć prestiż wolontariusza. Doskonałymi okazjami ku temu wydają się być takie wydarzenia, jak Międzynarodowy Dzień Wolontariatu, tak popularny w krajach Europy Zachodniej, gdzie organizowane są nawet tygodnie propagujące idee wolontariatu, czy też chociażby obchody z okazji Międzynarodowego Dnia Wolontariusza przypadające 5 grudnia, a ustanowione w roku 1985 przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych. Celem takiego działania jest podniesienie wiedzy społeczeństwa w tym temacie oraz przedstawienie pozytywnego wizerunku wolontariatu, aby został uznany za społecznie słuszny.

→

Setna rocznica urodzin Pani Doktor Wandy Błeńskiej

(dokończenie ze str. 3)

Przyjechał do Buluby na początku lat siedemdziesiątych, krótko po ukończeniu szkoły medycznej. Od razu doktor Błeńska, która dotychczas sama przyjmowała codziennie bardzo wielu pacjentów, podzieliła listę oczekujących na przyjęcie pacjentów na pół i przydzieliła ich do młodego adepta medycyny. Lekarz zareagował przerażeniem. Nigdy dotąd nie leczył trędowatych, ale z dnia na dzień coraz lepiej wdrażał się w nowe obowiązki. Wiedział, że zawsze może liczyć na pomoc doświadczonej Doktor, w końcu uczył się od najlepszego lekarza leprologa w Ugandzie. Codziennie obserwował żmudną pracę Doktor Błeńskiej, która każdego pacjenta szczegółowo i wnikliwie badała, tak aby żaden szczegół nie umknął jej uwadze. Ta drobna kobieta miała niewyczerpane siły witalne. Od rana do późnego wieczora, albo badała chorych w swoim gabinecie, albo przemieszczała się z nimi między poszczególnymi pomieszczeniami szpitala, kierując ich na stosowne badania.

Teraz Doktor Kawuma sam prowadzi kursy dotyczące leczenia i opieki nad ludźmi trędowatymi, jest także krajowym konsultantem w tej sprawie. W najstarszych budynkach szpitala znajduje się obecnie Wanda Blenska Training Centre, gdzie lekarze, pielęgniarki, clinical officers przyjeżdżają w celu zdobycia niezbędnej wiedzy dotyczącej trądu i gruźlicy. Mimo że Buluba nie jest już tylko leprozorium, nadal jest ośrodkiem referencyjnym dla Ugandy. Trąd jest już w pewnym stopniu opanowany. Doktor Kawuma powiedział, że na samym początku przyjmowano 50 nowych pacjentów dziennie, obecnie liczba przypadków spadła do co najwyżej 50 rocznie.

Odwiedziliśmy również miejsce, w którym Doktor mieszkała. Domek położony niedaleko szpitala z przepięknym widokiem na jezioro. Do domku prowadziła alejka bardzo wysokich drzew. Drzewa te zasadziła Doktor Błeńska, chciała mieć niewysoki żywopłot prowadzący do domu.

Tego dnia szczęście nas nie opuszczało. W szpitalu spotkaliśmy pacjentów Doktor Błeńskiej. Starsi panowie Dandi i Dionizjo z rozrzewnieniem opowiadali, ile zawdzięczają Dokcie, bo tak nazywali Ją pacjenci. Czułam wielką dumę, że i ja znam Doktor Błeńską – niezwykłą osobę, której życie wywarło wpływ na życie moje i wielu innych wolontariuszy".

Jowita Winiaszewska
Justyna Janiec-Palczewska

Tematyka Europejskiego Roku Wolontariatu 2011 została podjęta przez wszystkie państwa członkowskie Unii Europejskiej, które dla sprawnego wdrażania ERW 2011 na poziomach krajowych, utworzyły Krajowe Organy Koordynujące, tzw. KOK – z ang. National Coordinating Bodies. Polskim organem koordynującym, jako resort odpowiedzialny za obszar działalności pożytku publicznego i wolontariatu, zostało Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, zaś komórką organizacyjną, sprawującą nadzór nad Krajowym Planem Działania dla Europejskiego Roku Wolontariatu 2011 w Polsce, jest Departament Pożytku Publicznego.

Wszystkie działania w Polsce w ramach ERW 2011 finansowane są w formie grantu – w 80% ze środków Komisji Europejskiej, a w pozostałych 20% ze środków krajowych budżetu państwa.

W związku z obchodami ERW 2011, Rada Unii Europejskiej ustaliła cele Roku Wolontariatu dla wszystkich państw członkowskich biorących udział w obchodach Roku. Są nimi cztery podstawowe założenia: tworzenie sprzyjającego otoczenia dla wolontariatu w UE, wzmacnianie pozycji organizatorów wolontariatu w celu poprawy jakości wolontariatu, uznawanie wolontariatu oraz szerzenie wiedzy o wartości i znaczeniu wolontariatu.

Jednym z głównych projektów, realizującym wyżej podane cele, zainicjowanym przez Komisję Europejską i obejmującym obchody Europejskiego Roku Wolontariatu, jest tzw. wydarzenie istniejące pod nazwą EYV Tour 2011 – z ang. European Year of Volunteering Tour 2011. W Polsce głównym przesłaniem kampanii ERW 2011 zostało hasło: „Zostań wolontariuszem, zmieniaj siebie i świat!". Kampania ogólnoeuropejska prowadzona jest analogicznie – «Volunteer! Make a difference». W ciągu całego roku każdy kraj członkowski Unii Europejskiej promujący idee ERW jest zobowiązany przyjąć w swoim państwie Europejski Tour ERW 2011 w formie tzw. pawilonu – namiotu, usytuowanego w interesującej i zaludnionej przestrzeni miejskiej. Pawilon ERW 2011 ma być miejscem spotkań, służyć prezentacjom, interakcjom międzyludzkim, wymianą pomysłów i poglądów oraz dyskusjom, a to wszystko na rzecz tematu o wolontariacie. W oryginalnej wersji Pawilonu nie przyjmują wszystkie kraje UE, jedynie osiem z nich. Pozostałe państwa są zobowiązane do stworzenia namiotu i zapewnieniu dobrego obszaru na jego prezentację we własnym zakresie. Tak więc, Polska została krajem wyróżnionym, gdyż Pawilon został rozstawiony w Warszawie na Placu Defilad w dniach od 1 do 14 września. Miejsce na usytuowanie Pawilonu zostało zarekomendowane przez Urząd Miasta Stołecznego Warszawy i zatwierdzone przez Komisję Europejską. Przez tych kilka dni w Pawilonie zebrano ofertę najbardziej aktywnych organizacji oraz inicjatyw społecznych. Każdy dzień był poświęcony odrębnej tematyce. Były to między innymi kwestie wolontariatu w kulturze i sztuce, wolontariatu młodzieżowego, ratowniczego, międzynarodowego, w tym zagranicznego i misyjnego, sportowego, pracowniczego, e-wolontariatu, długoterminowego, na rzecz integracji osób niepełnosprawnych, po aktywizację seniorów i profilaktykę. Podczas Dnia Wolontariatu Międzynarodowego odwiedzający mieli możliwość dyskusji z wolontariuszami z innych miast i krajów oraz zapoznania się ze sposobnością podjęcia wyzwania wolontariatu poza Polską – „wyzwania", gdyż wolontariat międzynarodowy i misyjny wiąże się z pracą w krajach, w których panują

Europejski Rok Wolontariatu

(dokończenie ze str. 4-5)

trudne warunki sanitarne i klimatyczne, czy też w takich, w których niejednokrotnie sytuacja polityczna nie jest ustabilizowana.

Każdy z obszarów wolontariatu był zaprezentowany w sposób nieszablonowy, tzn. w Warszawie pod Pałacem Kultury i Nauki w Pawilonie można było brać udział w warsztatach, panelach dyskusyjnych, konferencjach, seminariach, badaniach opinii, konkursach, koncertach, pokazach, zajęciach sportowych i plastycznych. W sumie przez dwa tygodnie z programu skorzystało ponad 7 000 osób, w grupach zorganizowanych, jak i indywidualnie. Dlatego też Pawilon z założenia jest jednym z najistotniejszych działań w trakcie obchodów ERW 2011, ponieważ pełni funkcję informowania, uświadamiania i aktywizowania jednocześnie.

W tym momencie warto zwrócić uwagę na to, że obchody Europejskiego Roku Wolontariatu 2011 zostaną w pełni zrealizowane do grudnia tego samego roku. Zakończenie ERW będzie miało charakter uroczysty na poziomie ogólnoeuropejskim i, co ważne dla Polski, odbędzie się w Warszawie.

Należy jednak dodać, że wydarzenie ERW 2011 jest programem o charakterze krótkoterminowym, ograniczonym w czasie. Dlatego też, w celu wzmocnienia systemowego podejścia do wolontariatu w Polsce, została opracowana jego długofalowa polityka. Dokument ten przedstawia problemy, z jakimi instytucja wolontariatu spotyka się w dzisiejszych czasach.

Długofalowa polityka rozwoju wolontariatu w Polsce kładzie mocny nacisk na propagowanie korzyści płynących z tej działalności. Niewątpliwie najważniejsze są korzyści społeczne, a jedną z nich jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. Należy więc pamiętać o funkcji, jaką może odgrywać dobrze prowadzony wolontariat w systemach resocjalizacji czy aktywizacji osób starszych, które nie pracują już zawodowo. Niestety, w ocenie części społeczeństwa, wolontariat jest czymś ekskluzywnym, czym mogą zajmować się ludzie młodzi, bogaci i wykształceni. Takie przekonanie może powstrzymywać przed zaangażowaniem się grup społecznych, które są zagrożone wykluczeniem.

Wolontariat to również możliwość podniesienia swoich kwalifikacji zawodowych. Zdobyte doświadczenie podczas takiej pracy nie jest obojętne w późniejszej karierze i powinien to być ważny krok na ścieżce samokształcenia młodego człowieka. Niestety, niektóre poczynione reformy nie spełniają swoich pierwotnych założeń. Przykładem może być punktowy system oceniania wprowadzony w gimnazjach odnośnie ocen z zachowania. Punkty przyznane za prace społeczne, bez połączenia tego z szeroko zakrojoną akcją promocyjną uświadamiającą idee wolontariatu, są niewystarczające.

Problemem jest także często mała popularność wolontariatu długoterminowego uwarunkowana złym podejściem osób organizujących go. Często powoduje to zniechęcenie u potencjalnych wolontariuszy podczas pierwszego kontaktu z taką formą pracy. Wydaje się niezbędne organizowanie szkoleń z zakresu organizacji wolontariatu oraz umożliwienie wymiany doświadczeń między jednostkami.

W dłuższej perspektywie czasu widać poprawę sytuacji, jednak potrzeba jeszcze wielu zmian, aby Polska osiągnęła poziom porównywalny z krajami Europy Zachodniej. Jednak nie można uciekać się do przymusu lub nakazu charytatywnej pracy dla konkretnej instytucji pozarządowej lub publicznej. Wolontariat zawsze powinien odznaczać się pierwiastkiem spontaniczności i dobrowolności (z łac. voluntarius – dobrowolny), chęciami wypływającymi z własnej, nieprzymuszonej woli. Pamiętajmy, że wolontariat przynosi korzyści obustronne, zarówno tym, którym się pomaga, jak i tym pomagającym, zatem można stwierdzić, że odznacza się terapeutycznymi właściwościami. Pozwala rozwijać postawy altruistyczne głównie wśród osób młodych, a bez wątpienia w każdym wolontariuszu buduje poczucie własnej wartości, zaspokaja wewnętrzną potrzebę angażowania się, jest źródłem spełnienia w życiu społecznym, gdyż daje satysfakcję z pomagania innym ludziom i działania dla ich dobra. Ci, którzy działają już na rzecz innych, mogą utwierdzić się w swoich przekonaniach, np. za sprawą takich programów, jak ERW 2011, natomiast ci, którzy jeszcze nie mieli okazji zapoznać się z różnymi formami obszarów wolontariatu, dzięki takim akcjom mają możliwość zetknięcia się z tematem. To właśnie m.in. Europejski Rok Wolontariatu Propagujący Aktywność Obywatelską przypomina Europejczykom, jak istotną, wartościową i pożądaną rzeczą w obecnych czasach jest aktywność wolontariacka i jak niewiele potrzeba, aby w tak prosty i jednocześnie interesujący sposób zmieniać świat na lepszy każdego dnia.

Oprac. Emilia Wietrzyńska
Bartosz Chlebanowski
– wolontariusze Fundacji

Wolontariusze Fundacji na praktykach w Afryce

EUROPEJSKI ROK WOLONTARIATU

Po kilku latach „chudych", Fundacja ponownie zaczęła wysyłać po kilku wolontariuszy na letnie praktyki studenckie do ośrodków misyjnych w Afryce. W roku 2011 wyjechało 5 osób:

- **Zofia Bartkowiak, studentka 6. roku Wydziału Lekarskiego – do Zambii,**
- **Sylwia Płoszajczak, studentka 6. roku WL – do Zambii,**
- **Anna Chylińska, studentka 5. roku WL – do Tanzanii,**
- **Jowita Winiaszewska, studentka 6. roku WL – do Ugandy oraz**
- **Magdalena Soszyńska, absolwentka położnictwa – do Kamerunu.**

Przed wyjazdem studentki odbyły fachowe przeszkolenie u dr hab. med. Małgorzaty Paul w Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM.

Badanie małego pacjenta - Zambia

Warto przytoczyć kilka wycinków z ich sprawozdań przekazanych po powrocie do Fundacji.

Jowita Winiaszewska pracowała w Ugandzie w ośrodku zdrowia w Kakooge (100 km na północ od Kampali), prowadzonym przez OO. Franciszkanów i Siostry Małe Świętego Franciszka. Ośrodek zdrowia był małym szpitalikiem z ultrasonografem i salą operacyjną, ale bez chirurga i osoby biegłej w ultrasonografii. Ośrodek nie ma lekarza zatrudnionego na stałe. Jego obowiązki spełnia „clinical officer", odpowiednik naszego felczera, po 3 latach studiów. Studia medyczne trwają 5 lat plus rok stażu; są kosztowne. Płaca lekarza jest dość wysoka i nie każdy ośrodek zdrowia może pozwolić sobie na jego zatrudnienie. Felczer diagnozuje pacjentów na podstawie wywiadu i w oparciu o wyniki testów laboratoryjnych; bardzo rzadko przeprowadza badanie fizykalne.

Wiele chorób leczy się „na wyrost", np. zapalenie płuc na podstawie wywiadu od matki (dziecko kaszle), bez osłuchiwania i badania radiologicznego, które jest dostępne tylko w większych miastach. W laboratorium najczęstszym badaniem jest szukanie *Plasmodium* w kropli krwi, poza tym robi się testy w kierunku duru brzusznego, brucelozy i kiły. Bardzo sprawnie działa opieka położnicza, prowadzona przez położną. Nierzadkie są urazy, zwłaszcza komunikacyjne.

Moje wrażenia z wizyty w ośrodku Dr Wandy Błeńskiej w Bulubie są opisane oddzielnie (str. 3). Trafiłam jeszcze do jednego miejsca, które zrobiło na mnie ogromne wrażenie. W małej wiosce Nabjeja, niedaleko Masindi, nadal znajduje się kościół wybudowany przez Polaków w 1943 roku. Osiedliło się tutaj około 5.000 rodaków, głównie rodziny żołnierzy Armii Andersa. Ich obóz funkcjonował 7 lat, po czym Polacy rozproszyli się po świecie. Jedynym śladem po nich obecnie jest kilka książek w klasztorze w Kakooge pieczętowanych: „Biblioteka szkolna – obóz Polonii w Masindi".

Wszystko, co miałam okazję zrobić i zobaczyć w Ugandzie, było niesamowicie pozytywnym doświadczeniem i... bardzo chciałabym tam wrócić.

Anna Chylińska trafiła do misji Sióstr Maryi Niepokalanej w małej miejscowości Nanjota w Tanzanii w pobliżu granicy z Mozambikiem. Ośrodek składał się z przychodni z gabinetem lekarskim, laboratorium, dwóch sal chorych, apteki, pokoju zabiegowego i „kliniki" położniczej. „Moja praca polegała na pomocy w funkcjonowaniu ośrodka, razem z miejscowym «clinical officer». Brałam udział w akcji szczepień, wykonywałam wiele zastrzyków, robiłam opatrunki na rany, ropnie i oparzenia (bardzo częste w terenie, gdzie życie koncentruje się wokół ognisk). Asystowałam przy wyrywaniu zębów i porodach.

Laboratorium, porzucone przez poprzedniego laboranta, zaczęło działać w drugim miesiącu mojego pobytu. Można w nim było wykonać badanie rozmazu krwi w kierunku malarii, test na kiłę, oznaczyć hemoglobinę, zbadać mocz i kał chorego oraz wykonać test ciążowy. Podczas mojego pobytu przyszły do nas dwa razy paczki z lekami i opatrunkami z Fundacji. Dostaliśmy nawet lizaki dla dzieci. To było niesamowite; paczki trafiły do

→

Wolontariusze Fundacji na praktykach w Afryce

(ciąg dalszy ze str. 7)

nas nienaruszone po przebyciu tysięcy kilometrów. To bardzo miłe uczucie tym razem rozpakowywać, a nie pakować paczki.

Okolice Nanjota to najmniej rozwinięta część Tanzanii, zamieszkała przez bardzo biednych ludzi. Tanzańczycy są ludźmi niewiarygodnie ciepłymi i życzliwymi, otwartymi na innych. pozdrawiającymi cię z daleka; radośni i uśmiechnięci mimo, że posiadają czasem tak niewiele. Będę tęsknić za tymi ludźmi i za panującą tam cudowną atmosferą. Proszę przyjaciół Fundacji o dalszą pomoc, żebyśmy razem mogli wspierać to wspaniałe dzieło misyjne i jakże niełatwą i często pełną poświęcenia pracę misjonarzy".

Zofia Bartkowiak i Sylwia Płoszajczak trafiły do Zambii. Pierwsze dwa tygodnie pracowały w sierocińcu w Kasisi, 10 km od Lusaki. „Siostry Służebniczki NMP NP mają pod opieką ponad 200 dzieci, w tym około 40 zakażonych HIV. W tym czasie zastępowałyśmy będącą na urlopie pielęgniarkę i zaczynałyśmy dzień od smarowania głów dzieci z grzybicą. Opieka nad wieloma dziećmi z typowym wirusowym przeziębieniem, połączonym z gorączką, zajmowała nam sporą część dnia i niekiedy nocy. Na szczęście, zaopatrzenie w leki było dobre, z wyjątkiem braku wody utlenionej, której tu w ogóle nie znają. Wieczór spędzałyśmy na pogaduszkach z Asią, nauczycielką z Polski, która przyjechała, by pomagać siostrom w zajęciach z dziećmi.

Później pojechałyśmy do Mpanshya, 200 km od stolicy, typowej afrykańskiej wioski z prądem tylko kilka godzin dziennie i bez ciepłej wody. Mieszkałyśmy u sióstr boromeuszek. Siostry prowadzą 100-łóżkowy szpital i duże gospodarstwo. Szpital ma oddział męski, kobiecy, dziecięcy, chirurgiczny, porodówkę oraz salę operacyjną, laboratorium i pracownię rtg. Jest też ultrasonograf, ale bez sondy przezbrzusznej (używano sondy dopochwowej). Szpital zawsze był pełen. Największym problemem jest AIDS i gruźlica. W porze suchej nie było malarii. Natomiast na oddziale dziecięcym problemem była niedokrwistość sierpowata. Często zdarzały się zapalenia płuc, poparzenia i urazy. Dzięki współpracy ze szwajcarskimi lekarzami, szpital stoi na wysokim poziomie. Przy szpitalu działa również rewelacyjnie hospicjum prowadzone przez Małgosię Strzelecką, pielęgniarkę z Polski, wysłaną przez naszą Fundację. Popołudniami pomagałyśmy siostrze Józefie, która prowadzi program adopcji na odległość i pracowałyśmy w Nutrition Centre. Niezwykłe doświadczenie medyczne, energia i ogromna wiara w lepsze jutro ludzi, których tam poznałyśmy, na zawsze pozostaną w pamięci, mobilizując do pracy. Może kiedyś wrócimy do Zambii już jako lekarki".

Karmienie...

Magdalena Soszyńska trafiła do Ndelele, niewielkiej miejscowości w Kamerunie, do ośrodka zdrowia prowadzonego przez Zgromadzenie Sióstr Pasjonistek. Ośrodek składa się z przychodni, laboratorium i części położniczej, w której odbiera się porody i leczy chorych na AIDS. Mimo że nie ma tam lekarza ani laboranta, pacjenci są pod fachową opieką sióstr.

Pracowała zarówno w przychodni, gdzie do najczęstszych problemów zdrowotnych należą malaria, gruźlica, pasożyty, jak i na porodówce. „Kameruńskie kobiety rodzą kilkoro do kilkunastu dzieci. Przyzwyczajone są do rodzenia w domu. Praca przy porodach była wspaniała i zapamiętam ją do końca życia. Afrykańskie kobiety są niezwykle silne i wytrzymałe. Nie otrzymują żadnych środków przeciwbólowych. Doskonale znają swoje cia-

→

Z pacjentami

Magdalena Soszyńska w trakcie badania – Kamerun

Spotkanie u OO. Oblatów w Obrze

W dniu 30 lipca 2011 Fundacja „Redemptoris Missio" wraz z OO. Oblatami zorganizowała spotkanie na temat misyjny w Klasztorze w Obrze. Okazją do spotkania były 85. urodziny prof. Zbigniewa Pawłowskiego. Stąd też wśród przybyłych ponad 100 gości było wielu członków Rodziny Pawłowskich i Ich przyjaciół, w tym dr h.c. Wanda Błeńska. W czasie spotkania pani prezes mgr Agnieszka Lipińska podsumowała działania Fundacji polegające na udzielaniu bezpośredniej pomocy Fundacji misjom i promocji dzieła misyjnego. Ojcowie Oblaci z kolei przedstawili swoją szeroko zakrojoną działalność misyjną.

Obra – kościół OO. Oblatów

Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski wręcza najwyższe odznaczenie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego prof. Zbigniewowi Pawłowskiemu

Z okazji spotkania prof. Zbigniew Pawłowski otrzymał dyplom członka honorowego Fundacji „Redemptoris Misio" oraz, wręczone przez prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego, prezesa PTL, najwyższe odznaczenie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego „Medicus nobilis". Pan Prorektor prof. Zenon Kokot przekazał jubilatowi życzenia JM Rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Uczestnicy zebrania mieli możność zwiedzenia zabytkowego Kościoła w Obrze oraz klasztornej biblioteki i muzeum misyjnego. Spotkanie zakończył koncert muzyki organowej w wykonaniu dwóch profesorów sztuki organowej z Krakowa. Zebrane w czasie spotkania datki zostały przekazane na rozwój dzieła misyjnego OO. Oblatów.

ło, potrafią intuicyjnie wybrać wygodną dla nich pozycję. Zaskoczyło mnie i zarazem ucieszyło, że bardzo rzadko wykonuje się episiotomię, czyli nacięcie krocza. W Ndelele nie ma wody bieżącej ani prądu i nie ma mowy ani o USG, ani o inkubatorach.

Po porodzie...

Opieka zdrowotna w Kamerunie jest płatna, ale siostra ogłosiła, że podczas mojego pobytu porody będą bezpłatne. Dwa razy w tygodniu razem z pielęgniarką jeździłyśmy do wiosek szczepić dzieci. Na widok charakterystycznej pomarańczowej walizki dzieci zaczynały płakać! Każde dziecko przed podaniem szczepionki musiało być obowiązkowo zważone. Niestety, bardzo wiele dzieci jest niedożywionych, mimo że gleba jest bardzo dobra i wszystko na niej rośnie; owoców i warzyw nie brakuje, ale rodzice nie karmią nimi swoich pociech.

Takiej biedy, jak w Ndelele, nie widziałam nigdy w życiu, jednak ludzie są szczęśliwi, uśmiechnięci i bardzo uprzejmi. Zobaczyłam, jak ważna jest pomoc niesiona przez Fundację w postaci materiałów opatrunkowych i leków.

Bardzo wiele się nauczyłam, nabrałam też pokory wobec biednych i sióstr, które im pomagają".

Zofia Bartkowiak
Anna Chylińska
Sylwia Płoszajczak
Magdalena Soszyńska
Jowita Winiaszewska

EUROPEJSKI ROK WOLONTARIATU

Wolontariat studencki Fundacji przedstawiony z okazji Polskiej Prezydencji Unii Europejskiej

W dniach 15 i 16 września 2011 w pałacu Przeździeckich w Warszawie odbyło się spotkanie dyrektorów Służb Medycznych Ministerstw Spraw Zagranicznych państw Unii Europejskiej. Prof. Zbigniew Pawłowski, zaproszony na to spotkanie, wygłosił referat pt. „Medical university students voluntary aid to marginalized people". Referat był oparty o doświadczenie Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" w Poznaniu. Oto jego obszerne streszczenie.

Rok 2011 jest Europejskim Rokiem Wolontariatu. Z tej racji ostatnio odbył się w Warszawie szereg spotkań organizacji zajmujących się wolontariatem oraz była otwarta przenośna wystawa Europejskiego Wolontariatu. Wolontariat odgrywa dużą rolę w integracji krajów Unii Europejskiej i w organizowaniu pomocy krajom rozwijającym się.

W roku 1992 powstała w Poznaniu Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio", której jednym z zadań była i jest pomoc świadczona najbiedniejszym populacjom świata. Pomoc ta jest świadczona przez wolontariuszy, pielęgniarki i lekarzy Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i jest sponsorowana głównie przez społeczność wielkopolską: parafie, szkoły, sponsorów indywidualnych i producentów leków i środków opatrunkowych. Pomoc materialna dociera do najuboższych w Afryce, Azji i Ameryce Południowej poprzez ośrodki medyczne przy polskich misjach katolickich, które gwarantowały ich właściwy podział.

W liczbach pomoc przedstawia się następująco. W Fundacji działa rocznie około 40 studentów – wolontariuszy. Pomoc jest sponsorowana przez około 5.000 osób. W organizacji pomocy bierze udział ponad 30 szkół podstawowych i gimnazjów. W propagowaniu pomocy dużą rolę odgrywają media: radio Emaus, telewizja, gazety codzienne i tygodniki. Pomoc jest wysyłana do 35 krajów misyjnych, na tereny szczególnie potrzebujące wsparcia materialnego.

Kalendarium pomocy charytatywnej przedstawia się następująco:

1989 pierwszy Tydzień Medycyny Tropikalnej, zorganizowany przy Klinice Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu;
1991 pierwsza wizyta studentów w leprozorium O. Mariana Żelazka w Puri, Indie i w ośrodku Matki Teresy w Kalkucie;
1992 rejestracja Fundacji Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio, działającej przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu;
1993 początek szkolenia misjonarzy w zakresie medycyny tropikalnej w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie;
1995 rozpoczęcie dorocznych tygodniowych kursów podstawowej opieki medycznej w tropiku; 1994-97 Fundacja staje się członkiem stowarzyszonym Medicus Mundi International jako Medicus Mundi Poland;
1996 rozpoczęcie studenckich praktyk letnich w misyjnych ośrodkach medycznych;
2006 Polskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych wspiera Fundację finansowo;
2008 nowoczesny ośrodek zdrowia, wybudowany przez Fundację, otwarty w Kiabakari w Tanzanii.

Pomoc osobowa: 68 studentów odbyło 3-miesięczne praktyki medyczne w 8 krajach misyjnych; 43 lekarzy i 7 pielęgniarek skierowanych zostało do pracy w różnych ośrodkach misyjnych; grupa chirurgów została wysłana do Republiki Środkowej Afryki i operowała 44 pacjentów z występującym tam masowo wolem endemicznym.

Pomoc szkoleniowa: zorganizowano dwanaście letnich kursów szkoleniowych w Poznaniu dla osób zamierzających pracować w tropiku (udział w nich wzięło razem 385 uczestników), zorganizowano regularne szkolenie misjonarzy w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie, wydano 38 numerów kwartalnika medycznego „Medicus Mundi Polonia". W przygotowaniu jest podręcznik dla misjonarzy o ochronie zdrowia w tropiku. Wydano 4 książki nt. pracy polskich misjonarzy, zorganizowano 6 konferencji naukowych, przekazywano mediom obszerny materiał informacyjny nt. medycyny tropikalnej.

W ciągu kilkunastu lat wysłano do misji 1.180 paczek z lekami i z materiałami opatrunkowymi oraz z wyposażeniem medycznym (inkubatory dla dzieci, mikroskopy). Wyposażono ośrodek w Kiabakari w nowoczesny sprzęt diagnostyczny (USG, EKG, kombajn diagnostyczny).

W kraju nawiązano współpracę z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu i w Warszawie, z Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie, z kilkoma ośrodkami Papieskich Dzieł Misyjnych w kraju, z Ministerstwem Spraw Zagranicznych oraz licznymi zakonami misyjnymi. w szczególności Werbistami, Oblatami, Salezjanami i Siostrami Urszulankami. Bliskie kontakty utrzymywane są z Medicus Mundi International, Instytutem Tropikalnym w Bazylei, Światową Organizacją Zdrowia w Genewie, Unią Europejską (sponsor programów), CUAMM w Padwie oraz 45 ośrodkami misyjnymi w świecie.

W podsumowaniu stwierdzono, że pomoc potrzebującym na zasadzie wolontariatu ma już pewne dawne tradycje. Ogłoszenie roku 2011 Rokiem Europejskiego Wolontariatu jest jak najbardziej na czasie. Studenci medycyny są grupą silnie motywowaną dla pomagania innym. Milenijne Cele Rozwoju zakładają znaczącą rolę pomocy medycznej i edukacji. Chrześcijańskie misje mają istotne znaczenie w przekazywaniu pomocy krajom rozwijającym się, gdyż działają na terenach peryferyjnych, nie są nastawione na zysk, mają bliski kontakt z potrzebującymi pomocy.

W zakończeniu prelegent podziękował wszystkim wolontariuszom i pracownikom Fundacji „Redemptoris Missio" w Poznaniu oraz sponsorom za pomoc w działalności humanitarnej i podkreślił rolę, jaką lekarze Ministerstw Spraw Zagranicznych, krajów europejskich mogą spełniać w pomocy humanitarnej dla krajów rozwijających się.

Konferencja u OO Werbistów w Pieniężnie

W dniach 20-22 czerwca 2011 u OO Werbistów w Pieniężnie odbyła się konferencja pt. WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA NA RZECZ OCHRONY ZDROWIA – SZANSE I WYZWANIA. Organizatorem Konferencji była Katedra Filozofii i Kultury Chrześcijańskiej Instytutu Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego. Fundację „Redemptoris Missio" reprezentował prof. Zbigniew Pawłowski, wygłaszając referat pt. „Zdrowie dla wszystkich. Idea i rzeczywistość".

Streszczenie referatu było następujące: „Zdrowi i edukowani obywatele są podstawą dobrze prosperującego społeczeństwa. Idea «Zdrowie dla wszystkich do roku 2000» została podjęta z inicjatywy WHO i UNICEF w roku 1978. Równocześnie w strukturach organizacji ochrony zdrowia promowano podstawową opiekę zdrowotną. W roku 2000 UN zobowiązało 189 krajów członkowskich do realizacji Milenijnych Celów Rozwoju, w których obok zadań prozdrowotnych, takich jak ochrona zdrowia matki i dziecka, zmniejszanie zapadalności na choroby zakaźne wprowadzono cele zwalczające głód, popierające podstawową edukację i dbałość o środowisko. W latach 2003-2005, poprzez Medicus Mundi International, zaangażowano episkopaty krajów afrykańskich w reorganizację opieki zdrowotnej na misjach. Nadal istnieje szereg barier medycznych, społecznych i finansowych, aby w pełniejszy sposób zrealizować ideę zdrowia dla wszystkich w świecie. Troska o zdrowie nie powinna być tylko sprawą oficjalnych organów służby zdrowia; o zdrowie winien dbać każdy obywatel i całe społeczeństwo. Aby je o tym przekonać potrzeba jest aktywna i skuteczna edukacja zdrowotna".

Materiały konferencji, jednej z wielu już dorocznie organizowanych przez Katedrę Filozofii i Kultury Chrześcijańskiej, niebawem ukażą się drukiem.

Pomoc dla Afganistanu

26 września 2011 r. w Rektoracie Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego odbyło się spotkanie władz uczelni i działającej przy Uczelni Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" z delegacją afgańską.

Goście z Afganistanu przybyli do Polski, by osobiście podziękować za pomoc humanitarną, jakiej mieszkańcy Poznania udzielili za pośrednictwem Fundacji afgańskim dzieciom. Po apelu w mediach i dzięki szerokiej akcji informacyjnej dziennikarzy, Poznaniacy bardzo żywiołowo zareagowali na prośbę Fundacji o ciepłą zimową odzież dla afgańskich dzieci. Dodatkowym utrudnieniem był fakt, że ze względu na przepisy celne, ubrania musiały być nowe.

Siedzibę Fundacji każdego dnia odwiedzały tłumy ludzi, z których każdy chciał coś podarować dzieciom. Jedna z zakonnic w ciągu dwóch tygodni zrobiła na drutach 150 czapek, a wśród podarowanych rzeczy znalazły się również przybory szkolne i maskotki.

Na spotkanie zaproszono również mieszkającego w Polsce Afgańczyka Dawida Mir oraz państwa Chudziak, którzy znacząco wsparli akcję rzeczowo i finansowo. Gościom z Afganistanu towarzyszyła również dr Edyta Górlicka, która koordynowała rozdysponowywanie pomocy wśród potrzebujących. Do tej pory udało się zebrać ponad dziewięć ton zimowej odzieży i przyborów szkolnych. Dzięki dwóm akcjom, w tym i ubiegłym roku udało się pomóc tysiącom dzieci. Afgańczykom bardzo zależy, aby ich podziękowania trafiły do wszystkich, którzy przyczynili się do tej pomocy. W spotkaniu uczestniczyli również przedstawiciele prasy, radia i telewizji, którzy zarejestrowali przebieg niecodziennej wizyty gości z odległego i targanego wojną kraju. Warto też podkreślić, że gdyby nie dziennikarze, żadna z akcji Fundacji nie mogłaby zakończyć się sukcesem.

Ze strony Fundacji, pomoc dla Afganistanu nie byłaby możliwa, gdyby nie osobiste, ogromne zaangażowanie Justyny Palczewskiej-Janiec i innych osób z Sekretariatu Fundacji. Pani Justyna odebrała w dniu 9 listopada 2011 w Ministerstwie Obrony Narodowej w Warszawie odznaczenie MON dla Fundacji.

W organizowaniu pomocy dla Afganistanu nie jesteśmy sami. Od 2009 roku przy Światowej Organizacji Zdrowia w Genewie działa 700-osobowa grupa HOPE, dbająca o wzajemną solidarność i pomoc rodzinom pracowników aktualnie zaangażowanych w działalność WHO i emerytów. Ostatnio jako wyraz solidarności z afgańskimi kobietami zorganizowała się grupa 20 kobiet, które przygotowują na drutach sweterki dla niemowląt w Afganistanie. Są one dostarczane Afgańczykom poprzez biuro WHO w Kabulu (informacja z Quarterly News Association of Former WHO Staff, październik, 2011).

Spotkanie w Rektoracie Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

Afganistan – przekazywanie darów z Polski dzieciom

List organizatorów programu

Program STOP MALARIA NOW! jest wspólnym projektem dziewięciu organizacji pozarządowych z Europy i Afryki. Bierze w nim udział również Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" w Poznaniu. Celem programu jest zwiększenie publicznej świadomości w kwestii malarii oraz uzyskanie właściwego politycznego, finansowego i strategicznego wsparcia rządów europejskich na rzecz świata wolnego od malarii. Adresując ten list do polityków i społeczności europejskiej, koordynatorzy STOP MALARIA NOW! podkreślają, że walka z malarią ma ogromne znaczenie dla ograniczenia ubóstwa na rzecz osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju.

10 października 2011 r.

Szanowni Państwo,

Malaria jest uleczalną chorobą, której można zapobiegać, a mimo to w 2009 roku doprowadziła do śmierci prawie 800 000 osób i nadal blokuje rozwój najbiedniejszych krajów. Ekonomiczne znaczenie problemu malarii jest odczuwalne zarówno dla rządzących, jak i dla zwyczajnych mieszkańców. Każdego roku choroba ta przyczynia się do około 12 mld dolarów strat w PKB oraz na terenach endemicznych pochłania około 25% przychodów gospodarstw domowych i 40% wydatków rządu w ramach polityki zdrowotnej. Ograniczenie zachorowań na malarię bezpośrednio pomogłoby borykającym się z nią krajom pokonać problem skrajnego i chronicznego ubóstwa.

17 października 2011 międzynarodowa społeczność obchodzić będzie Światowy Dzień Walki z Ubóstwem. To doskonała okazja dla Unii Europejskiej i państw członkowskich do zwiększenia wysiłków zmierzających do pokonania ubóstwa poprzez walkę z problemem malarii oraz osiągnięcie Milenijnych Celów Rozwoju.

Malaria jest jednocześnie przyczyną i konsekwencją ubóstwa. Według ekonomistów ONZ, stanowi ona jeden z 4 głównych powodów ubóstwa. Pokonując problem ubóstwa, moglibyśmy zapobiec niezliczonym zgonom spowodowanym przez malarię. Zmniejszenie chorobowości i umieralności związanej z malarią, pomogłoby wielu krajom wydostać się z pułapki nędzy.

W ostatnich latach poczyniono znaczący postęp w dziedzinie walki z malarią, aczkolwiek jest on zagrożony przez istniejące bariery finansowe. Według niedawno opublikowanego raportu Roll Back Malaria Partnership, liczba zgonów z powodu malarii uległa zmniejszeniu o około 38%, a 43 kraje (w tym 11 afrykańskich) w ciągu ostatnich 10 lat odnotowały zmniejszenie liczby zachorowań o co najmniej 50%. Światowe nakłady wzrosły piętnastokrotnie, ze 100 mln USD w 2003 roku do 1,5 mld w 2010 roku.

W ciągu minionej dekady, działania na poziomie globalnym ocaliły 1,1 mld istnień ludzkich, przynosząc tym samym większą korzyść niż jakakolwiek inna inicjatywa związana ze zdrowiem publicznym. Mimo tych imponujących wyników, wiele osób zagrożonych malarią nadal nie ma wystarczającego dostępu do podstawowego leczenia i środków zapobiegawczych, takich jak moskitiery, środki owadobójcze. Brak jest testów diagnostycznych, skutecznych leków przeciwmalarycznych, w tym leków odpowiednich dla kobiet w ciąży. Postępowi w zwalczaniu malarii najbardziej zagraża niepewność finansowa. Jeśli problem malarii zostanie zlekceważony, osiągnięte rezultaty mogą zostać zaprzepaszczone.

Z okazji Światowego Dnia Walki z Ubóstwem, Stop Malaria Now! wzywa Komisję Europejską do:

- Uznania profilaktyki i kontroli malarii za skuteczny sposób na ograniczenie ubóstwa w krajach endemicznych.
- Zapewnienia odpowiedniego i ciągłego finansowania na potrzeby walki z malarią.
- Zapewnienia ludziom żyjącym w ubóstwie udziału w procesie decyzyjnym oraz podejmowania takich działań, które odpowiadają ich potrzebom.
- Zaopatrzenia potrzebujących w wysokiej jakości, skuteczne leki przeciwmalaryczne oraz niezbędne usługi medyczne.
- Wsparcia dla wdrażania Programu na Rzecz Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią poprzez zaangażowanie w nim Zespołów Europejskich i przygotowania planu działania poza rok 2011.

→

Wystawa STOP MALARIA NOW!

W okresie wakacyjnym, w ramach programu STOP MALARIA NOW!, europejskie miasta przemierzała wystawa poświęcona problemowi malarii. Instalacja, wyglądem przypominająca labirynt złożony z moskitier, pojawiła się najpierw w Würzburgu, a następnie w kilku innych niemieckich miastach. Kolejnym etapem trasy STOP MALARIA NOW! była Polska.

W naszym kraju ekspozycje zostały zorganizowane w Poznaniu i w Warszawie przez Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" oraz w Krakowie, Gdyni i Wrocławiu przez Stowarzyszenie Polska Misja Medyczna. Obie organizacje są członkami programu, który jest wspólnym projektem 9 organizacji pozarządowych z Europy i Afryki, mającym na celu działalność na rzecz walki z malarią i realizacji Milenijnych Celów Rozwoju.

Dzięki uprzejmości Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Fundacja mogła zorganizować wydarzenie na terenie Uczelni, w reprezentatywnym miejscu przed budynkiem Rektoratu przy ul. Żwirki i Wigury. Wystawa trwała od 10 do 15 sierpnia. Nieodłącznym elementem kampanii STOP MALARIA NOW! jest „Pokaż swoją twarz dla walki z malarią", dlatego również podczas wystawy, każdy z odwiedzających mógł zabrać głos w tak istotnej dla świata sprawie, użyczając swojego wizerunku do foto-mozaiki, tworzącej mapę Afryki, która w listopadzie została przedstawiona Parlamentowi Europejskiemu w celu zmobilizowania rządów krajów europejskich do działań na rzecz zwalczania tej choroby. Podczas wystawy prezentowane były także dwa nakręcone w Kenii filmy, przedstawiające życie mieszkańców tego kraju i walkę, jaką staczają z malarią. W Poznaniu wystawa gościła w dniach 25-31 sierpnia na terenie POSiR Poznań, w pięknym plenerze nad Jeziorem Malta. Gości przyciągał płynący z głośników odgłos komarów, a tuż przy wejściu witały gigantyczne sztuczne owady. Zwiedzając

→

- Kontynuowania poparcia dla krajów rozwijających się w budowie skutecznie działającej sieci ośrodków zdrowia i wzmocnienia lokalnych społeczności i systemów ochrony zdrowia, zdolnych do tworzenia opieki zdrowotnej na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym.
- Dalszego wspierania krajów rozwijających się w tworzeniu struktur opieki medycznej oraz we wzmacnianiu społeczności lokalnej i istniejącego systemu opieki zdrowotnej w zapewnianiu usług na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym.
- Zwiększyć nakłady inwestycyjne na badania naukowe i rozwój nowych narzędzi do zwalczania malarii. Nowe związki leków przeciwmalarycznych są pilnie konieczne, włączając w to leki dla dzieci, leki przerywające transmisję malarii i zwalczające powstawanie oporności na leczenie.

Organizatorzy programu STOP MALARIA NOW! wyrażają przekonanie, że Komisja Europejska i Kraje Unii Europejskiej wykażą się przewodnictwem w tej dziedzinie oraz będą miały znaczny udział w światowym ruchu na rzecz powstrzymania biedy w krajach dotkniętych malarią. Możemy ocalić miliony istnień ludzkich, mając również Państwa poparcie.

Z poważaniem,

Antje Leyian
Koordynator STOP MALARIA NOW!

Program STOP MALARIA NOW! korzysta z finansowej pomocy Unii Europejskiej. Za treść powyższego listu odpowiada organizacja Action Medeor, organizator programu, i może nie odzwierciedlać on w pełni poglądów Unii Europejskiej.

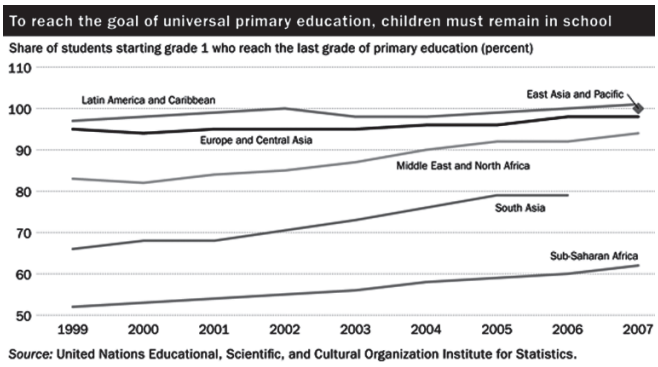
Edukacja podstawą osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju

Edukacja jest ważnym instrumentem w redukcji biedy i nierówności społecznych, w poprawie stanu zdrowia i poczucia przynależności socjalnej i jako taka jest podstawą wzrostu ekonomicznego i rozwoju społeczności. Na pierwszym miejscu powinna być popierana podstawowa edukacja, jako podstawa dalszego szkolenia w świecie, w którym posiadanie wiedzy nabiera szczególnego znaczenia.

W 1990 roku (*World Declaration on Education for All, Jomtien, Tajlandia*) obiecano wszystkim dzieciom, że będą miały dostęp do pełnej edukacji podstawowej. Ocenia się przy tym odsetek dzieci kończących podstawową edukację i wiek, w jakim to osiągają.

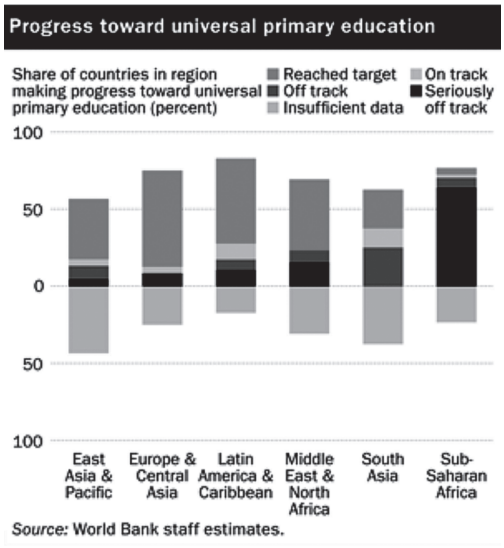
Dla osiągnięcia jednego z milenijnych celów rozwoju, zakładającego pełną edukację w roku 2015, na terenach, w których realizacja tego celu jest niedostateczna, postuluje się szkolenie nauczycieli, budowanie klas szkolnych i poprawę jakości nauczania. Najważniejsze jest usunięcie barier powodujących opuszczanie szkoły przez dzieci, takich jak czesne, trudności w transporcie dzieci, przekonanie rodziców, że dzieci są w szkole bezpieczne.

Kraje w Europie, Azji Centralnej i Wschodniej, rejonie Pacyfiku oraz w Ameryce Łacińskiej są bliskie realizacji powszechnej edukacji podstawowej (rycina poniżej).



Jednakże w roku 2006 liczbę dzieci nie uczęszczających do szkoły oceniano na 72 miliony. Są to głównie dzieci z rodzin ubogich, ale nie zawsze.

W 50 krajach rozwijających się pełna edukacja podstawowa jest już osiągnięta, a 7 krajów jest na dobrej drodze do osiągnięcia tego celu. Jednakże, w 38 krajach, z których większość położona jest w Afryce Podsaharyjskiej, podstawowa edukacja nie jest jeszcze osiągalna (rycina poniżej).



W większości krajów rozwijających się współczynnik umiejętności pisania jest wyższy u młodzieży niż w populacji osób dorosłych i za wyjątkiem Ameryki Łacińskiej i rejonu Karaibów jest on wyższy u chłopców niż u dziewcząt.

Bank Światowy, sierpień 2010

Tłumaczył: prof. Zbigniew Pawłowski

Wystawa STOP MALARIA NOW!

(ciąg dalszy ze str. 13)

instalację, można było dowiedzieć się, jak można zarazić się malarią, dlaczego choroba ta stanowi tak wielkie wyzwanie dla zdrowia publicznego i jakie są możliwe sposoby walki z nią. Mało kto zdaje sobie sprawę, że każdego roku malaria zabija blisko milion osób, a codziennie, co 45 sekund, z jej powodu umiera dziecko.

Po opuszczeniu Polski, wystawa powędrowała do Włoch i Hiszpanii. Mamy nadzieję, że spełniła swoją rolę, budząc w odwiedzających świadomość, że malaria jest chorobą nie znającą granic, a osiągnięcie Milenijnych Celów Rozwoju nie będzie możliwe bez jej pokonania.

Ewa Kaczmarek

Jest nas 7 miliardów!

31 października 2011 roku liczebność całej ludzkiej populacji miała sięgnąć 7 miliardów. To, że obecnie na Ziemi żyje więcej ludzi niż kiedykolwiek wcześniej, niewątpliwie skłania do przemyśleń. Jak do tego doszło? W jaki sposób osiągnąć taką stabilność populacji, w której każda jednostka miałaby zadowalającą jakość życia?

Szybki wzrost naszej liczebności miał miejsce jedynie w czasie ostatnich 200 lat. Jak wyjaśnia *Sytuacja Ludności Świata 2011*, raport Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFPA), dopiero w 1804 roku ludzka populacja przekroczyła miliard, po czym proces ten zaczął nabierać tempa. Następnie 2 miliardy w 1927, 3 miliardy w 1959, 4 miliardy w 1974, 5 miliardów w 1987, 6 miliardów w 1999 i w końcu 7 miliardów w 2011 roku. Można przypuszczać, i jest to bardzo otrzeźwiająca myśl, że liczba ludności świata podwoiła się w czasie życia większości czytelników tego artykułu.

Powiększanie (lub zmniejszanie) się populacji jest zdeterminowane przez złożoną zależność pomiędzy śmiertelnością a współczynnikiem płodności. Od wczesnych lat pięćdziesiątych zeszłego stulecia średnia długość życia na całym świecie wzrosła od około 48 do 68 lat dla mężczyzn oraz 72 dla kobiet. W tym samym czasie śmiertelność noworodków spadła ze 133 zgonów na 1000 porodów do 46/1000 w obecnym roku. Oczywiście, istnieją w tej kwestii ogromne dysproporcje. W Afryce Subsaharyjskiej spodziewana długość życia wynosi jedynie 54 lata dla mężczyzn oraz 56 lat dla kobiet, podczas gdy w krajach wysoko rozwiniętych liczby te wynoszą odpowiednio 75 i 82. Podobnie, śmiertelność przed 5 rokiem życia w 2009 roku wynosiła 130,1 na 1000 żywych urodzeń w Afryce Subsaharyjskiej przy zaledwie 7,1 w krajach o wysokim poziomie rozwoju.

Współczynnik płodności, czyli średnia liczba dzieci, którą jedna kobieta prawdopodobnie urodzi w płodnym okresie swojego życia, zmalała na całym świecie w przeciągu ostatnich 60 lat z około 6 do 2,5. Ponownie, różnice pomiędzy różnymi regionami są pokaźne w tym zakresie: 1,7 w najzamożniejszych krajach to dużo mniej niż 2,1, która to wartość jest niezbędna, aby kobiety mogły zastąpić siebie w populacji. W Afryce Subsaharyjskiej współczynnik ten wynosi 4,8. Ten spadek tłumaczy się faktem, iż płodność zmniejsza się wraz z rozwojem ekonomicznym i ograniczaniem się ubóstwa, które towarzyszą postępowi w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem, edukacją kobiet oraz upodmiotowieniem ich wyborów reprodukcyjnych. Według niektórych prognoz, liczba ludności na Ziemi osiągnie swoje maksimum – 10 miliardów – przed końcem obecnego stulecia. Jednak, aby się tak stało, współczynnik płodności musiałby wciąż spadać.

Co ciekawe, populacja ludzka jest jednocześnie młodsza niż wcześniej oraz starzejąca się. 43% mieszkańców naszej planety ma mniej niż 25 lat. Odwrotnie, obecnie żyje 900 milionów osób powyżej 65 roku życia i przewiduje się, że ta liczba wzrośnie do 2,4 miliarda w połowie tego stulecia, jako że współczynnik płodności spada, a dzisiejsi młodzi ludzie będą wtedy w średnim wieku.

Dwa czynniki, które najprawdopodobniej miały największy wpływ na liczbę ludzi na świecie to lepsze odżywianie się oraz zdolność do kontrolowania chorób zakaźnych. Gdy nasi prehistoryczni przodkowie byli łowcami lub zbieraczami, nie przekraczali 15 milionów w swojej liczebności. Rozwój rolnictwa pozwolił im rozmnożyć się do około 300 milionów 2000 lat temu. Ta liczba nie wzrastała aż do czasu rewolucji, które dokonały się w rolnictwie i przemyśle w drugiej połowie ubiegłego tysiąclecia. Z tego powodu tzw. metoda Habera, służąca do utrwalania azotu, która zaowocowała produkcją azotowych użyźniaczy gleby oraz ogólnym zwiększeniem produktywności w rolnictwie, jest wymieniana pośród najważniejszych wynalazków w historii ludzkości. Rewolucja przemysłowa przyczyniła się również do poprawy warunków sanitarnych. Bezpieczne składowanie odpadów oraz dostęp do czystej wody spowodowały, że ludzie mogli uniknąć kontaktu z niebezpiecznymi patogenami. Daje jednak do myślenia to, że w krajach, w których wielkość populacji rośnie najszybciej – na przykład Indiach i Nigerii – mniej niż jedna trzecia mieszkańców ma dostęp do tego, co w raporcie UNFPA nazwane jest „ulepszonymi obiektami sanitarnymi". Najnowszą zdobyczą techniki, która wpłynęła na dynamikę zmian populacyjnych, jest szczepienie, szczególnie dzieci, które niewątpliwie ocaliło niezliczone miliony przed infekcjami.

Zapewne wszyscy zgodzą się z tym, że jeżeli „coś" nie zacznie tego ograniczać, nasza liczebność będzie rosnąć w nieskończoność, biorąc pod uwagę obecne współczynniki umieralności i płodności. Osiągnęlibyśmy wtedy niewyobrażalne 3,5 tryliona w 2300 roku. Jednak sztuczne próby zmniejszenia płodności, na przykład chińska polityka jednego dziecka, są represyjne i mało prawdopodobne, że utrzymają się dłużej. Najnowsza historia uczy nas, że ludzie sami ograniczają swoją płodność, gdy mają pewność, że ich potomstwo dożyje wieku dorosłego. Tak więc, aby osiągnąć stabilną liczebność populacji ogólnoludzkiej, jest z pewnością konieczne, aby każdy człowiek miał dostęp do środków, które zapobiegają przedwczesnej śmierci z powodu chorób zakaźnych.

The Lancet Infectious Diseases, 2011, nr 11

Tłumaczył:
wolontariusz Fundacji,
stud. med. Maciek Klimasiński

Neglected Tropical Diseases

– dokończenie z poprzednich numerów

W dwóch poprzednich wydaniach „Medicusa" przedstawiliśmy streszczenie pierwszej publikacji WHO na temat tzw. zaniedbywanych chorób tropikalnych (Neglected Tropical Diseases). Zostały już omówione denga, wścieklizna, jaglica, wrzód Buruli, trąd, trypanosomozy, leiszmaniozy, cysticerkoza, drakunkuloza, filariozy oraz onchocerkoza. W tym numerze prezentujemy pozostałe z chorób zaliczanych do tej grupy.

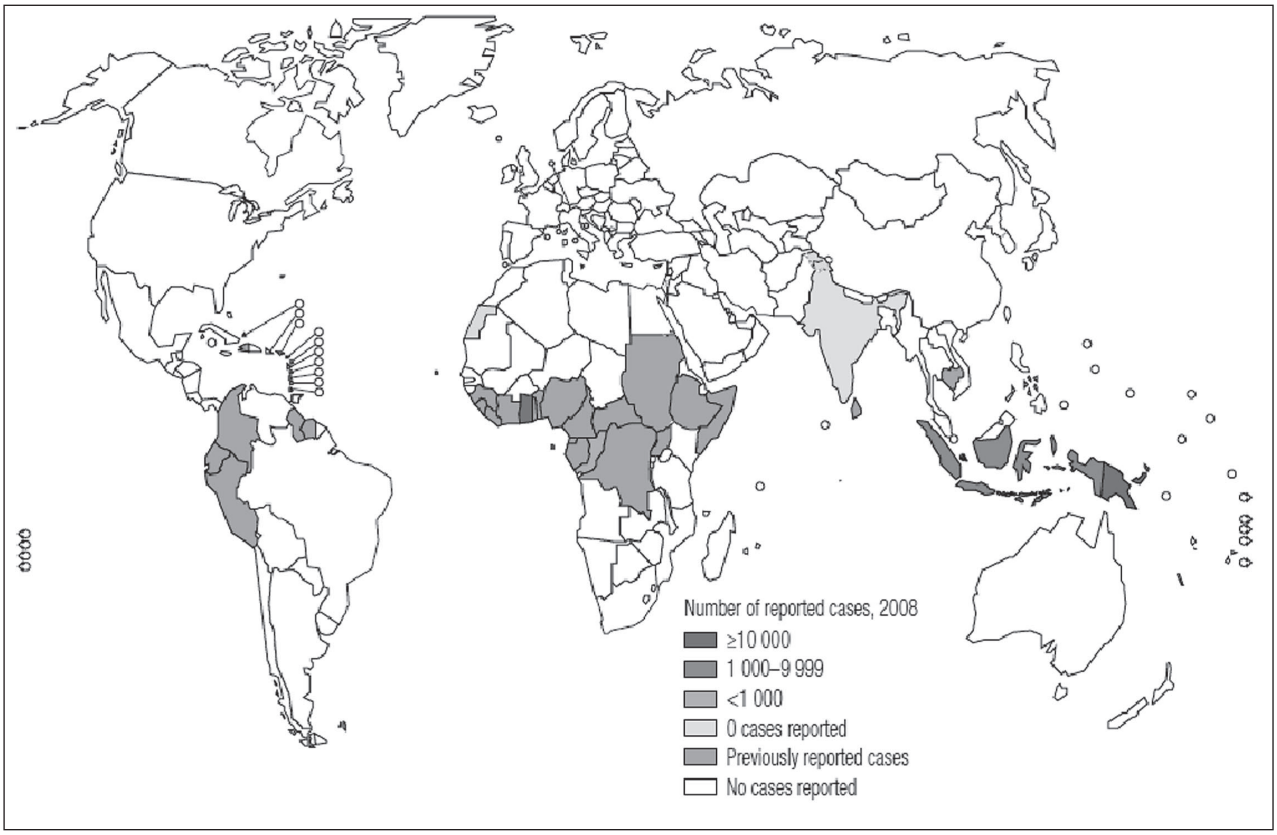
Krętkowice endemiczne

Krętkowice endemiczne, do których zaliczane są frambezja (malinica), kiła endemiczna (bejel) i pinta, to przewlekłe choroby wywoływane przez bakterie z rodzaju *Treponema*. Do wczesnych lat 70. XX w., dzięki szerokiemu zastosowaniu penicylin, rozpowszechnienie krętkowic uległo zmniejszeniu z 50 mln do 2,5 mln przypadków.

Bakterii wywołujących krętkowice endemiczne, czyli *Treponema pallidum pertenue* (frambezja), *T. pallidum endemicum* (kiła endemiczna) oraz *T. pallidum carateum* (pinta), pod względem morfologicznym i serologicznym nie można odróżnić od bakterii powodującej kiłę weneryczną (*T. pallidum pallidum*). Nieleczone krętkowice endemiczne, spośród których najbardziej rozpowszechniona jest frambezja, prowadzą do oszpecenia i kalectwa.

Jednym z największych sukcesów w historii zdrowia publicznego była prowadzona w latach 50. i 60. przez WHO i UNICEF kampania mająca na celu leczenie chorych na krętkowice endemiczne, którą objęto 50 mln osób w 46 krajach. Do końca kampanii (początek lat 70.), rozpowszechnienie krętkowic endemicznych uległo zmniejszeniu do 2,5 mln przypadków. Sukces ten był możliwy dzięki zastosowaniu penicyliny. Niestety, brak nadzoru sanitarnego w krajach, które pozostały endemiczne, sprawił, że choroby te przetrwały. Ich „odrodzenie" w późnych latach 70. stało się przyczyną przyjęcia przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia rezolucji WHA31.58. Miała ona na celu wdrożenie zintegrowanego programu kontroli krętkowic oraz położenie nacisku na aktywnym nadzorze, by doprowadzić do przerwania możliwie najwcześniej transmisji tych chorób na obszarach ich endemicznego występowania oraz zapobieżenia ich nawrotowi w miejscach, gdzie zostały wyeliminowane lub gdzie nigdy nie występowały endemicznie.

Frambezja i kiła endemiczna powodują objawy w obrębie skóry i tkanki kostnej, podczas gdy pinta ogranicza się do skóry. Ich przenoszeniu sprzyjają brak higieny osobistej oraz przeludnienie. Objawy kliniczne podlegają wpływowi klimatu, pory roku oraz sytuacji endemicznej w danym rejonie. Diagnoza opiera się najczęściej na stwierdzonych objawach klinicznych.



Ryc. 1. Występowanie krętkowic endemicznych na świecie, 2008 rok

Dostępne są następujące testy serologiczne: RPR (ang. rapid plasmin reagin test), VDRL, test hemaglutynacji (TPHA) oraz test immunofluoroscencji krętków w modyfikacji absorpcyjnej (FTA-ABS). Wyniki tych badań mogą być pomocne, jednak należy je interpretować w kontekście objawów klinicznych, wieku pacjenta oraz sytuacji endemicznej na danym obszarze.

Zakres występowania krętkowic endemicznych w wymiarze globalnym pozostaje nieznany. Zachorowania zostały w większości wyeliminowane lub znacznie ograniczone w wielu spośród 46 krajów, w których występowały endemicznie. Sytuację w 2008 roku ilustruje rycina 1. W 1995 roku liczbę przypadków szacowano na 2,5 mln, w tym 460 000 zakaźnych. Większość przypadków występowała w regionie afrykańskim. Od wczesnych lat 90. przypadki zachorowań nie są zgłaszane WHO, a program zwalczania tych chorób zanikł. Tylko 5 krajów podejmuje pewne kroki w kierunku kontroli nad malinicą. Od 2004 roku, po intensywnych wysiłkach w celu wyeliminowania malinicy, Indie nie odnotowały ani jednego przypadku zachorowania na tę chorobę. Program kontroli nadal prowadzi Indonezja, będąca głównym obszarem endemicznym w regionie Południowo-Wschodniej Azji. W regionie Zachodniego Pacyfiku głównym obszarem endemicznym pozostaje Papua Nowa Gwinea, gdzie od czasu do czasu odnotowuje się dane poprzez system rutynowego nadzoru. Znaczna liczba zachorowań występuje w Ghanie. W Kongo przypadki malinicy występują w populacji pigmejów w regionie Likouala, Lekoumou i Sangha (badania prowadzone w 2009 roku wykazały 646 przypadków). 167 przypadków w populacji pigmejów stwierdzono również w Lomie we wschodniej prowincji w Kamerunie w 2008 roku. Występowanie frambezji stwierdzano również w Demokratycznej Republice Kongo i Wybrzeżu Kości Słoniowej (Ryc. 1).

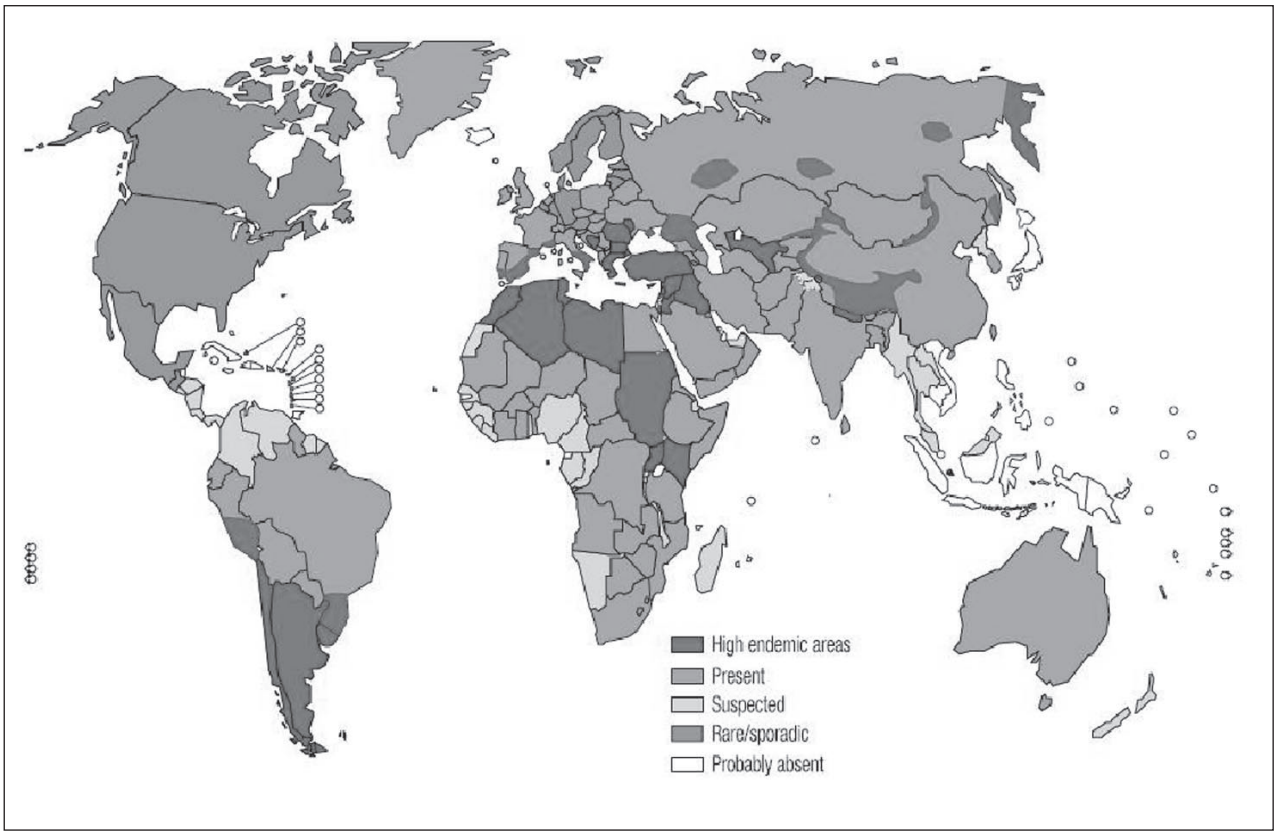
Zmiany wrzodziejące mogą ulec poważnym wtórnym zakażeniom, np. tężcem. Długotrwałe powikłania malinicy pojawiają się u 10% nieleczonych chorych, prowadząc do oszpecenia twarzy i kończyn dolnych. Malinica najczęściej występuje u dzieci, ze szczytem zachorowań w populacji dzieci w wieku 2-10 lat. 75% nowych przypadków zachorowań dotyczy dzieci poniżej 14 roku życia. Pinta z kolei dotyka najczęściej osób w wieku 10-30 lat. Na frambezję częściej zapadają chłopcy, natomiast w przypadku pinty i kiły endemicznej, brak różnicy w częstotliwości zachorowań pod względem płci.

Tabela 1: Leczenie krętkowic endemicznych

Wiek chorego	Zalecana dawka penicyliny benzylowej
< 6 r.ż.	600 000 j.
6-14 r.ż.	1 200 000 j.
> 14 r.ż.	2 400 000 j.

Bąblowice wywołane przez *Echinococcus granulosus* i *Echinococcus multilocularis*

Bąblowica *Echinococcus granulosus* u człowieka wywoływana jest przez larwalną pęcherzową postać tasiemca, którego postać dojrzała występuje w jelicie cienkim psa. Do zarażenia człowieka dochodzi na skutek przedostania się do przewodu pokarmowego jaj tasiemca z sierści zarażonego psa lub ze środowiska skażonego kałem psa (np. przez spożywanie zanieczyszczonych warzyw lub wody). Psy zarażają się, jeśli są karmione wnętrznościami zarażonych owiec lub innych przeżuwaczy. Człowiek jest żywicielem przypadkowym. Uwolnione z jaj larwy – onkosfery – w ciele człowieka mogą zagnieździć się w wątrobie i w płucach, rozwijając się do dużej pęcherzowej postaci tasiemca.



Ryc. 2. Występowanie *Echinococcus granulosus* na świecie, 2009 rok

Neglected Tropical Diseases
– dokończenie z poprzednich numerów

(ciąg dalszy ze str. 16-17)

Rzadziej bąblowiec umiejscawia się w mięśniu sercowym, śledzionie, mózgu, nerkach, układzie kostnym i innych narządach.

Bąblowica *Echinococcus granulosus* występuje endemicznie w części wschodniej Afryki. Choroba występuje u domowych i dzikich zwierząt kopytnych oraz u psowatych w zachodniej i centralnej Afryce. Prewalencja jest większa w pasterskiej społeczności Nilotów.

Echinococcus granulosus występuje u psów i trzody na rozległych obszarach pasterskich Ameryki Południowej. Przypadki bąblowicy stwierdza się w Argentynie (a zwłaszcza w Patagonii), południowej Brazylii, Chile, Peru (głównie w Andach), Boliwii oraz Urugwaju. W południowym stanie Brazylii Rio Grande do Sol, gdzie zarażonych jest 30% owiec oraz 11-38% psów, bąblowica stanowi poważny problem dla zdrowia publicznego i gospodarki.

W Regionie Wschodnim Morza Śródziemnego bąblowica występuje endemicznie, choć dane na ten temat są fragmentaryczne, poza Iranem. Bąblowiec *Echinococcus granulosus* jest obecny również na południu Europy, Bliskim Wschodzie, Azji Południowo-Zachodniej, Australii, Nowej Zelandii oraz centralnej i wschodniej Rosji.

Program kontroli bąblowic opierający się na regularnym odrobaczaniu psów, działalności edukacyjnej, dokładnym badaniu mięsa oraz właściwym postępowaniu z odpadami poubojowymi może przynieść efekty, jednak wymaga czasu. Opracowano szczepionkę dla owiec, która, być może, wkrótce stanie się dostępna.

Żywicielami bąblowca wielojamowego *Echinococcus multilocularis* są psowate (lisy, wilki, kojoty, rzadziej psy) oraz drobne gryzonie, jak nornice i myszy polne, człowiek zaś jest żywicielem przypadkowym. W organizmie człowieka umiejscawia się najczęściej w wątrobie, gdzie rozrasta się tworząc nacieki, niekiedy też ogniska martwicy. Pasożyt ten jest szeroko rozpowszechniony na świecie, występuje w Europie, Azji, Ameryce Północnej (Ryc. 2).

Od redakcji: w Polsce bąblowica wielojamowa jest poważnym problemem. W ostatnim dwudziestoleciu zarejestrowano 120 przypadków zarażeń u ludzi, w tym 25 śmiertelnych. W niektórych okolicach północno-wschodniej Polski zarażenie lisów przez E. multilocularis sięga kilkudziesięciu procent.

Zarażenia przywrami nabywane drogą pokarmową

Klonorchoza, opistorchoza, fascjoloza i paragonimoza to najczęściej spotykane inwazje przywr pasożytniczych, dotykające milionów osób, przede wszystkim w Azji. Nieleczona klonorchoza i opistorchoza prowadzi do raka przewodów żółciowych.

Do zarażenia przywrami dochodzi poprzez spożywanie pokarmów skażonych formami larwalnymi pasożytów (metacerkariami). Największe zagrożenie dla człowieka stanowią: klonorchoza (inwazja *Clonorchis sinensis*), opistorchoza (inwazja *Opisthorchis viverrini* lub *O. felineus*) i fascjoloza (inwazja *Fasciola hepatica* lub F. *gigantica*), atakujące wątrobę i drogi żółciowe oraz paragonimoza (inwazja *Paragonimus spp.*), atakująca głównie płuca (możliwa jest również paragonimoza pozapłucna, szczególnie niebezpieczna jest paragonimoza mózgu).

Pasożyty te charakteryzują się złożonym cyklem życiowym, wymagającym żywiciela ostatecznego (człowiek i zwierzęta, będące rezerwuarem), pierwszego żywiciela pośredniego (ślimaki słodkowodne) i drugiego żywiciela pośredniego (ryby lub skorupiaki), w których rozwijają się metacerkaria. Wyjątek stanowi *Fasciola* spp., której metacerkaria znajdują się przyczepione do roślin wodnych lub unoszą się w wodzie.

Przywry wątrobowe drażnią ściany przewodów żółciowych, powodują rozrost nabłonka z tendencją do metaplazji oraz rozrost tkanki łącznej wokół przewodów. W przypadku intensywnych inwazji, pojawiają się objawy zapalenia dróg żółciowych i zwłóknienia wątroby. Człowiek i zwierzęta mięsożerne, jak psy i koty, zarażają się jedząc surowe ryby, w których znajdują się otorbione metacerkaria.

Do zarażenia przywrami – pasożytami płuc dochodzi poprzez spożywanie surowych krabów i raków z metacerkariami.

Fascjoloza jest szeroko rozpowszechniona na świecie – jej przypadki występują na wszystkich kontynentach, najbardziej aktywnie na Karaibach, w Andach, basenie Morza Śródziemnego, rejonie Morza Kaspijskiego oraz w południowo-wschodniej Azji. Paragonimozę odnotowuje się w Afryce, południowo-wschodniej Azji oraz na obszarze Ameryk. Występowanie klonorchozy ograniczone jest do obszaru wschodniej Azji, z kolei opistorchoza występuje we wschodniej i środkowej Azji oraz w Europie Wschodniej. Jednakże, w obrębie poszczególnych krajów, rozpowszechnienie danej inwazji jest zazwyczaj ogniskowe i ograniczone do specyficznych rejonów geograficznych. Zjawisko to odzwierciedla behawioralne i ekologiczne wzory, takie jak nawyki żywieniowe i występowanie ślimaków, będących żywicielami pośrednimi.

Schistosomoza (bilharcjoza)

Schistosomoza, powodowana przez przywry krwi z rodzaju *Schistosoma*, stanowi poważny problem zdrowotny. Osoby zarażone pasożytem wydalają jaja wraz z kałem lub moczem, dlatego w miejscach pozbawionych systemu sanitarnego źródła wody słodkiej mogą ulec skażeniu. Z jaj pasożyta w środowisku wodnym rozwijają się larwy zwane miracidiami, które w celu dalszego rozwoju muszą napotkać ślimaki lądowo-wodne. W nich rozwijają się postaci rozwojowe *Schistosoma*. Z ciała ślimaka uwalniane są cerkaria. To właśnie one mają zdolność zarażania człowieka, wnikając przez skórę do naczyń krwionośnych.

Tabela 2: Rodzaje ślimaków będących wektorami *Schistosoma* i odpowiadające im gatunki pasożyta

Wektor	Gatunek pasożyta
Biomphalaria spp.	*Schistosoma mansoni*
Bulinus spp.	*Schistosoma haematobium, S. intercalatum*
Neotricula spp.	*Schistosoma mekongi*
Oncomelania spp.	*Schistosoma japonicum*

Postaci dojrzałe czterech gatunków – *Schistosoma intercalatum*, *S. japonicum*, *S. mansoni* i *S. mekongi* – rozwijają się w żyłach krezkowych, zaś *S. haematobium* – w naczyniach żylnych miednicy mniejszej, szczególnie pęcherza moczowego. Część składanych przez samicę jaj przebija się do światła pęcherza moczowego lub jelita grubego i ulega wydaleniu wraz z moczem lub kałem. Jaja, które pozostają w tkankach, stają się przyczyną przewlekłych zmian patologicznych.

Zarażonych *Schistosoma* jest około 207 mln osób. Choroba występuje endemicznie w rejonach tropikalnych i subtropikalnych.

Ponieważ transmisja uzależniona jest od występowania określonych rodzajów ślimaków oraz nawyków higienicznych ludzi prowadzących do skażenia wody i zarażenia, występowanie schistosomozy jest ogniskowe. *Schistosoma mansoni* występuje w większości krajów Afryki Subsaharyjskiej, w Egipcie, Libii, na Płw. Arabskim oraz w Brazylii, na niektórych Wyspach Karaibskich, w Surinamie i Wenezueli. *S. intercalatum* została zidentyfikowana w pasie lasów deszczowych Afryki. *S. japonicum* występuje endemicznie w Chinach, Indonezji i na Filipinach, *S. mekongi* – w Kambodży oraz w Laosie. *S. haematobium* powoduje endemię na Bliskim Wschodzie i w większości krajów afrykańskich, w tym na Madagaskarze i Mauritiusie.

Obecnie ponad 90% osób zarażonych *Schistosoma* żyje w Afryce Subsaharyjskiej. 62% zachorowań przypada na 10 krajów regionu afrykańskiego. Najwięcej przypadków występuje w Somalii i Sudanie. Istnieją szanse, że transmisja zostanie przerwana w Egipcie, Libii, Maroku, Omanie i Arabii Saudyjskiej. W obrębie Azji, najwięcej zarażeń stwierdza się na Filipinach. W przeszłości zarażenia występowały w 76 krajach, jednak dzięki wdrożeniu programów kontroli, niektóre z nich znacznie zmniejszyły transmisję bądź przerwały ją, w tym Iran, Japonia i Tunezja (Ryc. 3).

Schistosomoza prowadzi do szeregu patologii w narządach wewnętrznych, anemii, niedożywienia, zaburzeń wzrostu i ogranicza zdolność do pracy. Powoduje zmiany krwotoczne i wrzodziejące, a następnie polipowate i bliznowate błony śluzowej jelit. Część jaj może umiejscowić się w wątrobie, w konsekwencji doprowadzając do zwłóknienia, nadciśnienia wrotnego, wodobrzusza, żylaków przełyku, a nawet w płucach, prowadząc do rozwoju serca płucnego. W układzie moczowym powoduje zmiany krwotoczne i zapalne, a następnie przerostowe i brodawczakowate. W konsekwencji powstają zwapnienia i zbliznowacenia pęcherza moczowego, dochodzi do zakażeń bakteryjnych, wodonercza, niedrożności moczowodów, mocznicy i niedokrwistości. Zmiany brodawczakowate dodatkowo mogą ulec procesowi rakowacenia.

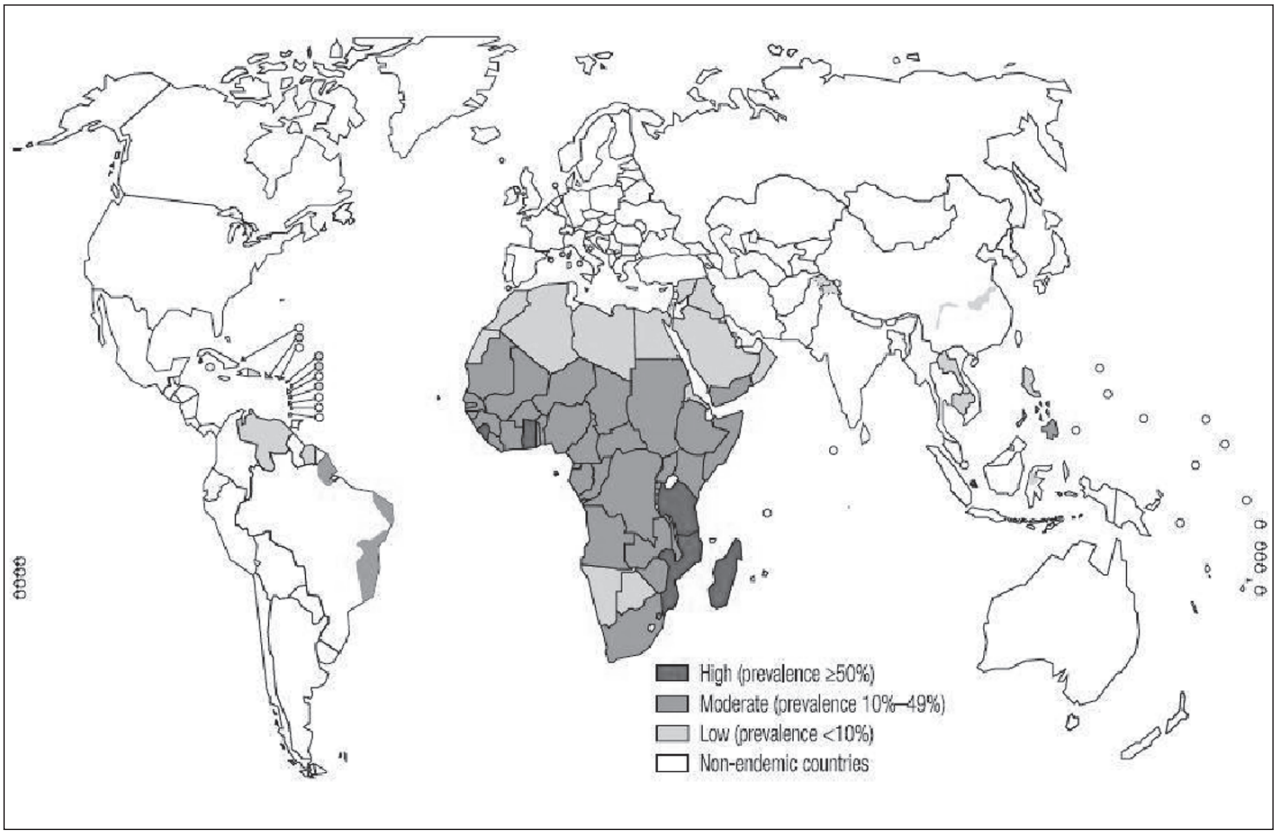
Nie jest znana umieralność spowodowana schistosomozą. Walka z chorobą polega na leczeniu prazykwantelem, zapewnieniu czystej i bezpiecznej wody oraz dostępu do urządzeń sanitarnych, a także – w miarę możliwości – kontroli wektora. Leczenie schistosomozy utrudnia ograniczona dostępność prazykwantelu. Koszt zapewnienia leczenia w Burkina Faso szacowany jest na zaledwie 0,32 USD, podczas gdy w Kambodży wynosi już 1,02 USD. Szacuje się, że by zapewnić lek w rejonach endemicznych Afryki Subsaharyjskiej, potrzeba rocznie 200 mln USD.

Geohelmintozy

Do geohelmintów zaliczane są glista ludzka (*Ascaris lumbricoides*), tęgoryjce *Ancylostoma duodenale* i *Necator americanus* oraz włosogłówka (*Trichuris trichiura*).

Zdarza się, że te cztery gatunki helmintów „konkurują" ze sobą w danej społeczności, co sprawia, że niektóre osoby mogą być zarażone więcej niż jednym gatunkiem pasożyta.

Osoby zarażone geohelmintami wydalają jaja pasożytów wraz z kałem, co przyczynia się do skażenia gleby i wody w miejscach, gdzie brak dostępu do urządzeń sanitarnych. Objawy zarażenia są niespecyficzne, należą do nich nudności, zmęczenie, bóle brzucha i utrata łaknienia. Ewidentne stają się tylko w przypadku nasilenia choroby. Zarażenie przyczynia się do nasilenia niedożywienia i niedokrwistości.



Ryc. 3. Występowanie schistosomozy na świecie, 2009 rok

Szybkie testy diagnostyczne do wykrywania malarii rekomendowane przez WHO

Według zaleceń WHO, przed wdrożeniem leczenia przeciwmalarycznego konieczne jest przeprowadzenie poprawnej diagnostyki laboratoryjnej. Terapia malarii, oparta wyłącznie o wynik badania klinicznego, mogącego sugerować malarię, uzasadniona jest tylko w przypadku braku dostępu do profesjonalnego laboratorium i kwalifikowanych analityków medycznych. Złotym standardem wykrywania malarii pozostaje nadal mikroskopowa ocena barwionych rozmazów krwi obwodowej, której wykonanie w wielu przypadkach w krajach rozwijających się jest technicznie niemożliwe. Alternatywą mogą być szybkie testy diagnostyczne (RDT) oparte na metodzie immunochromatografii bibułowej o gwarantowanej jakości, służące do wykrywania inwazji *Plasmodium falciparum* oraz *Plasmodium vivax.* Umożliwiają one identyfikację pacjentów chorych na malarię, którzy posiadają antygeny zarodźca zimnicy we krwi i wymagają natychmiastowego leczenia. Jednakże dostępność na rynku ponad 200 różnych jakościowo testów utrudniało wybór najlepszych.

→

Neglected Tropical Diseases
– dokończenie z poprzednich numerów

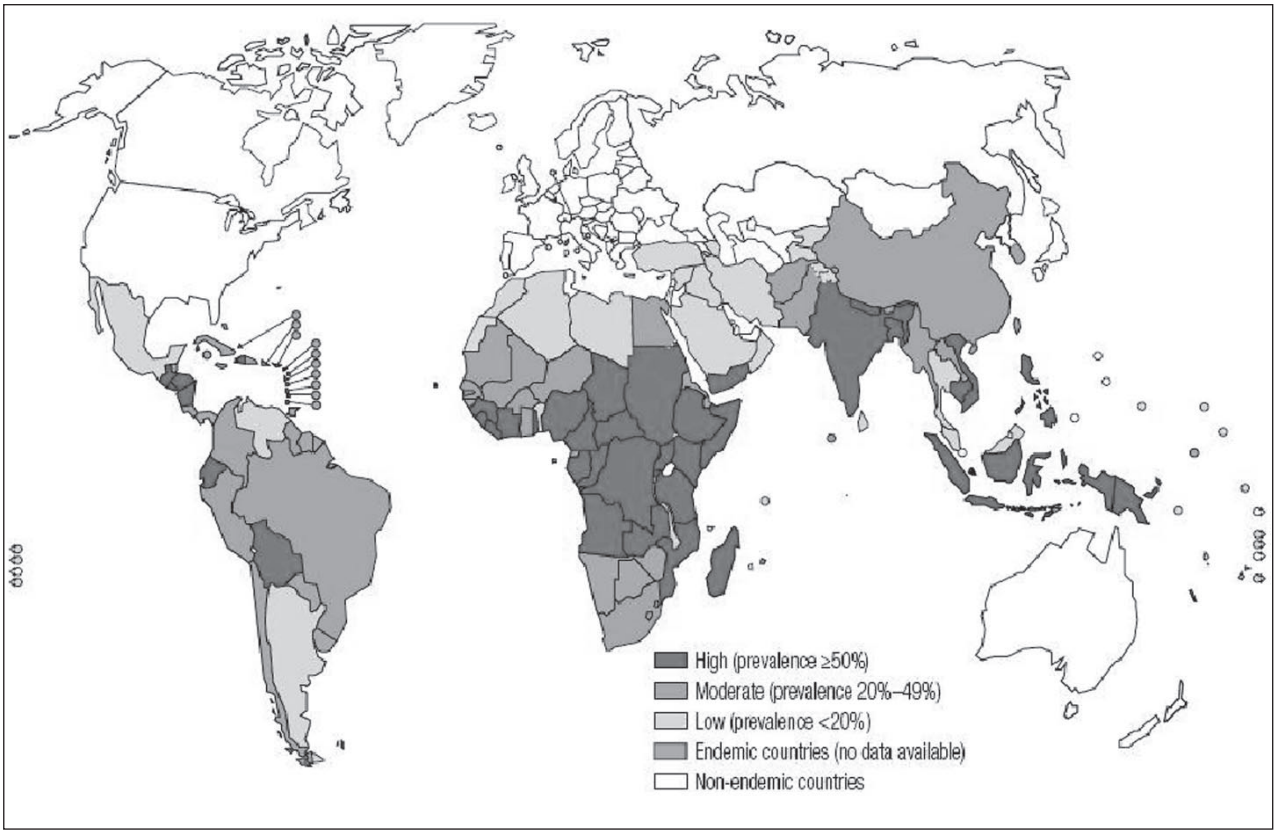
(ciąg dalszy ze str. 18-19)

Inwazje spowodowane przez geohelminty są szeroko rozpowszechnione w rejonie tropikalnym i subtropikalnym (Ryc. 4). Szacuje się, że na świecie zarażonych jest ponad 1 mld osób, wśród których 300 mln cierpi z powodu poważnych dolegliwości.

Częstość występowania oraz intensywność inwazji *Ascaris* i *Trichuris* są największe wśród dzieci w wieku 5-14 lat i maleją wśród dorosłych. Natomiast inwazje powodowane przez tęgoryjce, chociaż mogą występować u dzieci, najbardziej rozpowszechnione i intensywne są wśród osób w wieku 30-44 lat, a nawet powyżej 50 lat.

Programy kontroli zachorowań w krajach endemicznych i regularne akcje oparte na podawaniu leków przeciwpasożytniczych przynoszą rezultaty przejawiające się nie tylko w ograniczeniu chorobowości, ale również powodują zmniejszenie absencji szkolnej, poprawę wyników nauczania i wzrost produktywności.

Oprac. mgr Ewa Kaczmarek



Ryc. 4. Występowanie geohelmintoz na świecie, 2009 rok

Konieczne zatem stało się ustalenie kryteriów doboru testów do szybkiej diagnostyki, które spełniałyby międzynarodowe standardy jakości. Przeprowadzony przez WHO program badania szybkich testów malarycznych dostarcza porównywalnych danych o ich jakości i wartości diagnostycznej. Testy przebadano stosując różnorodne próbki krwi pochodzące z hodowli *P. falciparum*, próbki pochodzące od pacjentów zarażonych *P. falciparum* lub *P. vivax* oraz próbki krwi ujemne. Dodatkowo oceniono stabilność termiczną produktów poprzez dwumiesięczne przechowywanie testów w warunkach podwyższonej temperatury i wilgotności. Sprawdzono również łatwość wykonania testu przez mniej doświadczonych pracowników służby zdrowia.

Zespół ekspertów WHO ustalił pięć kryteriów doboru szybkich testów immunochromatograficznych wykrywających antygeny zarodźca zimnicy we krwi obwodowej pacjentów:

1. **Testy służące do wykrywania *P. falciparum* na obszarach o najwyższym stopniu zagrożenia malarią.** Współczynnik wykrywalności inwazji *P. falciparum* powinien wynosić co najmniej 50% w przypadku liczby pasożytów 200/µl. Odkąd zasięg obszarów o największym ryzyku zagrożenia malarią, z powodu wprowadzenia skutecznej kontroli, zaczął się zmniejszać, współczynnik wykrywalności powyżej tej wartości powinien stać się podstawą wyboru tych testów również w przyszłości.
2. **Testy do wykrywania *P. falciparum* na obszarach o średnim lub niskim stopniu zagrożenia malarią.** Jest wysoce wskazane, aby współczynnik wykrywalności wynosił znacznie powyżej 50% dla intensywności inwazji 200 pasożytów/µl (np. > 75%).
3. **Testy do wykrywania *P. vivax* na obszarach o średnim lub niskim stopniu zagrożenia malarią.** Współczynnik wykrywalności powinien wynosić znacznie powyżej 50% w przypadku liczby pasożytów 200/µl (np. >75%).
4. **Odsetek wyników fałszywie dodatnich poniżej 10%.**
5. **Odsetek nieprawidłowych oznaczeń poniżej 5%.**

Spośród prawie 100 testów immunochromatograficznych przeznaczonych do diagnostyki malarii, które zostały poddane wnikliwej analizie przez ekspertów WHO, wszystkie powyższe kryteria diagnostyczne spełniają tylko nieliczne z nich. Są to: CareStart Malaria HRP2/pLDH (Pf/PAN) COMBO, CareStart Malaria HRP2/pLDH (Pf/Pv) COMBO i CareStart Malaria HRP2/pLDH (Pf/VOM) COMBO, CareStart Malaria pLDH PAN (Access Bio.), First Response Malaria pLDH/HRP2 Combo Test i First Response Malaria Ag Combo pLDH/HRP2 (Premier Medical Corporation), HiSens Malaria Ag P.f./P.v. HRP2/pLDH (HBI Co.) oraz Advantage Pan Malaria Card (J. Mitra & Co. Pvt.). Pozostałe testy wykazują wyraźne niedostatki techniczne w zakresie rozpoznawania inwazji wywoływanych przez gatunki inne niż *P. falciparum,* albo niewystarczającej czułości diagnostycznej wykrywania najgroźniejszej dla człowieka inwazji *P. falciparum*.

W celu ułatwienia dokonania wyboru odpowiedniego testu do diagnostyki malarii, powstał również interaktywny przewodnik przygotowany przez Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND), uwzględniający następujące parametry:

1. Gatunek wykrywanego zarodźca/ów zimnicy.
2. Minimalny współczynnik wykrywalności *P. falciparum* dla 200 oraz 2000 pasożytów/µl.
3. Minimalny współczynnik wykrywalności *P. vivax* dla 200 oraz 2000 pasożytów/µl.
4. Maksymalna liczba wyników fałszywie dodatnich.
5. Maksymalna liczba oznaczeń nieprawidłowych.
6. Postać testu.
7. Stabilność termiczna testu.

W wyborze odpowiedniego testu do diagnostyki malarii, konieczne jest również zwrócenie uwagi na poniższe cechy:

1. **Termostabilność podczas przechowywania, transportu i użycia.** Testy zgłoszone do badań przeprowadzonych przez WHO przechowywano 60 dni w temperaturze 35°C oraz 45°C, a następnie dokonywano oznaczeń korzystając z próbek krwi pochodzących z hodowli *P. falciparum*. Dla obszarów tropikalnych rekomenduje się stosowanie testów o dużej wytrzymałości na wysoką temperaturę.
2. **Łatwość wykonania.** Specjaliści WHO analizujący poszczególne testy zwracali szczególną uwagę na bezpieczeństwo wykonania, jakość instrukcji obsługi, liczbę kolejnych etapów procedury, czas trwania badania, sposób pobierania i nanoszenia krwi oraz postać i skład zestawu do badań. Stwierdzono, że testy w formie kaset oraz kart są łatwiejsze w użyciu niż testy paskowe. W związku z koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa stosowania testów, preferowano zestawy zawierające jednorazowe nakłuwacze oraz waciki nasączone alkoholem.
3. **Cena.** Po rozważeniu wszystkich wyżej wymienionych czynników oraz spełnieniu wymagań technicznych, niezaprzeczalnym elementem decydującym o wyborze testów do stosowania w krajach rozwijających się o niskim statusie ekonomicznym jest również ich cena.

Rocznie na świecie sprzedawane są dziesiątki milionów szybkich testów do diagnostyki malarii, w związku z czym spełnienie międzynarodowych norm i standardów jakości staje się dla ich producentów kwestią kluczową. Badania przeprowadzone przez WHO dają krajom z obszaru zagrożenia malarią możliwość wyboru testów, których jakość i wiarygodność zostały poddane ocenie. Dają również szansę krajom rozwijającym się na zakup dobrej jakości testów diagnostycznych dzięki negocjacji niższych cen z producentami za pośrednictwem WHO, UNICEF, czy innych międzynarodowych instytucji charytatywnych, opierających swe decyzje na tego typu wiarygodnych zestawieniach.

W podsumowaniu należy jeszcze raz zaznaczyć, iż szybkie testy diagnostyczne wykrywające antygeny zarodźca zimnicy we krwi obwodowej nie mogą zastąpić badania mikroskopowego rozmazów krwi obwodowej (tzw. grubej kropli i cienkiego rozmazu krwi), które nadal pozostają metodą referencyjnego rozpoznawania malarii. W ubogich krajach tropikalnych, mogą jednakże okazać się metodą z wyboru w przypadku braku możliwości badania rozmazów krwi, ale tylko w przypadku, kiedy spełniają wymagania WHO. W krajach rozwiniętych, testy immunochromatograficzne w kierunku malarii nie powinny być stosowane zamiast badań mikroskopowych, a jedynie w formie wstępnego badania skryningowego w oczekiwaniu na wynik tradycyjnych, barwionych rozmazów krwi obwodowej.

Tłum. mgr Matylda Kłudkowska
Pracownia Diagnostyki Parazytologicznej, Szpital Kliniczny nr 2 UM w Poznaniu

Ocena wartości diagnostycznej testu Xpert MTB/RIF w rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci

Diagnostyka gruźlicy płucnej u dzieci opierała się dotąd przede wszystkim na obserwacji objawów klinicznych, ocenie zdjęć radiologicznych oraz tuberkulinowym teście skórnym. Cechy kliniczne tej powszechnie występującej w krajach tropikalnych jednostki chorobowej są jednak stosunkowo mało charakterystyczne, interpretacja badań rentgenowskich nie zawsze jest jednoznaczna, a najczęściej dostępna na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej próba tuberkulinowa jest głównie wyznacznikiem ekspozycji na zarażenie (np. wśród członków najbliższej rodziny pacjenta), a nie rozwiniętej już choroby. W ostatnich latach, właściwa identyfikacja mikrobiologiczna *Mycobacterium tuberculosis* wraz z określeniem jego lekooporności nabiera coraz istotniejszego znaczenia w kontekście szybko narastającej liczby przypadków opornych na wiele stosowanych leków przeciwgruźliczych. Ograniczenie ryzyka szerzenia się gruźlicy opornej na rifampicynę i isoniazyd (ang. multi-drug resistant tuberculosis MDR-TB) lub silnie wielolekoopornej (ang. extensively drug resistant tuberculosis XDR-TB) nie tylko na leki pierwszego rzutu, ale również na fluorochinolony i co najmniej jeden z leków drugiej linii terapeutycznej (np. kapromycynę, kanamycynę, amikacynę) jest w chwili obecnej jednym z najtrudniejszych problemów medycznych do rozwiązania w krajach rozwijających się. Właściwe rozpoznawanie gruźlicy jest szczególnie istotne u dzieci zakażonych wirusem HIV z powodu dodatkowych trudności w zakresie terapii, wynikających przede wszystkim z nadmiernego obciążenia tych pacjentów wieloma lekami cechującymi się istotnymi objawami ubocznymi, ryzykiem nietolerancji, czy też wzajemnych interakcji lekowych. Ponadto nieprawidłowa lub opóźniona diagnoza wiąże się z bardzo niekorzystnym rokowaniem klinicznym u tych pacjentów, co znacząco zmniejsza szanse ich przeżycia w krajach tropikalnych.

Od lat poszukuje się metody diagnostycznej, służącej do rozpoznawania gruźlicy i jednoczesnego oznaczenia oporności na leki przeciwgruźlicze u dzieci, która cechowałaby się zarówno prostotą i szybkością wykonania, jak i wysoką czułością i swoistością. Testem laboratoryjnym, który spełnia wymagane kryteria ekspertów WHO w zakresie wysokiej jakości parametrów diagnostycznych, okazał się być niezwykle przydatny w praktyce zestaw Xpert MTB/RIF (Cepheid, Sunnyvale, Kalifornia, USA). Test Xpert MTB/RIF jest w pełni zautomatyzowaną metodą diagnostyczną służącą do identyfikacji *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) i równoczesnego oznaczenia oporności drobnoustroju na podstawowy lek przeciwgruźliczy – rifampicynę (RIF). W badaniu wykorzystuje się amplifikację materiału genetycznego prątka gruźlicy obecnego w plwocinie pobranej od osoby podejrzanej o zakażenie, a jego wynik uzyskuje się po upływie około 100 min, a więc nieporównywalnie szybciej, niż w przypadku tradycyjnej hodowli bakteriologicznej na płynnym podłożu. Ponadto, procedura testu jest stosunkowo łatwa w wykonaniu i możliwa do przeprowadzenia jedynie po krótkim przeszkoleniu. Światowa Organizacja Zdrowia dopuściła użycie techniki MTB/RIF jako wstępnego testu diagnostycznego u osób dorosłych z podejrzeniem gruźlicy wielolekoopornej lub współtowarzyszącego zakażenia HIV, jednak nadal brak było danych na temat jego zastosowania u dzieci.

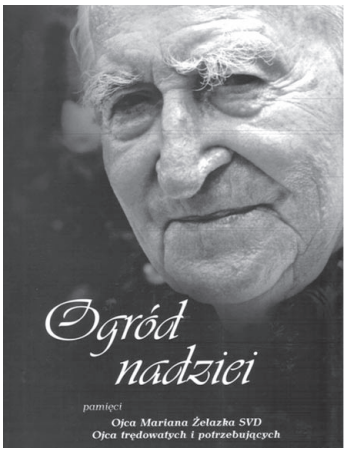
Badania prospektywne przeprowadzone na kilkusetosobowej grupie dzieci i młodzieży do 15 roku życia, hospitalizowanych w Szpitalu Dziecięcym im. Czerwonego Krzyża oraz Szpitalu Somerset w Kapsztadzie (RPA), okazały się być niezwykle przydatne w ocenie skuteczności metody MTB/RIF również w tej grupie wiekowej. Podstawą kwalifikacji pacjentów do badań była obecność przedłużającego się powyżej 14 dni kaszlu oraz jednego z poniższych czynników, takich jak kontakt z członkiem rodziny chorym na gruźlicę w ciągu ostatnich 3 miesięcy, znaczna utrata masy ciała lub brak przyrostu masy ciała w ciągu 3 miesięcy, dodatni wynik testu skórnego z tuberkuliną lub zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej sugerujące cechy radiologiczne gruźlicy płucnej. Za dodatni wynik próby tuberkulinowej (BCG) uznawano obecność nacieku skórnego o średnicy 5 mm lub więcej u dzieci zakażonych wirusem HIV, albo o średnicy 10 mm i więcej u pacjentów HIV-ujemnych. Wyniki nowego testu MTB/RIF, wykorzystującego nowatorską technikę biologii molekularnej, porównywano jednocześnie ze standardowymi badaniami mikrobiologicznymi, do których należały: rozmaz mikroskopowy indukowanej plwociny, uzyskiwanej po podaniu N-acetylo-L-cysteiny i inhalacji wodorotlenkiem sodu, barwiony na obecność prątków kwasoodpornych metodą Ziehl-Neelsena, hodowla na podłożu płynnym (BACTEC) oraz oznaczenie lekowrażliwości na rifampicynę i isoniazyd tradycyjną metodą krążkową.

Wśród 452 dzieci objętych badaniem klinicznym, u których wykonano jednocześnie test MTB/RIF i co najmniej jeden rozmaz mikroskopowy plwociny (średnia wieku 19,4 miesięcy), ¼ z nich była równocześnie zakażona wirusem HIV (108 pacjentów). Większość dzieci zakażonych HIV charakteryzowała się umiarkowaną lub głęboką immunosupresją, a wiele z nich posiadało znaczące cechy niedożywienia. Spośród wszystkich badanych, jedynie u 27 pacjentów stwierdzono obecność *Mycobacterium tuberculosis* w klasycznym badaniu mikroskopowym plwociny (6%), 70 pacjentów cechowało się dodatnim wynikiem hodowli bakteriologicznej na obecność prątków gruźlicy (16%), natomiast aż u 58 dzieci (13%) potwierdzono dodatni wynik testu MTB/RIF. W przypadku zastosowania do badania dwóch niezależnych próbek plwociny, za pomocą testu MTB/RIF rozpoznano dwukrotnie większą liczbę przypadków w porównaniu do klasycznego badania mikroskopowego indukowanej plwociny, a odsetek wyników dodatnich sięgał 76% u wszystkich dzieci i 100% u pacjentów zakażonych wirusem HIV. Natomiast, spośród pacjentów negatywnych w badaniu mikroskopowym plwociny, test MTB/RIF pozwolił na rozpoznanie dodatkowych 28% przypadków zakażonych prątkiem gruźlicy w oparciu o badanie kolejnej próbki. Swoistość diagnostyczna testu dla dwóch próbek badanej plwociny została oceniona na 98,8%. Odsetek potwierdzonej gruźlicy był bardzo podobny zarówno u dzieci HIV dodatnich, jak i HIV ujemnych, przy czym czułość diagnostyczna testu MTB/RIF była zdecydowanie wyższa u dzieci zakażonych wirusem HIV. Test MTB/RIF pozwolił na prawidłową identyfikację wszystkich przypadków, zarówno wrażliwych, jak i opornych na rifampicynę, w porównaniu do klasycznej techniki mikrobiologicznej.

Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia uznali test MTB/RIF za wartościową metodę pierwszej linii diagnostycznej, wysoce rekomendowaną w przypadkach podejrzanych o zakażenie *M. tuberculosis*. Szerokie wprowadzenie zautomatyzowanego, szybkiego testu MTB/RIF na terenach endemicznego występowania gruźlicy na świecie może okazać się kamieniem milowym w walce z ograniczeniem rozprzestrzeniania się tej groźnej dla najuboższych mieszkańców krajów strefy tropikalnej choroby zakaźnej, zwłaszcza u najmłodszych pacjentów.

mgr Matylda Kłudkowska
Pracownia Diagnostyki Parazytologicznej,
Szpital Kliniczny nr 2 UM w Poznaniu

W 5 lat po śmierci Ojca Mariana Żelazka



Dnia 30 kwietnia 2011 minęło 5 lat od śmierci Ojca Mariana Żelazka SVD, misjonarza – werbisty, z którym przez wiele lat łączyły Fundację bliskie relacje. Z okazji tej rocznicy w Indiach przebywała delegacja Ojców Werbistów z Polski. W tej chwili w Indiach nie ma ani jednego misjonarza – werbisty z Polski, ale dzieło Ojca Mariana w Puri trwa. Opiekują się nim miejscowi Ojcowie Werbiści, wychowankowie polskich werbistów.

Rocznica śmierci Ojca Mariana została uczczona przez Verbinum – Wydawnictwo Księży Werbistów – wydaniem pięknego albumu pt. „Ogród nadziei". Album otwiera powiedzenie Ojca Mariana: „Nie jest trudno być dobrym, wystarczy tylko chcieć".

Na wielu stronach wspomniani są pracownicy Fundacji, mający kontakt z Ojcem Marianem. „Ważna jest każda pomoc, bo od niej zależy, ile tam, w Indiach, możemy dla trędowatych zrobić. Niektórzy już z taką pomocą do nas dotarli. Trzy razy była w Puri poznańska dentystka, pani Ania Tarajkowska, która za każdym razem przez kilkanaście dni leczyła moich podopiecznych w naszym gabinecie ufundowanym przez włoski Czerwony Krzyż. To była wspaniała wyjątkowo cenna pomoc. Bo dać biednemu trędowatemu okazję, ażeby był doglądany przez fachowego dentystę, to rzecz wyjątkowa. Poza naszym ośrodkiem to wręcz niemożliwe w Indiach" (strona 84).

„Wczoraj 20 września [2003] w godzinach popołudniowych miała miejsce mała uroczystość w naszej Szkole Beatrix. Nasi uczniowie, z których połowa pochodzi z rodzin trędowatych, żegnali poznańskich lekarzy przysłanych do Puri przez REDEMPTORIS MISSIO Fundację Pomocy Humanitarnej: panią Annę Tarajkowską, panią Karolinę Gerreth – lekarzy stomatologów i pana Mikołaja Musiała – lekarza chirurga. Ofiarowali oni z wielka miłością i oddaniem czternaście dni lekarskiej posługi dla naszych trędowatych, dorosłych i ich dzieci. Stomatolodzy w naszej szkole przebadali trzysta osiemdziesięcioro dzieci. W gabinecie stomatologicznym przyjęli trzystu trzydziestu trzech pacjentów. Przeprowadzili dwieście dziewięćdziesiąt leczeń zębów. Dodatkowo zbadali czterdziestu przygodnych pacjentów. Nasz polski chirurg nie miał czasu na odpoczynek. Dokonał chirurgicznego opatrywania ran u trzydziestu pacjentów przebywających w naszym szpitalu w kolonii trędowatych. Wśród zabiegów dominowało usuwanie martwych tkanek, będących rezultatem trądu. Były i inne prace, których już nie będę wspominał z powodu braku czasu i papieru. Kończę mój list. Jeszcze raz serdecznie dziękuje za przysłanie mi tej wspaniałej ekipy lekarskiej. Życzę wszelkiego błogosławieństwa" (strona 124).

Na stronie 144 znajduje się stwierdzenie, że inicjatorami zgłoszenia Ojca Mariana Żelazka do nagrody Nobla byli wolontariusze z Majtri i wspierająca misjonarzy Fundacja „Redemptoris Misio". Na stronie 151 znajduje się fotografia medalu Fundacji Redemptoris Misio „Tym, którzy czynią dobro" [22 czerwca 1998]. Na stronie 223 znajdziemy fotografię znajomych z Polski: Norberta Rehlisa, Waldemara Grotowskiego, Ryszarda Piaska (filmowca), Anny Tarajkowskiej wraz z Ojcem Marianem [Marzec 1993].

W kalendarium na stronach 251 i 254 wspomina się, że wystawa „Na Indyjskiej Ziemi" powstała ze zbiorów Fundacji „Redemptoris Missio" [1998 i 2005].

Zamówienia na album o Ojcu Marianie Żelazku przyjmuje Wydawnictwo Verbinum: zamowienia@verbinum,pl; wydawnictwo@verbinum.pl
Cena katalogowa: 65 zł

Trudna sztuka kompromisu w dziele ewangelizacji

(dokończenie ze str. 24)

Konieczność restrukturyzacji działania misyjnych ośrodków misyjnych przy zachowaniu ich tożsamości

Misyjne ośrodki medyczne po większej części powstawały spontanicznie i w miarę lokalnych potrzeb i możliwości. Ich restrukturyzacja w myśl nowoczesnych prawideł menadżerskich i ekonomicznych staje się koniecznością, o ile mają one przetrwać w dobie globalizacji opieki zdrowotnej, sekularyzacji społeczeństwa i przy ograniczonych własnych zasobach osobowych i materialnych.

Przystosowanie do zmieniających się warunków politycznych i ekonomicznych, tak w sensie globalnym, jak i miejscowym, jest niełatwe. Z jednej strony rządy nowych państw nie mogą rezygnować z pomocy licznych medycznych instytucji religijnych, ale traktują je jako placówki niewymagające pełnego finansowego wspierania i strukturalnie niecałkowicie podległe władzom państwowym. Z drugiej strony instytucje religijne pragną zachować własną tożsamość i postępować w myśl wyznawanych kanonów chrześcijańskich. Przy kurczącej się pomocy zagranicznej dla instytucji religijnych sprawa odpłatności za oferowane przez nie usługi nie może pozostawać nierozwiązana. Proponowano finansowe „zamawianie" przez państwo konkretnych usług medycznych, zaaprobowane przez Zgromadzenie Ogólne WHO w roku 2003, ale przy skromnych budżetach państwowych jest ono mało realne.

Tożsamość szpitali katolickich wg arcybiskupa O. Gracias z Agry polega na uszanowaniu godności ludzkiej, nastawieniu na pomoc biednym, respektowaniu życia w każdej jego formie, przestrzeganiu etycznego postępowania wobec postępów nowoczesnej wiedzy i technologii medycznej, na całościowym podejściu do człowieka uwzględniającym również jego potrzeby socjalne i duchowe, na zabezpieczeniu opieki duszpasterskiej, pozwalającej łatwiej znieść cierpienie i ułomności fizyczne.

W realizacji tych zadań ośrodkom medycznym na misjach przeszkadzają: brak wyszkolonego personelu, skromne zasoby finansowe; konkurencja medycznych instytucji świeckich, lepiej wyposażonych i wykształconych; globalizacja, często nie pomagająca biednym; materializm i konsumpcjonizm uważający, że za pieniądze można wszystko kupić; media rozpowszechniające niekiedy fałszywe wiadomości; procesy legislacyjne, które nie zawsze przestrzegają, aby wszystko co jest legalne było moralne.

* * *

W krajach rozwijających się poszukiwanie kompromisu między medycznymi instytucjami rządowymi, zależnymi od polityki i międzynarodowych zasobów finansowych, a instytucjami religijnymi, dbającymi o zachowanie swojej tożsamości trwa do dzisiaj. Wymaga on tak restrukturyzacji działania istniejących misyjnych ośrodków medycznych, jak i szkolenia miejscowych kadr w dziedzinie pomocy medycznej i edukacji.

Mamy już kilka przykładów, w których wieloletnia działalność polskich misjonarzy została przejęta i jest dalej realizowana przez osoby miejscowe. Wzorcowy ośrodek opieki nad trędowatymi w Puri, Indie, stworzony przez Ojca Mariana Żelazka (SVD), po jego śmierci w roku 2006 jest dalej prowadzony przez hinduskich werbistów. Leprozorium w Bulubie, Uganda, które przez 43 lata prowadziła misjonarka świecka dr h.c. Wanda Błeńska, prowadzi obecnie lekarz ugandyjski.

Tak więc jednym z możliwych rozwiązań istniejącego konfliktu interesów jest tworzenie misyjnych powołań i medycznej sprawności wśród lokalnej społeczności. Ten proces, przewidziany na kilka generacji, już został zapoczątkowany, ale jego realizacja wymaga naszej dalszej znacznej pomocy i aktywności.

Prof. Zbigniew Pawłowski

Trudna sztuka kompromisu w dziele ewangelizacji

Mijają czasy, gdy posługa medyczna na misjach była tylko powołaniem. Dzisiaj jest ona nie tylko powołaniem, ale i zawodem, do którego należy się przygotować, zdając sobie sprawę z realiów, które aktualnie rządzą w świecie ochroną zdrowia.

Historia i wymiar opieki medycznej sprawowanej przez misjonarzy

Nieomal od początków działalności misji chrześcijańskich w Afryce świadczenie posługi medycznej było uważane za jedno z ważnych zadań chrześcijańskich placówek misyjnych. W okresie kolonialnym wyrażało się ono m.in. w powstawaniu szpitali misyjnych, takich jak ośrodek laureata nagrody Nobla dr Alberta Schweitzera w Lambaréné w Gabonie lub w przekazach o pełnych poświęcenia działalności misjonarzy w ośrodkach dla trędowatych, takich jak np. Ojca Jana Beyzyma w Fianarantsoa na Madagaskarze. W okresie kolonizacji medyczne placówki misyjne były często jedynymi, które ofiarowywały pomoc lekarską miejscowej ludności. Korzystały one przy tym ze znacznego poparcia ze strony krajów bogatszych tak personalnego, jak i materialnego. Pierwsza połowa wieku XX była złotym wiekiem misji katolickich. W latach 1960. kościół katolicki prowadził w Afryce 625 szpitali i 763 porodówki. W 1959 roku w byłym Kongo siostry zakonne prowadziły 117 spośród 145 szpitali państwowych. W Ameryce Południowej Kościół katolicki prowadził 1678 instytucji związanych z ochrona zdrowia. W Indiach, kraju, w którym katolicy są zdecydowaną „mniejszością", do niedawna istniało 710 katolickich szpitali, 1800 przychodni, 11 leprozoriów i 102 centra rehabilitacji.

Misje katolickie, wraz z innymi misjami chrześcijańskimi, miały niewątpliwie duży wpływ na zabezpieczenie podstawowej opieki medycznej ludności krajów, na terenie których działały.

Papieska Rada ds. Zdrowia

Doceniając znaczenie spraw zdrowia dla ewangelizacji, w roku 1985 Jan Paweł II na mocy motu proprio *Dolentium Hominum* powołał do życia Komisję ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Trzy lata później w 1988 na mocy konstytucji *Pastor Bonus* została ona podniesiona do rangi Papieskiej Rady. Radzie przewodniczyli ks. kardynał Fiorenzo Angelini (1985-1996), arcybp. Javie Lozano Barragán (1997-2009), a ostatnio arcybp. Zygmunt Zimowski (2009-). Rada koordynuje zadania episkopatów w zakresie ochrony zdrowia ludności krajów misyjnych oraz reprezentuje stanowisko Stolicy Apostolskiej w tej materii. Rada organizuje też szereg konferencji i spotkań, również ekumenicznych.

Między innymi tożsamość katolickich instytucji opieki zdrowotnej była tematem konferencji watykańskiej w roku 2002. Ks. kardynał Fioprenzo Angelini podkreślił na niej warunki, jakie szpital katolicki powinien spełniać. Jest on miejscem ewangelizacji, otwartym na różnorodne kultury i sytuacje. Działalność pracowników szpitali powinna cechować się wysokim stopniem moralności. Ich praca powinna być zorganizowana w ten sposób, aby humanitarne i duchowe wartości miały pierwszeństwo przed budżetem ekonomicznym i postępowaniem administracyjnym. Ten ostatni warunek staje się obecnie najtrudniejszy do spełnienia.

Natomiast ks. kardynał Karl Lehman określił 3 wymiary, które powinny cechować szpitale katolickie: (1) każdy człowiek, niezależnie od jego stanu fizycznego i umysłowego, religii, poglądów, rasy i pochodzenia, ma swoją godność, nadaną przez Stwórcę; (2) w każdym chorym powinno się widzieć obraz Boga; (3) opieka nad chorym powinna być kompleksowa, uwzględniająca ciało i ducha, ułatwiająca przejście do innego świata bez poczucia osamotnienia. Tego rodzaju podejście, w dobie sekularyzacji i powszechnej materializacji, nie jest przez wszystkich przyjmowane i prowadzi często do konfliktów.

Ostatnio w roku 2009 na synodzie Biskupów Afrykańskich zalecano szersze zainteresowanie się sprawami zdrowia, co może pomóc w zażegnywaniu konfliktów społecznych i prowadzić do światowego pojednania. Organem medialnym Papieskiej Rady jest kwartalnik *Dolentium Hominum,* często referowany na łamach czasopisma Medicus Mundi Polonia, wydawanego przez Fundację Redemptoris Missio w Poznaniu.

Zmieniające się podejście do zdrowia na scenie międzynarodowej

W międzyczasie na scenie międzynarodowej zaszły istotne zmiany dotyczące podejścia do spraw zdrowia. W roku 1978 na konferencji w Ałma Ata, zwołanej przez Światową Organizacje Zdrowia (WHO) i Fundusz Narodów Zjednoczonych Pomocy Dzieciom (UNICEF), zaproponowano „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000". Systemem, który miał to zadanie realizować, była powszechna opieka zdrowotna (Primary Health Care, PHC), prowadzona przez terenowych pracowników PHC. PHC miała stać się podstawową opieką medyczną (raczej zapobiegawczą, mniej kuracyjną) opartą na wiedzy medycznej i – mimo różnic kulturowych – socjalnie akceptowaną, realizowaną przy współudziale rodzimych społeczności i głównie na koszt państwa. Idea bardzo szczytna, którą można by powiązać z działalnością ewangelizacyjną pod kilkoma warunkami, określonymi na konferencji w Kampali: (1) posługa Kościoła w zakresie ochrony zdrowia musi być jasno określona, planowana i monitorowana; (2) szkolenie ludzi do katolickiej opieki zdrowotnej musi być profesjonalne i zgodne z nauką Kościoła; (3) zalecana jest bliższa współpraca wewnątrz Kościoła i poza Nim oraz skoordynowanie wspólnych działań; (4) prawa biednych do opieki zdrowotnej muszą być odpowiednio zabezpieczone.

W roku 1997 na konferencji watykańskiej Rada przyjęła politykę WHO „Zdrowia dla wszystkich", nie rezygnując ze swojej tożsamości.

Idea PHC nie została jednakże zrealizowana w świecie na szersza skalę przez minionych 30 lat, głównie z uwagi na trudności w tworzeniu kadr przeszkolonych do pełnienia roli pracowników PHC. Istnieje też pewien opór tradycyjnych zachowań, różnych kulturowo, społeczności, które trudno przekonać do naukowo uzasadnionych działań prewencyjnych. Okazuje się, że nie łatwo jest budować zręby podstawowej opieki medycznej bez równoczesnego podniesienia poziomu edukacji.

Bardziej konkretną inicjatywą Narodów Zjednoczonych są tzw. Milenijne Cele Rozwoju (MDG), zaakceptowane w roku 2000. MDG zakładają osiągnięcie konkretnych celów rozwoju w latach 2000-2015 za pomocą ochrony zdrowia i wprowadzenia podstawowej edukacji. Głównym celem MDG miało być zapewnienie wszystkim ludziom bardziej trwałej i sprawiedliwej egzystencji oraz bezpieczeństwa. Miałyby one być osiągalne przez dbałość o podstawowe prawa człowieka, zniesienie rażących przykładów biedy i głodu, zapewnienie podstawowej edukacji, godnego zatrudnienia, ochrony zdrowia, zmniejszenia śmiertelności przy rodzeniu dzieci oraz ochronie środowiska naturalnego. Realizacja tych zadań została powierzona 27 agencjom Narodów Zjednoczonych i rządom 189 krajów, które MDG podpisały. Po 10 latach działania programu MDG w niektórych krajach zaszły daleko idące pozytywne zmiany w pewnych oczekiwanych parametrach rozwoju, ale 15 lat okazuje się być za krótkim okresem dla realizacji celów MDG w większości krajów. Realizacja MDG wymusza na misyjnych ośrodkach medycznych współpracę z ośrodkami państwowymi, tak w zakresie ochrony zdrowia, jak i edukacji, zgodnie z lokalnymi programami narodowymi, ale też otwiera dostęp do niemałych funduszy, które są przekazywane na ich realizację.

Organizacje pozarządowe partnerem instytucji religijnych w trosce o zdrowie

Pozytywnym rezultatem trudności w realizowaniu posługi na misjach jest wzmocnienie dialogu międzyreligijnego i bliższa współpraca misji chrześcijańskich między sobą i z sektorem świeckim. Istotną rolę w tym zakresie pełni międzynarodowa organizacja Medicus Mundi International (MMI), założona w latach 1960. przez belgijskich biskupów katolickich i profesorów medycyny. Ta prywatna, nieukierunkowana na zysk, pozarządowa organizacja zrzesza obecnie 15 chrześcijańskich instytucji, w tym Medicus Mundi Poland, afiliowany w roku 1997 przy Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" w Poznaniu. Dzięki staraniom MMI w roku 2000 odbyła się w Soestenberg pierwsza międzynarodowa konferencja biskupów odpowiedzialnych w światowych episkopatach za sprawy zdrowia. W latach 2002-2006 odbyły się dalsze trzy konferencje biskupów afrykańskich (Kampala, Cotonou, Bangui), mające na celu ustalenie wspólnego stanowiska wobec państwowej opieki zdrowotnej i restrukturyzację medycznej posługi leczniczej misji katolickich. Nadal istnieją pewne trudności w realizacji wyznaczonych na konferencjach zadań. Niemniej odnotować należy ekumeniczne zbliżenie stanowiska w zakresie misyjnej pomocy medycznej pomiędzy kościołem katolickim i innymi wyznaniami chrześcijańskimi, reprezentowanymi przez Word Council of Churches i mającymi duże doświadczenie w medycynie misyjnej.

(dokończenie na str. 23)