ISSN 1641-604 X

Fundacja Pomocy Humanitarnej << Redemptoris Missio >>

MEDICUS MUNDI

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

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

STYCZEŃ-CZERWIEC 2010
Nr 32-33 (rok X)

Fot. Anita Magowska

W trakcie 63. Zgromadzenia Światowego Zdrowia w Genewie – 17-24 maja 2010 r.

Nowy numer Medicus Mundi Polonia przedstawia obecną działalność Fundacji Redemptoris Missio i promuje niektóre milenijne cele rozwoju, przyjęte przez ONZ w 2000 r. jako podstawa międzynarodowej polityki w zakresie zdrowia i wszechstronnego postępu.

W numerze:

AKTUALNOŚCI:
Z Fundacji Redemptoris Missio 2
WSPÓŁPRACA WHO I KOŚCIOŁA
Światowa organizacja Zdrowia i opieka medyczna sprawowana przez instytucje religijne w 30 lat po deklaracji w Ałma Ata 3
VI Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Choroby Tropikalne i Pasożytnicze" 5
Śmierć choroby – ospy prawdziwej 6
Projekt „STOP MALARIA NOW!" 7
„Zdrowie dla Wszystkich" w teorii i praktyce 8
Trzęsienie ziemi w Chile 9
Podstawowa opieka medyczna w tropiku – program kursu 10
Sprawozdanie z dorocznego zebrania MMI – Boissey 12
MEDYCYNA KATASTROF
Medycyna katastrof a trzęsienie ziemi w Port-Prince (Haiti) 13
OKALECZANIE DZIEWCZYNEK
Okaleczanie żeńskich genitaliów – obrzezanie dziewczynek 15
Obrzezanie dziewczynek w krajach muzułmańskich 17
Dolentium Hominum Redemptoris Missio 18
Denga szerzy się w Afryce 19
POSŁUGA LECZNICZA KOŚCIOŁA 20

WSPÓŁPRACA WHO I KOŚCIOŁA

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biuro Fundacji: Uniwersytet Medyczny, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, tel./fax +48 61 854 68 63; e-mail: medicus@ump.edu.pl; www.medicus.ump.edu.pl

Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21; http://ump.edu.pl/medicus

Rachunek bankowy: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192

AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI AKTUALNOŚCI

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Pierwsze półrocze 2010 roku upłynęło w Fundacji pod znakiem kilkunastu akcji mających na celu przyczynienie się do poprawy sytuacji podopiecznych naszych misjonarzy.

Akcja „Ołówek dla Afryki" została zainicjowana w roku 2009. W bieżącym roku była to już jej druga edycja. Celem akcji jest zbieranie przyborów szkolnych, które następnie przekazujemy ośrodkom misyjnym prowadzącym szkoły i przedszkola. Do Fundacji spłynęły tysiące ołówków, długopisów, bloków, zeszytów i kredek. Obecnie trwa wysyłka paczek do ośrodków misyjnych. Trzeba sobie uświadomić, że dbanie o edukację najmłodszych jest inwestycją mającą wpływ na poprawę jakości życia oraz sprzyja edukacji prozdrowotnej.

Kolejna akcja dotyczyła zbiórki ciepłej odzieży dla dzieci w Afganistanie i była zorganizowana przy współudziale polskich żołnierzy stacjonujących w Afganistanie. To właśnie od nich dowiedzieliśmy się o dzieciach, które nie posiadają ciepłej odzieży i butów. Zimy w Afganistanie bywają bardzo srogie, statystyki donoszą, że w ubiegłym roku zimą więcej dzieci zamarzło niż zginęło w czasie trwania działań wojennych. Nie mogliśmy pozostać obojętni na takie cierpienie. Nasz apel o pomoc jak zawsze spotkał się z dużym zainteresowaniem ze strony mieszkańców Poznania i okolic. Do Fundacji zaczęły napływać pieniądze na zakup ubrań. Udało nam się wysłać pomoc o wartości prawie 15 tys. złotych. Całość została przetransportowana do Afganistanu wojskowymi samolotami, gdzie nad rozdawaniem odzieży czuwali polscy żołnierze.

Tradycją stało się już, że w pierwszym półroczu Fundacja organizuje Koncert Charytatywny w Auli Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Koncert ten jest podziękowaniem dla wszystkich ludzi dobrej woli, którzy wspierają dzieło Fundacji. Jak co roku, w trakcie trwania koncertu, wręczany jest medal „Tym, którzy czynią dobro", który tym razem trafił w ręce Orkiestry Reprezentacyjnej Sił Powietrznych pod batutą mjra Pawła Joksa, która już piąty raz uświetniła swoim występem koncert Fundacji.

Kolejne wydarzenie, które zasługują na uwagę to Światowy Dzień Walki z Malarią, zorganizowany przez Fundację w ramach projektu StopMalariaNow! Z tej okazji zorganizowaliśmy koncert z loterią fantową na moście bp. Jordana w Poznaniu w dniu 16 maja 2010 roku.

Z kolei w dniach 17-20 maja w Genewie miało miejsce 63. Zgromadzenie Generalne Światowej Organizacji Zdrowia oraz Zgromadzenie Generalne Medicus Mundi International. Fundację na obu spotkaniach reprezentowała Członek Rady Fundacji dr hab. Anita Magowska.

Poza tym, jak co roku, miał miejsce konkurs na letnie praktyki medyczne. Do konkursu stanęło pięcioro studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego. Wyłoniono dwóch finalistów. Studentkę III roku pielęgniarstwa Katarzynę Maćkowską, która wyjedzie do ośrodka zdrowia w Andarze w Namibii oraz studenta IV roku medycyny Szymona Nowaka, który wyjedzie do ośrodka zdrowia w Kasisi w Zambii.

Do wyjazdu do pomocy w szpitalu misyjnym przygotowują się również pielęgniarka Zofia Miś, która będzie pracować przez sześć miesięcy w wybudowanym przez Fundację ośrodku zdrowia w Kiabakari w Tanzanii oraz lek. stomatolog Marta Smoczyńska-Marczak, wyjeżdżająca do ośrodka w Abong-Bang w Kamerunie.

Fundacja w pierwszym półroczu 2010 roku wysłała do 34 ośrodków misyjnych 178 paczek z pomocą medyczną oraz dofinansowała zakup sprzętu medycznego dla ośrodków w Kazachstanie i w Kamerunie.

Dnia 29 maja 2010 roku w poznańskiej Farze odbyła się uroczysta Msza Św. z okazji 18. rocznicy powstania Fundacji. Była to dobra okazja do wspólnego spotkania Sympatyków i Wolontariuszy.

Obecnie w przygotowaniu jest kolejna edycja kursu „Podstawowa Opieka Zdrowotna w Tropiku". Kurs odbędzie się w dniach od 28 czerwca do 3 lipca 2010 roku w Poznaniu. Program kursu oraz formularz zgłoszeniowy dostępne są na stronie internetowej Fundacji:

www.medicus.ump.edu.pl

Anna Kurkowiak
p.o. Prezesa Fundacji

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

Redaktor: prof. zw. em. Zbigniew Pawłowski, DTMH.
Z-ca Redaktora: dr hab. Anita Magowska

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

Sekretarz Redakcji: 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.

WSPÓŁPRACA WHO I KOŚCIOŁA

Światowa Organizacja Zdrowia i opieka medyczna sprawowana przez instytucje religijne w 30 lat po deklaracji w Ałma Ata

World Health Organization and health care provided by Faith-based Organizations 30 years after the Alma Ata Declaration

W zakresie realizacji „podstawowej opieki zdrowotnej dla wszystkich", która pierwotnie zaoferowana była na rok 2000, następują obecnie dość znaczne zmiany, warte przedstawienia, gdyż dotyczą one m.in. działalności w ośrodkach misyjnych.

IDEA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA WSZYSTKICH

Szczytna idea „zdrowia dla wszystkich" poczęła się na posiedzeniu Zarządu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w roku 1975 z inicjatywy ówczesnego dyrektora WHO Haldana Mahlera, który posiadał osobiste doświadczenie w pracy na misjach. Inicjatywa ta została poparta przez dwie wielkie chrześcijańskie organizacje, zajmujące się problemami medycznymi: Christian Medical Commission i World Council of Churches. W roku 1978 WHO i UNICEF (Fundusz Narodów Zjednoczonych Pomocy Dzieciom) zwołały konferencję w Ałma Ata. W roku 2008 minęło 30 lat od czasu jej zorganizowania. Deklaracja z konferencji w Ałma Ata mówi, że jedynym systemem, który może zabezpieczyć zdrowie dla wszystkich (Health for All by the Year 2000) jest podstawowa opieka zdrowotna (Primary Health Care – PHC). Miała by ona być realizowana przez „praktyczne zastosowanie opartej na wiedzy i akceptowanej socjalnie podstawowej opiece medycznej, dostępnej dla pojedynczych osób, rodzin i społeczności (przy ich aktywnej współpracy) i na koszt, który byłby do przyjęcia przez społeczności i władze krajowe, zdeterminowane, aby taką opiekę wprowadzić" (3, 4).

Wprowadzenie PHC natrafiało na wiele trudności. Uważano, że system ten może stać się niskiej jakości opieką zdrowotną dla biednych ("poor health for poor people") i zwracano uwagę na konieczność zabezpieczenia odpowiedniej jakości sprawowanej opieki. Najważniejszą trudnością było jednakże przygotowanie odpowiednich pracowników PHC pracujących w terenie, którzy pochodziliby z lokalnych społeczności, mówili tamtejszym językiem lub dialektem, znali miejscowe zwyczaje, strukturę społeczną i możliwości finansowe. Tę pozycję w społecznościach tradycyjnie zajmowali i często nadal zajmują miejscowi czarownicy i znachorzy (3, 4).

W latach 1990. zwyciężyły poglądy ekonomiczne i polityczne, uważające, że opiekę zdrowotną na odpowiednim poziomie – niekoniecznie dla wszystkich – można zabezpieczyć tylko przez racjonalną i ekonomicznie zrównoważoną współpracę sektora prywatnego i publicznego, zakładającą pewną odpłatność ze strony korzystających z tej opieki.

Na przełomie stuleci, w atmosferze narastającej globalizacji i upowszechnienia ekonomicznego sposobu myślenia i działania, uznano generalną zasadę, że zdrowie społeczności jest nieodłącznym czynnikiem globalnego rozwoju ekonomicznego (Millennium Developmental Goals, 2000) (2, 5, 7). Nie bez znaczenie były tu również wzrastające zagrożenie epidemiczne (HIV/AIDS, ptasia grypa, zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej – SARS) i pojawiający się problem światowego terroryzmu. Uzmysłowiono sobie, że w tzw. „globalnej wiosce" jest niezbędne zniesienie nierówności społecznych i ekonomicznych, zwłaszcza w strefie dostępu do opieki zdrowotnej i edukacji. Wrócono więc do idei podstawowej opieki zdrowotnej, zmodyfikowanej postępami wiedzy medycznej i ekonomicznej, dążeniem do usprawniania metod zarządzania i wykorzystaniem możliwości wynikających z rewolucji informatycznej.

Realizacja zasad podstawowej opieki medycznej, odpowiedniej do narodowych potrzeb i finansów, została przez WHO ponownie zalecona państwom wchodzącym w skład tej organizacji. Zalecenie to jest popierane logistycznie i finansowo przez Narody Zjednoczone oraz organizacje pozarządowe, np. Medicus Mundi International, Bill i Melinda Gates Foundation. Przy pomocy ogromnych funduszy, w dużej mierze pozarządowych, wdrażane są odpowiednie programy ograniczające szerzenie się najważniejszych chorób zakaźnych (AIDS, gruźlica, malaria), zapewniające opiekę nad matką i dzieckiem oraz dbające o ochronę środowiska (zaopatrzenie w wodę i drzewo używane do gotowania, minimalizacja skutków nadmiernej urbanizacji) (6).

ROLA I PRZYSZŁOŚĆ OŚRODKÓW MEDYCZNYCH PROWADZONYCH PRZEZ INSTYTUCJE RELIGIJNE

W roku 2006, popierany przez WHO program oceny udziału ośrodków religijnych w ochronie zdrowia (African Religious Health Assets Programme) ocenił, że na terenie Afryki subsaharyjskiej około 40% podstawowej opieki zdrowotnej świadczone jest przez ośrodki medyczne, związane z instytucjami religijnymi, nie tylko katolickimi. Uzyskanie dokładnych danych jest niemożliwe z uwagi na to, że wiele tych ośrodków nie podlega centralnej koordynacji i działa niezależnie, poza narodowymi systemami ochrony zdrowia. Jeżeli zamierza się poprawić podstawową opiekę zdrowotną w krajach rozwijających się potencjał usług świadczonych przez ośrodki misyjne powinien być skoordynowany z działaniami, jakie prowadzą rządy danych krajów, wspierane przez organizacje międzynarodowe m.in. WHO

i Bank Światowy. Konieczność takiego porozumienia, zainicjowana przez Medicus Mundi International (MMI), została zaakceptowana przez Episkopaty krajów afrykańskich i rozważana kolejno na ich posiedzeniach w grupie państw anglojęzycznych w Kampali (2004) i frankofońskich w Cotonou (2005). Ostatnio WHO i Geneva Global, (filantropijna organizacja szwajcarska) wydały publikację nt. relacji WHO z organizacjami religijnymi (FBO – Faith Based Organizations). Stanowi ona ważny krok w kierunku wzajemnej współpracy wszystkich zainteresowanych stron w poprawie ochrony zdrowia w krajach rozwijających się (4, 6). Oficjalne stanowisko Watykanu jest w tej mierze nadal ostrożne, gdyż sprawa dotyczy nie tylko Kościoła Katolickiego, wkracza na orbitę współpracy i dialogu międzyreligijnego, może zahaczać o kanony wiary istotne dla kościoła katolickiego oraz wpływać na jego tożsamość i niezależność działania.

Z drugiej strony pewna „rezerwa" rządów świeckich i niektórych organizacji pozarządowych wobec instytucji religijnych wypływa z niedoceniania pewnych istotnych wartości reprezentowanych przez instytucje religijne, takich jak działanie motywowane współczuciem, oferowanie pomocy najuboższym i na terenach trudno dostępnych, bliski kontakt z miejscową społecznością. Niewątpliwie wartości te równoważą dążenie instytucji religijnych do zachowania swojej tożsamości, niezależności i wpływów oraz pewne odmienne podejście do postępowania w ochronie zdrowia np. w odniesieniu do zapobiegania zakażeniom HIV. Na ogół ośrodki medyczne prowadzone przez instytucje religijne realizują zalecane przez WHO wypróbowane metody postępowania leczniczego i profilaktycznego w zwalczaniu gruźlicy i malarii oraz akcje szczepień profilaktycznych. W skali globalnej zaangażowanie ośrodków religijnych w rządowej ochronie zdrowia w wielu krajach różni się znacznie: w Tajlandii i w Indiach jest ono minimalne, w Ugandzie bardzo ścisłe, a w Tanzanii ostatnio wzrastające (4).

WSKAZANA REORGANIZACJA OŚRODKÓW MEDYCZNYCH PROWADZONYCH PRZEZ INSTYTUCJE RELIGIJNE

W tym kontekście, dla poprawy globalnej sytuacji zdrowotnej, niezbędna jest pewna reorganizacja pracy ośrodków medycznych prowadzonych przez instytucje religijne.

Na konferencji w Cotonou (2005) stwierdzono, że posługa chorym stanowi istotna część misji ewangelizacyjnej, która nie jest odpowiednio wykorzystywana. Zidentyfikowano kilka sfer działalności ośrodków medycznych na misjach wymagających zmiany. Są to: brak odpowiedniej ogólnej strategii i polityki zdrowotnej; duże koszty wyposażenia, niezbędnego do zapewnienia opieki; brak środków i nieodpowiednie gospodarowanie środkami już istniejącymi, brak przepływu informacji, brak zaangażowania i lojalności niektórych członków personelu, brak współpracy istniejących struktur zdrowotnych (religijnych versus państwowych lub należących do różnych religii). Z drugiej strony zaznaczono brak otwarcia się państwa na dialog z kościołem i uznania dla wykonywanej przez kościół katolicki pracy w ochronie zdrowia. Określono aktualne potrzeby i działania. Na pierwszym miejscu jest stworzenie wizji wspólnej strategii, dalej usprawnienie formacji medycznej instytucji kościelnych, zapewnienia uczciwego i wykwalifikowanego personelu, polepszenia jakości świadczonych usług, wypracowanie norm i standardów zawodowych, sięgnięcia po dostępne środki, rozwinięcie solidarności i partnerstwa z innymi instytucjami poprzez wymianę doświadczenia i informacji, wypracowanie wiarygodności w oczach partnerów i wyrobienie szacunku dla pracy w służbie ewangelizacji narodów (6).

Najważniejsza z tego jest potrzeba uzgodnienia wspólnej wizji strategii i rozpoznania środków, poprzez które można by ją osiągnąć, uwzględniając kontekst lokalny i narodowy. Postanowiono rozpowszechnić i nagłośnić postanowienia podjęte na Konferencji w Cotonou, wprowadzać je w życie i dokonywać okresowego monitorowania. Odpowiedzialnymi za wykonywanie postanowień konferencji zostali przewodniczący Komisji Episkopatu ds. Zdrowia w poszczególnych krajach afrykańskich. Deklaracja konferencji z Cotonou została przekazana do Papieskiej Rady ds. Zdrowia i wielu instytucji na terenie Afryki. Niewątpliwie uchwały konferencji w Kampali i w Cotonou trafia również do Komisji ds. Misji Episkopatów krajów, prowadzących ośrodki medyczne na misjach (6).

W myśl konferencji w Kampali w roku 2007 konferencja Episkopatu Tanzanii rozważając problemy tożsamości pomocy Kościoła, formacji misyjnej, współpracy i koordynacji działania w celu uzyskania zdrowia dla wszystkich, podjęła następujące konkluzje (6).

- Posługa Kościoła w zakresie ochrony zdrowia musi być jasno określona, planowana i monitorowana.
- Szkolenie ludzi do katolickiej opieki zdrowotnej musi być profesjonalne i zgodne z zasadami ewangelizacji.
- Zalecana jest bliższa współpraca wewnątrz Kościoła i poza Nim oraz skoordynowanie działań.
- Prawa biednych do opieki zdrowotnej muszą być zabezpieczone. Konferencja zachęca Episkopaty do nawiązywania kontaktów z ośrodkami zdrowia i koordynacji pracy, a Papieską Radę ds. Zdrowia do pomocy w tym zadaniu na poziomie światowym.

Fundacja „Redemptoris Missio", przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, zrealizowała ostatnio, rozpoczęty przed laty, projekt wzorcowego ośrodka zdrowia w Kiabakari, w północnej Tanzanii, należącej do jednego z najbiedniejszych krajów świata. Piękny ośrodek, wyposażony w nowoczesny sprzęt, działa od 18 stycznia 2008 roku (1). Jego pełne wykorzystanie zależy nie tylko od pracowitości osób, które w nim pracują i dobroczynności osób, które go wspierają, ale również od dobrej woli i zaangażowania odpowiednich instytucji w Polsce i w Tanzanii.

DEKLARACJA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Wracając do głównego tematu artykułu należy przedstawić ostatnio opublikowaną deklarację Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w sprawie współpracy z ośrodkami medycznymi, prowadzonymi przez instytucje religijne (FBO) (4).

- WHO razem z FBO, mogą opracować zasady podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem wartości religijnych.
- WHO jest gotowy rozpocząć dialog z FBO dla rozważenia wzajemnego pogodzenia ze sobą oferowania pełnej współ-

VI Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Choroby Tropikalne i Pasożytnicze”

Zapraszamy do wzięcia udziału w VI Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Choroby Tropikalne i Pasożytnicze, która odbędzie się 27 września 2010 r. w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym w Poznaniu. Organizatorem Konferencji jest Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Program Konferencji:

- Choroby tropikalne importowane z odmiennej strefy klimatyczno-sanitarnej;
- Nowe zagrożenia zdrowotne w ruchu turystycznym;
- Kontrola, zwalczanie i zapobieganie malarii;
- Szczepienia ochronne wymagane i zalecane w ruchu międzynarodowym;
- Parazytozy przewodu pokarmowego w krajach strefy tropikalnej;
- Zabezpieczenie medyczne podróżujących pacjentów z grup ryzyka;
- Choroby zakaźne i pasożytnicze wśród żołnierzy misji pokojowych;
- Medycyna podwodna. Problemy zdrowotne związane z nurkowaniem w wodach tropikalnych.

Rejestracji uczestnictwa można dokonać na stronie internetowej: www.tropiki2010.poznan.pl, na której znajdują się również informacje dotyczące: udziału w konferencji, programu naukowego, zgłaszania streszczeń, a także zakwaterowania.

czucia i godnej troski o chorego z potrzebą współdziałania w rozwoju systemu opieki zdrowotnej.

- WHO zaleca, aby agendy rządowe doceniły wartości społeczne, świadczone przez FBO, i uwzględniały FBO przy sporządzaniu planów ochrony zdrowia.
- WHO ma okazję prowadzić pilotowe programy dotyczące reorganizacji systemów zdrowotnych tak, aby pewne sprawdzone modele działania mogły być szerzej wprowadzone w życie.
- WHO może promować współpracę między agendami rządowymi, FBO i sponsorami dla zapoczątkowania konstruktywnego współdziałania i zalecenia włączenia przedstawicieli społeczności do szeroko pojętej opieki medycznej, współpracy międzynarodowej i do mechanizmów subwencjonowania.
- WHO może zapoczątkować współpracę z FBO w celu identyfikacji roli, jaką mogą one odegrać w rozwoju pewnych wartości religijnych w systemie opieki zdrowotnej.
- Jest sprawa pilną, aby FBO razem z agencjami religijnymi (FBDA, Faith-based development agency) i ich narodowymi przedstawicielami np. Christian Health Association otrzymały pomoc w opracowywaniu mechanizmów finansowania np. z „Global Funds to Figth AIDS, Tuberculosis and Malaria” oraz rekrutacji i zabezpieczenia kariery pracowników, którzy pomogliby w przyśpieszeniu wprowadzania w życie podstawowej opieki medycznej, w tym związanej z AIDS.
- Zasady monitorowania i finansowania współpracujących różnych FBO mogą być opracowane przez WHO i kraje wchodzące w skład tej organizacji (4).

Odpowiedź na to zaproszenie do współpracy wymaga rozważenia przez instytucje religijne, w tym również przez Komisję Episkopatu Polski ds. Misji. Włączenie się instytucji religijnych w poprawę stanu zdrowia, podniesienie poziomu edukacji i rozwoju ekonomicznego krajów rozwijających się jest dużym wyzwaniem dla ewangelizacji narodów na początku XXI wieku.

Zbigniew Pawłowski

emerytowany (od roku 1996) profesor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, jeden z fundatorów Fundacji „Redemptoris Missio” Medicus Mundi Poland (1992), wieloletni ekspert Światowej Organizacji Zdrowia (do roku 2011)

Artykuł przygotowany do druku w „Annales Missiologici Posnanienses”

Piśmiennictwo:

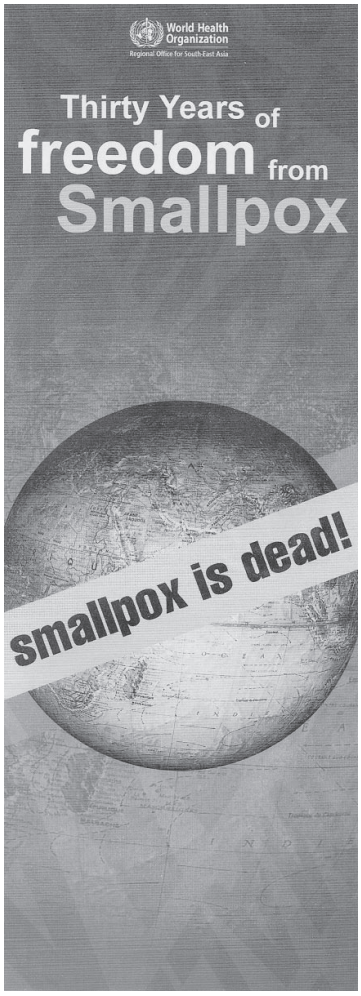
1. M. Cofta. „Polskie centrum zdrowia w Kiabakari” Medicus Mundi Polonia 2008, 22/23: 2-3.
2. Christian Health Associations. „Christian Health Associations at Crossroad Towards Achieving Health Millenium Developmental Goals” Konferencja w Dar es Salaam/Bagamayo, styczeń 2007.
3. J.Hall i R.Taylor. „Health for All beyond 2000: the Demise of the Alma-Ata Declaration and Primary Health Care in Developing Countries. Medical Journal of Australia 2007, 178: 17-20.
4. T. Karpf i A. Ross (redaktorzy). Building from common Foundations. Word Health Organization and Faith-Based Organizations in Primary Healthcare. Geneva Global i World Health Organization, Geneva 2008, ISBN 978 92 4 159662.
5. Z. Pawłowski. „Millennium Declaration Goals”. Medicus Mundi Polonia, 2005, 16:15-16.
6. Z. Pawłowski. „Posługa lecznicza Kościoła”. Medicus Mundi Polonia:
   2004, 12/13: 22-24 [tożsamość katolickich instytucji opieki zdrowotnej];
   2004, 14:23-24 [deklaracje z Soesterberg i z Kampali];
   2005, 17/18: 21-24 [deklaracja z Cotonou];
   2006, 19/20: 18-20 [katoliccy pracownicy ochrony zdrowia]
   2008, 22/23: 5 [konferencja Episkopatu Tanzanii]
   2009, 28/29: 27-28 [posługa lecznicza w czasie kryzysu]
7. C. Rakodi. „Understanding the Roles of Religion in Development” University of Birmingham. Religious and Development Working paper 9, 2007.

Śmierć choroby – ospy prawdziwej

D.A.Henderson, Global Health Magazine 2010, nr 6

W maju bieżącego roku Zgromadzenie Ogólne ŚOZ w Genewie świętowało 30. rocznicę ogłoszenia zlikwidowania w świecie ospy prawdziwej, które nastąpiło 8 maja 1980 roku. Decyzja o likwidacji ospy została podjęta w roku 1967. W tym roku ospa prawdziwa występowała w 43 krajach, liczbę zachorowań oceniano na 10 milionów, a zgonów z powodu ospy na 2 miliony. Wielu ekspertów wątpiło czy uda się ospę zlikwidować; w głosowaniu różnica między głosami popierającymi akcję i nie popierającymi wynosiła tylko 2 głosy. Przeznaczony na akcję budżet wynosił początkowo tylko 2.4 miliona $; sumę nie wystarczającą nawet na roczny zakup szczepionki.

Strategia zwalczania ospy była prosta. Postanowiono doprowadzić do tego, aby 80% populacji było prewencyjnie szczepione i przestało być podatne na zakażenie. Drugim elementem akcji było aktywne wczesne wykrywanie przypadków, izolowanie ich i szczepienie osób z otoczenia, tak aby wirus nie mógł szerzyć się dalej. Realizacja programu była możliwa dzięki a) dostatecznej ilości ciepłostałej szczepionki, b) wprowadzeniu prostej igły do skaryfikacji skóry w czasie szczepienia, c) udziałowi tysięcy lekarzy wolontariuszy oraz d) doskonałej organizacji międzynarodowej akcji. Trzeba tu podkreślić, że w zwalczaniu ospy w świecie brało udział kilkunastu lekarzy z Polski. Niezależnie od zaangażowania osób biorących udział w szczepieniach (w Afryce zdarzało się, że jeden wolontariusz szczepił ponad 500 osób dziennie), nie bez znaczenia była współpraca miejscowych władz i ludności.



W ciągu 6 lat zlikwidowano ospę w wielu krajach za wyjątkiem Etiopii, Pakistanu, Indii, Bangladeszu i Nepalu. W tych krajach napotkano wiele trudności w likwidacji ospy, które wymagały zwiększonego wysiłku osób zaangażowanych w akcję. Mimo dużych trudności w ostatecznej likwidacji zakażenia, ostatni przypadek ospy zarejestrowano dnia 26 października 1977 roku. Po trzech latach dalszych obserwacji ogłoszono ostateczną likwidację ospy w świecie.

Sukces w zwalczaniu ospy drogą szczepienia spowodował, że w roku 1970 powołano do życia specjalny program immunizacji przeciwko wielu innym chorobom zakaźnym. Dzięki niemu częściowo zlikwidowano polio i znacznie zmniejszono zachorowalność dzieci na odrę, tężec, błonicę i gruźlicę.

Tłumaczył i streścił
prof. Zbigniew Pawłowski

STOP MALARIA NOW!

Projekt „STOP MALARIA NOW!”

Projekt jest międzynarodową inicjatywą wspieraną finansowo przez Unię Europejską. W latach 2008-2009 brało w nim udział 9 organizacji pozarządowych z Niemiec, Włoch, Hiszpanii, Szwajcarii, Kenii oraz Polski. W roku 2010 rozpoczęła się druga edycja projektu, w której bierze udział także organizacja z USA – Malaria Foundation International. Głównym celem Programu jest zwrócenie uwagi rządów oraz społeczeństw państw europejskich na problem malarii jako globalne zagrożenie. W projekcie biorą udział 2 polskie organizacje – Polska Misja Medyczna oraz Fundacja Pomocy Humanitarnej *„Redemptoris Missio”*.

Podsumowanie działalności w pierwszej edycji Projektu (2008-2009)

W styczniu 2010 nastąpiło podsumowanie Projektu Stop Malaria Now! za okres 2008-2009. We wszystkich krajach partnerskich przez cały okres trwania Programu organizowano liczne wykłady i seminaria na temat malarii, a także wystawy, konferencje, koncerty, spotkania z misjonarzami i inne wydarzenia mające na celu zwiększyć liczbę osób zainteresowanych Projektem. Dniem szczególnym w każdym roku był 25 kwietnia – *Światowy Dzień Malarii* (*World Malaria Day*). W 2009 roku w Poznaniu obchodziliśmy Tydzień Malarii, w trakcie którego miał miejsce wykład na temat malarii, spotkanie z misjonarka S. Józefiną Grabowską, seans filmu „Tsotsi” w Kinie Malta, a także spotkanie z wolontariuszami na temat Programu.

Do naszej akcji aktywnie włączyło się również *Studenckie Koło Naukowe Tropik przy Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku* (Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak), z inicjatywy opiekuna koła – dr n. med. Katarzyny Van Damme-Ostapowicz. W 2009 roku z okazji Tygodnia Malarii, zorganizowano tam wystawę zdjęć na temat malarii oraz stoiska, gdzie każdy odwiedzający mógł dowiedzieć się więcej na temat problemu malarii oraz otrzymać materiały informacyjne. W organizację Tygodnia Malarii zaangażowani byli studenci ze Studenckiego Koła Naukowego „Tropik” przy Katedrze i Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych w Poznaniu.

Przez 2 lata trwania projektu ważnym aspektem była akcja *“Show Your Face Against Malaria” – „Pokaż Swoją Twarz Przeciwko Malarii”*. Idea tej inicjatywy polega na zbieraniu – zamiast podpisów – zdjęć z żółtym komarem, godłem projektu. Końcowym efektem ma być „petycja” w formie mozaiki w kształcie Afryki ułożona ze zdjęć osób wspierających projekt, która będzie przekazana władzom Unii Europejskiej i rządom państw partnerskich.

Spotkanie koordynacyjne w Poznaniu

28 stycznia 2010 roku w Poznaniu, odbyło się pierwsze spotkanie koordynacyjne Programu Stop Malaria Now! w edycji 2010-2011 (Follow-up Project). W spotkaniu wzięło udział 10 uczestników z 6 organizacji partnerskich: Antje Mangelsdorf – koordynator główny projektu (Action Medeor), Isabel Fernandez i Carlos Mediano (FAMME – Medicus Mundi Spain), Serena Foresi (Doctors with Africa Cuamm), Giovanni Zoppi (Medicus Mundi Italy), Dominika Czerw i Ewa Piekarska (Polska Misja Medyczna), Mateusz Cofta, Anna Kurkowiak, Justyna Polowy (Medicus Mundi Poland – Redemptoris Missio). Na spotkaniu nie byli obecni przedstawiciele pozostałych organizacji: Eine Welt Netz NRW, Medicines for Malaria Venture, KeNaam oraz Malaria Foundation International.

Spotkanie miało na celu ustalenie szczegółów kampanii w latach 2010-2011 oraz podział zadań dla poszczególnych członków Projektu. Dyskusja skupiła się głównie wokół skutecznej promocji kampanii oraz pozyskaniu zainteresowania problemem malarii wśród dziennikarzy i mediów, a także młodzieży.

Antje Mangelsdorf przedstawiła przewodnik dla organizacji afrykańskich *“Supporting Community Responses to Malaria”*, stworzony przez Stop Malaria Now! Przewodnik powstał na podstawie badań przeprowadzonych w Kenii w 2009 roku. Jego celem jest prezentacja możliwości pozyskiwania środków na walkę z malarią, gruźlicą i HIV/AIDS z Funduszu Światowego, ma być narzędziem ułatwiającym aplikację i przedstawiającym krok po kroku proces uzyskiwania grantów. Action Medeor jest odpowiedzialna za rozesłanie przewodników do odpowiednich organizacji w Afryce, a także za organizację w Kenii szkoleń ułatwiających jego efektywne wykorzystanie. Dla osób zainteresowanych przewodnik dostępny jest na stronie internetowej programu (www.stopmalarianow.org), a także w bibliotece Centrum Wolontariatu (ul. Grunwaldzka 86).

Plany na rok 2010

Głównym celem będzie promocja Programu i pozyskanie szerszego grona odbiorców, a także zainteresowania mediów. Nadal aktywnie będzie prowadzona inicjatywa „Pokaż Swoją Twarz Przeciwko Malarii”, wyprodukowane będą także nowe materiały informacyjne: ulotki, plakaty i roll-upy. Chcąc pozyskać więcej sympatyków wśród młodzieży, Stop Malaria Now! zaplanowała międzynarodowy konkurs na krótkometrażowy amatorski film na temat malarii. Zwycięzcy konkursu z każdego kraju będą mieli okazję polecieć do Kenii, aby z profesjonalną

„Zdrowie dla Wszystkich" w teorii i praktyce

W dniach 17-24 maja 2010 r. w Genewie obradowało 63. Zgromadzenie Światowego Zdrowia (World Health Assembly), najwyższa władza Światowej Organizacji Zdrowia, w którym uczestniczyłam jako obserwator z ramienia Medicus Mundi International. WHO chętnie zaprasza organizacje pozarządowe na swoje obrady, ponieważ są one ważnymi sojusznikami organizacji. Obrady toczyły się w wielu sekcjach tematycznych, poniższe krótkie sprawozdanie dotyczy tylko niektórych z nich.

Podkreślano, że światowy kryzys ekonomiczny odbił się niekorzystnie na finansach WHO i spowodował zmniejszenie dotacji w 2009 r., co w bieżącym roku zmusi organizację do oszczędniejszego dysponowania budżetem. W strategii WHO podstawowe znaczenie mają programy zwalczania pojedynczych jednostek chorobowych lub grup chorób podobnych pod względem przyczyn, uwarunkowań i skutków.

Jedną z takich grup są tzw. noncommunicable diseases (choroby niezaraźliwe), do których należą: nowotwory, choroby sercowo-naczyniowe i udar, cukrzyca oraz przewlekłe choroby dróg oddechowych. Czynnikami ryzyka grupy chorób niezaraźliwych są: palenie tytoniu (według WHO, jest ono odpowiedzialne za 20% zachorowań na gruźlicę), picie alkoholu, brak ruchu i otyłość, dlatego kiedyś uważano je za dolegliwości ludzi bogatych. Dziś wiadomo, że są to choroby głównie ludzi niezamożnych, a w krajach rozwijających się lub słabo rozwiniętych umiera na choroby niezaraźliwe od 8 do 14 milionów ludzi rocznie.

Zarządzanie ryzykiem chorób niezaraźliwych polega na podejmowaniu projektów społecznych prowadzących do ograniczenia palenia tytoniu (w 2007 r. stało się ono przyczyną zgonu 5 milionów ludzi) i picia alkoholu, zmiany diety i zwiększenia aktywności fizycznej. W tym zakresie WHO znajduje wsparcie organizacji pozarządowych, firm farmaceutycznych, fundacji filantropijnych, stowarzyszeń religijnych etc. W lutym br. zorganizowano w Genewie Pierwsze Globalne Forum Sieci Chorób Niezaraźliwych, które skupiło się na rozpoznawaniu możliwości zapobiegania im i tworzeniu nowych programów. Programy te skupione są na popularyzowaniu zdrowej, pozbawionej kwasów tłuszczowych diety i zapewnianiu jej nawet małym dzieciom. Nowe forum jest przykładem typowej aktywności WHO, która skupia się na wyznaczaniu nowych kierunków polityki zdrowotnej państw członkowskich i budowaniu płaszczyzn współpracy międzynarodowej w możliwie najbardziej zawężonym zakresie.

ekipą filmową nakręcić film o malarii, który będzie promować Program. Szczegóły konkursu podane będą na stronie internetowej programu w kwietniu. Wśród innych zaplanowanych akcji jest m.in. stworzenie multimedialnej wystawy, która będzie wystawiana w 10 miastach w każdym z krajów partnerskich, akcja promocyjna w mediach oraz konferencje dla dziennikarzy, a także uruchomienie „wirtualnej afrykańskiej wioski" – internetowej platformy przedstawiającej kenijską wioskę i umożliwiającej kontakt z jej mieszkańcami.

Studenckie Koło Naukowe Tropik z Białegostoku nadal aktywnie bierze udział w Programie. Z okazji Światowego Dnia Malarii, 27 kwietnia w Białymstoku odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Podróżuj Zdrowo", skierowana do pielęgniarek i studentów medycyny.

Bieżące wydarzenia Programu można śledzić na stronie internetowej www.stopmalarianow.org, dodatkowe informacje można również uzyskać kontaktując się drogą mailową lub telefoniczną z Fundacją Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio":

medicus@ump.edu.pl, tel. 618621321.

Justyna Polowy

Eksperci WHO uznali dietę za ważny sposób zapobiegania nie tylko chorobom niezaraźliwym, ale także gruźlicy. Ponadto podjęli działania na rzecz wprowadzenia zakazu kierowania do dzieci reklamy żywności i napojów bezalkoholowych, co ma pomóc w walce z otyłością najmłodszych. Choroby niezaraźliwe są łączone w jedną grupę z problemami zdrowia psychicznego, do których zalicza się uzależnienie od narkotyków. Te problemy nadzoruje z ramienia WHO dr Ala Alwan, według której „stosowanie narkotyków jest jednym z dwudziestu najważniejszych zagrożeń zdrowia na świecie, chociaż wiemy jak zapobiegać i leczyć uzależnienie od narkotyków". Narkomania jest przyczyną wzrostu zachorowań na HIV/AIDS, zapalenie wątroby, gruźlicy i samobójstw. Warto to podkreślić w świetle kampanii o legalizację zastosowania marihuany w medycynie.

Poważnym problemem WHO są podrabiane i zafałszowywane produkty lecznicze. Dotychczas nie udało się objąć ich kontrolą w żadnym z państw członkowskich, dlatego podczas majowego Zgromadzenia przyjęto projekt rezolucji pozwalającej na międzynarodową współpracę celem skuteczniejszej kontroli produkcji i dystrybucji produktów leczniczych oraz wymiany doświadczeń. Urzeczywistnienie tej współpracy zlecono grupie roboczej. Szacuje się, że około 10% europejskiego rynku farmaceutycznego stanowią leki podrobione lub zafałszowane, znajdujące nabywców w obrocie pozaaptecznym, np. na targowiskach.

Do najważniejszych problemów globalnego zdrowia publicznego należą wypadki komunikacyjne (Polska należy do światowych liderów pod tym względem) i masowa migracja lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów z Afryki do USA, Kanady, Anglii, Francji i Niemiec. To niepokojące zjawisko zaczęło się w latach dziewięćdziesiątych i było rezultatem kryzysu ekonomicznego w krajach rozwiniętych, który przyczynił się do redukcji nakładów na szkolnictwo wyższe, w tym na kształcenie lekarzy. Deficyt lekarzy i pielęgniarek w najbogatszych państwach świata przyczynił się do powstania agencji rekrutacyjnych specjalizujących się w nawiązywaniu kontaktu z absolwentami studiów medycznych w krajach afrykańskich, a w ostatnich latach także w państwach bloku postsowieckiego (jak wiadomo także w Polsce), ułatwiając im emigrację i zdobycie lepiej płatnej pracy.

Tak powstał efekt domina: w Europie lekarze, pielęgniarki i farmaceuci mogą najwięcej zarobić w Szwajcarii, która z kolei przyciąga personel medyczny z Francji, Włoch, Niemiec i państw afrykańskich, gdy do Niemiec emigrują lekarze i pielęgniarki z Polski, państw afrykańskich, Rosji i Ukrainy. Tak powstaje błędne koło, prowadzące do niewyobrażalnych niedoborów personelu fachowego w szpitalach i przychodniach. Np. w Indiach brakuje 2,4 miliona pielęgniarek.

Już w 2008 r. WHO zainicjowało dyskusję nad projektem Kodeksu Praktyki Rekrutacji Personelu Medycznego. Nie udało się jednak znaleźć konstruktywnych rozwiązań, a dostępny na stronie internetowej projekt wydaje się chronić interesy państw zamożnych. Podczas majowego Zgromadzenia WHO kodeks ten stanowił jeden z najważniejszych tematów dyskusji, bo chociaż służy interesom zdrowia globalnego narusza prawa i wolności osobiste lekarzy, pielęgniarek oraz farmaceutów. Jest to – być może nierozwiązywalny – węzeł gordyjski zdrowia międzynarodowego.

Tekst i zdjęcia: dr hab. Anita Magowska

Trzęsienie ziemi w Chile

27 lutego 2010 r. trzęsienie ziemi i tsunami dotknęły liczne regiony Chile. Sytuacja zmieniała się dynamicznie, szacowane zniszczenia powiększane były przez wstrząsy następcze o łagodnym i średnim natężeniu, które notowano jeszcze pod koniec marca.

Według oficjalnych raportów katastrofa dotknęła ponad 150 tysięcy ludzi, w tym spowodowała 50 ofiar śmiertelnych. Zostały zniszczone domy, a także systemy wodociągowo-kanalizacyjne, pociągając za sobą ograniczony dostęp do wody. W ramach pomocy, uruchomiono program rozdawania żywności w regionach dotkniętych katastrofą, czynne jest 35 ośrodków zapewniających schronienie dla tysięcy osób, które straciły dach nad głową. Szkody w systemie opieki medycznej szacuje się na 71% sieci szpitali w całym kraju, a rozwiązania naprawy zniszczeń na miesiące, a nawet lata.

http://new.paho.org/disasters

Źródło: INTERNET

Podstawowa opieka medyczna w tropiku

[w tym medycyna podróży oraz malaria, gruźlica i AIDS w tropiku]

Health Care in the Tropics (HCT)

28 czerwca – 3 lipca 2010

Organizator:

Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio • Medicus Mundi Poland • Pracownia Medycyny Podróży • Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych • Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Koordynator naukowy:

Prof. dr hab. Zbigniew S. Pawłowski, Prof. dr hab. Jerzy Stefaniak, dr n med. Elżbieta Kacprzak

Miejsce:

Collegium A. Wrzoska – Sala nr 105, ul. Dąbrowskiego 79 w Poznaniu

Kontakt:

Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio: medicus@ump.edu.pl

PROGRAM KURSU

Podstawowa Opieka Medyczna w tropiku 28 czerwca – 03 lipca 2010

	28 czerwca - poniedzialek	
8.00 - 8.30	Rejestracja uczestników	
8.30 - 9.00	Otwarcie kursu	prof. dr hab. Jerzy Stefaniak, prof. dr hab. Zbigniew Pawlowski, dr n. med. Elżbieta Kacprzak, mgr Anna Kurkowiak, ks dr Ambroży Andrzejak
9.00 - 9.45	Malaria w świecie	prof. dr hab. Jerzy Stefaniak
9.45 - 11.15	Profilaktyka zdrowotna przy wyjeździe do krajów strefy tropikalnej	dr n med. Elżbieta Kacprzak
11.15 - 12.00	Choroby tropikalne skóry	prof. dr hab. Ryszard Żaba
12.00 - 12.30	Przerwa	
12.30 - 14.00	Zasady doboru chemoprofilaktyki i szczepień ochronnych – warsztaty	dr hab. n. med Małgorzata Paul
14.00 - 14.30	Lunch	
14.30 - 16.00	Diagnostyka malarii	lek. med. Karolina Mrówka, mgr Kamila Gadomska
16.00 - 17.30	Podstawowa opieka zdrowotna w tropiku	mgr Mateusz Cofta
	29 czerwca - wtorek	
9.00 - 9.45	Sytuacja zdrowotna w tropiku	prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski
9.45 - 10.30	Biegunki podróżnych	prof. dr hab. Jerzy Stefaniak
10.30 - 11.15	Apteczka podróżna	lek. med. Karolina Mrówka
11.15 - 12.00	Epidemologia i obraz kliniczny cholery	lek. med. Karolina Mrówka
12.00 - 12.30	Przerwa	
12.30 - 14.00	Zasady postępowania w przypadku ukąszeń przez zwierzęta niebezpieczne i jadowite w tropiku	dr hab. n.med. Małgorzata Paul
14.00 - 14.30	Lunch	
14.30 - 15.15	Choroby tropikalne. Praktyka lekarska w tropiku	lek. med. Clinton Muoto
15.15 - 16.00	Tropikalne muszyce skóry	mgr Kamila Gadomska
16.00 - 17.30	Organizacja pomocy humanitarnej w tropiku	mgr Mateusz Cofta

	30 czerwca - środa	
9.00 - 10.30	Stomatologia w tropiku	lek. stom. Karolina Gerreth
10.30 - 11.00	Przerwa	
11.00 - 13.15	Leki w tropiku - essentials drugs Integrowane postępowanie w chorobach dzieci	prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski
13.15 - 14.00	Lunch	
14.00 - 15.30	Chirurgia w tropiku	prof. dr hab. Michał Drews
10.30 - 11.00	Przerwa	
16.00 - 17.30	Położnictwo w tropiku	lek. med. Agnieszka Łuczak
	1 lipca - czwartek	
8.00 - 8.45	Stop Malaria Now	stud. med. Justyna Polowy
9.00 - 10.30	Gruźlica w tropiku	prof. dr hab. Halina Batura Gabryel
10.30 - 11.00	Przerwa	
11.00 - 13.15	HIV/AIDS prevention in Africa	Stefanie Theuring, Berlin
13.15 - 14.00	Przerwa	
14.00 - 16.30	AIDS treatment and care in developing countries – Tanzania Sleeping sickness in Africa	Dr Sebastian Dieckmann, Berlin
	2 lipca - piątek	
9.00 - 10.30	Medycyna związana z katastrofami (tsunami, Haiti, Chile)	mgr Marek Dąbrowski
10.30 - 11.00	Przerwa	
11.00 - 13.15	Okulistyka w tropiku	prof. dr hab. Krystyna Pecold
13.15 - 14.00	Lunch	
14.00 - 15.30	Portret Misjonarza – Lekarza	prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski
16.00 - 17.30	Polscy Misjonarze w tropiku. MMI, CUAMM	dr hab. Anita M. Magowska
	3 lipca - sobota	
8.00 - 8.45	TEST	
9.00 - 9.45	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio	mgr Anna Kurkowiak
9.45 - 10.30	Formacja misyjna	ks. dr Ambroży Andrzejak
10.30 - 11.00	Przerwa	
11.00 - 11.45	WHO, UN Millenium Developmental Goals	prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski
11.45 - 13.15	Rozdanie dyplomów, zakończenie kursu	prof. dr hab. Jerzy Stefaniak, prof. dr hab. Zbigniew Pawlowski, dr n. med. Elżbieta Kacprzak, mgr Anna Kurkowiak, ks dr Ambroży Andrzejak

PRELEGENCI:

ks. dr Ambroży Andrzejak	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
prof. dr hab. Halina Batura - Gabryel	Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii UM w Poznaniu
mgr Mateusz Cofta	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu, Fundacja Redemptoris Missio
mgr Marek Dąbrowski	Katedra Ratownictwa Medycznego UM w Poznaniu
Dr Sebastian Dieckmann	Instytut Tropikalny w Berlinie
prof. dr hab. Michał Drews	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej UM w Poznaniu
mgr Kamila Gadomska	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu
lek. stom. Karolina Gerreth	Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej UM w Poznaniu
dr n med. Elżbieta Kacprzak	Pracownia Medycyny Podróży UM w Poznaniu
mgr Anna Kurkowiak	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
lek. med. Agnieszka Łuczak	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
dr hab. Anita M. Magowska	Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych UM w Poznaniu, Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
lek. med. Karolina Mrówka	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu
lek. med. Clinton Muoto	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu
dr hab. n. med. Małgorzata Paul	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu
prof. dr hab. Zbigniew Pawłowski	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
prof. dr hab. Krystyna Pecold	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
Justyna Polowy	Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio
prof. dr hab. Jerzy Stefaniak	Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UM w Poznaniu, Fundacja Redemptoris Missio
Stefanie Theuring	Instytut Tropikalny w Berlinie
prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski	Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Warszawa
prof. dr hab. Ryszard Żaba	Klinika Dermatologii UM w Poznaniu

Sprawozdanie z dorocznego zebrania MMI

20 maja 2010 r. w Boissey koło Genewy

W dniu 20 maja 2010 r. w Boissey koło Genewy odbyło się kolejne doroczne zebranie Medicus Mundi International, w którym uczestniczyłam reprezentując Fundację Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio. MMI jest networkiem organizacji świadczących opiekę zdrowotną w krajach rozwijających się. Jego członkami są: bardzo duże i wysoce sprofesjonalizowane organizacje charytatywne, zatrudniające nawet 300 osób, takie jak: Miseror, holenderski Cordaid i niemieckie Action Medeor; nieco mniejsze: niemiecki AGEH, włoskie CUAMM i Fatabenefratelli, także hiszpański, szwajcarski oraz włoski Medicus Mundi, a ponadto – nieporównywalnie mniejsza pod względem możliwości finansowych - Fundacja Pomocy Humanitarnej Redemptoris Missio.

Podczas zebrania wybrano nowego przewodniczącego MMI. Miejsce Guusa Eskensa, farmaceuty, zajął Nicolaus Lorenz, lekarz, dotychczasowy wiceprzewodniczący. W skład networku weszły dwie nowe organizacje humanitarne: holenderski Wemos i włoski SmileTrainItaly. Wspierany materialnie przez holenderskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych, Cordaid i wiele innych organizacji, Wemos zajmuje się kształtowaniem polityki zdrowotnej na poziomie narodowym oraz międzynarodowym, np. dąży do udostępnienia tanich leków ludności Kenii, Boliwii, Bangladeszu i Zambii, a następnie do allokacji zaoszczędzonych środków budżetowych na inwestycje szpitalne w tych krajach. Z kolei SmileTrainItaly to niewielka prywatna fundacja organizująca wyjazdy chirurgów, anestezjologów i pediatrów do krajów afrykańskich celem wykonywania operacji plastycznych u dzieci z wadami wrodzonymi, urazami wojennymi, oparzeniami etc.

Fot. A. Magowska

Nowe władze Medicus Mundi International. Drugi z lewej nowy przewodniczący MMI, Nicolaus Lorenz

Ważnym punktem zebrania było sprawozdanie z działalności. Od kilku lat MMI specjalizuje się w ekspertyzach i działaniach na rzecz reform strukturalnych opieki zdrowotnej w krajach najuboższych. Przykładem konkretnych poczynań mogą być starania o legislację Kodeksu WHO w zakresie Praktyki Międzynarodowej Rekrutacji Personelu Medycznego, mającego przeciwdziałać negatywnym następstwom migracji lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów z krajów uboższych do krajów zamożniejszych.

Drugim ważnym kierunkiem pracy MMI w ostatnim czasie było pozycjonowanie współpracy między kościelnymi placówkami medycznymi a państwowym sektorem opieki zdrowotnej w Afryce. Wyniki badań przeprowadzonych przez Instytut Misjologiczny w Würzburgu sprawiły, że władze MMI zrezygnowały z prowadzenia w przyszłości odrębnych projektów dla biskupów afrykańskich. Zespół MMI zajmujący się pozycjonowaniem kontraktów między kościelnymi organizacjami medycznymi a sektorem państwowym uczestniczyli w konferencji zorganizowanej w lutym 2009 r. Kampali. Badania w tym zakresie przeprowadził też Instytut Medycyny Tropikalnej w Antwerpii. Nowe pola aktywności MMI w 2010 r. to: działania na rzecz wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej, włączanie w prace MMI coraz większej liczby instytucji, popularyzowanie tzw. milenijnych celów rozwoju.

Anita Magowska

Banany kontra HIV

Lektyna z bananów (BanLec) jest inhibitorem wirusów HIV

Naukowcy z Centrum Medycznego University of Michigan uważają, iż lek z bananów będzie tańszy i lepszy od dotychczas stosowanych.

Badacze ustalili w jaki sposób substancja wiąże się z wirusem. To odkrycie pozwoli na opracowanie leków, które będą zapobiegały przenoszeniu wirusa drogą płciową – podaje portal Kopalnia Wiedzy.

Naukowcy stwierdzili, że lektyna z bananów działała równie silnie jak dwa leki przeciwwirusowe – marawirok i enfuwirtyd. Według nich, nowy lek byłby dużo tańszym składnikiem preparatów dopochwowych. Wydaje się też, że zapewnia szerszy zakres ochrony.

Badacze podkreślają, że liczba nowych przypadków zakażeń wirusem HIV znacznie przewyższa liczbę nowych pacjentów otrzymujących leki przeciwwirusowe (w stosunku 2,5 do 1). Dlatego wiążą duże nadzieje z lekami zapobiegającymi zakażeniu.

Źródło: rynekzdrowia.pl

Medycyna katastrof a trzęsienie ziemi w Port-au-Prince (Haiti)

MEDYCYNA KATASTROF

Według oficjalnych danych, w wyniku trzęsienia ziemi na Haiti w dniu 12 stycznia 2010 r. zginęło co najmniej 217 000 osób, ponad 300 000 zostało rannych, a prawie milion osób straciło dach nad głową. Po katastrofie zapotrzebowanie na opiekę medyczną znacznie przewyższało możliwości nadszarpniętej organizacji i infrastruktury miejscowej służby zdrowia.

Długoterminowym celem działań PAHO/WHO na Haiti stało się zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej i komfortu życia miejscowej ludności. Od pierwszych dni zakres działań obejmował m.in. ocenę aktualnego stanu epidemiologicznego, pomoc psychologiczną i psychiatryczną, organizację mobilnych jednostek podstawowej opieki zdrowotnej, rozwój infrastruktury szpitalnej, logistykę, komunikację oraz organizację, kontrolę i koordynację dostaw środków farmaceutycznych.

1. Koordynacja działań

1.1. Współpraca międzynarodowa

Z raportu PAHO/WHO z marca 2010 r. wynika, że w pomoc dla Haiti włączyło się 314 zespołów medycznych, reprezentujących miejscowe władze oraz lokalne i międzynarodowe organizacje, w tym organizacje pozarządowe. Nad ich koordynacją czuwał tzw. *Health Cluster*. W ciągu pierwszych dni Koordynacja Pomocy Humanitarnej (OCHA) znalazła oparcie w stronie internetowej (www.oneresponse.info), która stała się węzłem informacyjnym dla wszystkich zaangażowanych w czynną pomoc na Haiti. Zawiera ona m.in. spis lokalizacji szpitali, oświadczenia Ministerstwa Zdrowia, biuletyny, oraz dostęp do oficjalnych algorytmów postępowania w danych dziedzinach medycyny.

Źródło: INTERNET

W celu maksymalizacji efektywności działań stworzone zostały podgrupy ekspertów zajmujących się ustalaniem strategii i protokołów postępowania w zakresie następujących dziedzin: 1. podstawowa opieka zdrowotna/ mobilne kliniki, 2. szpitale i centra urazowe, 3. zarządzanie informacją medyczną, 4. zdrowie psychiczne i opieka psychologiczna, 5. upośledzenia, 6. zasoby medyczne, 7. wczesne reagowanie na wzmożone zagrożenia epidemiologiczne, 8. zdrowie reprodukcyjne.

1.2. Reaktywacja Systemu Informacji Medycznej

W obliczu strat personalno- infrastrukturalnych powstałych na skutek trzęsienia ziemi haitańskie Ministerstwo Zdrowia zwróciło się o pomoc do PAHO/WHO. Zaangażowały się w nią również: Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), UNICEF, Amerykańskie Centra Kontroli Chorób i Profilaktyki (CDC) i Fundacja Clintona. Ich wspólnym zadaniem stało się utworzenie Centrum Informacji Medycznej, w celu gromadzenia, analizy i interpretacji danych, oraz wykorzystywania ich do racjonalnego planowania wszelkich działań. Centrum zostało podzielone na następujące oddziały: zasoby ludzkie, finanse, zapewnianie świadczeń medycznych, informacja epidemiologiczna.

Dnia 18 lutego 2010 r., na wniosek Ministra Zdrowia Haiti zostało otwarte Centrum Oceny Potrzeb Po Katastrofie (PNDA). W jego utworzenie włączyły się: Organizacja Narodów Zjednoczonych (UN), Bank Światowy, oraz Inter-American Development Bank (IDB).

1.3. Współpraca cywilno-wojskowa

PAHO/WHO w oparciu o Program Kluczowych Leków Dla Haiti (PROMESS) jest od 18 lat zaangażowane w nadzorowanie i dostarczanie produktów leczniczych i materiałów medycznych. Kilka dni po trzęsieniu ziemi, Armia Stanów Zjednoczonych zaoferowała pomoc w dystrybucji zwiększonej ilości napływających leków. W efekcie tego zapewniła ona dostęp do 25 logistów medycznych i farmaceutów, którzy intensywnie pracowali nad aktualizacją listy PROMESS. Ponadto za pośrednictwem Amerykańskiej Agencji do Spraw Rozwoju Międzynarodowego (USAID) stworzono nową, bardziej efektywną sieć dystrybucji środków medycznych. Grupa ekspertów z ramienia dowódcy wojsk specjalnego przeznaczenia sił połączonych (JSFOCC/NATO) odwiedziła szpitale w Cape Haitien, Saint Louis du Nord i Gros Morneto. Jej celem było sporządzenie listy najbardziej potrzebnych leków i dostarczenie ich w ciągu sześciu godzin. Dodatkowo Armia Stanów Zjednoczonych włączyła się w proces odgruzowywania, sprzątania i organizowania terenu pod nowopowstające magazyny środków medycznych oraz ich tymczasową ochronę.

2. Pomoc medyczna

2.1. Dostęp do świadczeń medycznych

Po trzęsieniu ziemi następujące projekty przyczyniają się do polepszenia dostępności różnorodnych świadczeń medycznych: przybycie wielu zagranicznych zespołów personelu medycznego,

oraz otwarcie darmowych centrów medycznych dla poszkodowanych. PAHO/WHO wraz z innymi organizacjami pracuje nad opracowaniem Narodowego Planu Zdrowia z uwzględnieniem utworzenia ogólnodostępnej, darmowej służby zdrowia jako rozwiązania na lata po opuszczeniu Haiti przez organizacje międzynarodowe.

Z pomocą wielu organizacji międzynarodowych powstała sieć mobilnych centrów podstawowej opieki zdrowotnej docierająca do miejscowej ludności.

PAHO/WHO koordynuje akcję pozyskiwania krwi z międzynarodowych źródeł oraz jej dystrybucji w Haiti. W ciągu 6 tygodni udało się zgromadzić 2500 jednostek. Ponadto trwają prace nad powstaniem Narodowego Centrum Transfuzjologii.

2.2 Dostęp do leków i sprzętu medycznego

W ciągu pierwszych 45 dni PROMESS dystrybuował ponad 350 000 paczek zawierających m.in. szczepionki, antybiotyki, leki psychotropowe, znieczulające, przeciwcukrzycowe itp. Z pomocą Światowego Programu Żywienia (WFP) udało się, z użyciem helikoptera, dostarczyć je do najbardziej dotkniętych obszarów.

PAHO/WHO na swoich stronach internetowych (www.paho.org/disasters) opublikowało wytyczne dotyczące standardów donacji środków farmaceutycznych, a także stało się kontrolerem zgodności procedur z opisanymi tam zasadami.

2.3. Rehabilitacja rannych

Na 300 000 rannych wykonano ponad 4000 amputacji. Ponadto odnotowano wiele innych urazów wymagających długotrwałej rehabilitacji. Grupą roboczą w zakresie jej organizacji zajmują się Handicap International i Christoffel Blind Mission (CBM). PAHO/WHO pracuje nad rozbudowaniem i trwałym włączeniem systemu rehabilitacji medycznej do lokalnej służby zdrowia m.in. poprzez: edukację wykwalifikowanego personelu, dostarczanie sprzętu, oraz produkcję protez.

3. Aktualizacja programu zdrowia publicznego

3.1. Kontrola w zakresie chorób zakaźnych

PAHO/WHO wraz z wieloma międzynarodowymi organizacjami pracuje nad stworzeniem systemu monitoringu zagrożenia epidemiologicznego i szybkiego reagowania. Grupy robocze pracujące w terenie dostarczają codzienne raporty z naciskiem na sześć następujących schorzeń: odrę, błonicę, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, gorączkę krwotoczną, paraliż wiotki, oraz wściekliznę.

PAHO/WHO w obliczu zwiększającego się zagrożenia wybuchem epidemii malarii i gorączki dengi opracowało plany kryzysowe (krótko i długoterminowy). Ponadto we współpracy z UNICEF stworzony został plan szczepień ochronnych przeciwko tężcowi i błonicy dla dzieci i dorosłych. Dodatkowo dzieci poniżej 8 r.ż. szczepione są przeciwko odrze, krztuścowi i różyczce, oraz są suplementowane witaminą A. Stosowane są również leki przeciwpasożytnicze.

3.2 Opieka położnicza i neonatologiczna

PAHO/WHO wznawia projekt szerokiej i ogólnodostępnej opieki matki i dziecka. Przyjęto, iż mobilne jednostki podstawowej opieki zdrowotnej mają za zadanie m.in. detekcję, oraz kierowanie w/w grupy pacjentów z obozów tymczasowych do specjalistycznych jednostek medycznych.

3.3 Warunki środowiskowe

Głównym zagrożeniem środowiskowym w Haiti jest niskiej jakości woda i warunki sanitarne. PAHO/WHO we współpracy z Ministry of Public Works (MPW) bierze udział w projekcie chlorowania wody dostarczanej do obozów tymczasowych, oraz planowaniu odbudowy systemu ciągłej kontroli laboratoryjnej jej jakości.

Dodatkowym zagrożeniem jest składowanie odpadów medycznych w kontekście rozprzestrzeniania się zawartych w nich drobnoustrojów. Dostarczane są specjalne kontenery i plastykowe torby spełniające standardy bezpiecznego przechowywania w/w odpadów.

3.4. Wyżywienie

Programy wyżywienia będące częścią Free Obstetric Care zakładają pomoc dla niedożywionych ciężarnych. Polega ona na podawaniu suplementów i mikroelementów takich jak witamina A, żelazo, kwas foliowy. Inne skupiają się na detekcji i zapobieganiu niedożywienia dzieci poniżej 5 r.ż. .

3.5. HIV/AIDS i gruźlica

Trzęsienie ziemi spowodowało, iż wiele dotychczasowych osiągnięć w zakresie kontroli w/w chorób zostało utraconych. Priorytetem stało się przywrócenie działalności ośrodków medycznych/ opieki dla pacjentów HIV/ AIDS oraz kontrola rozprzestrzeniania się zakażenia w obozach tymczasowych. Dodatkowo wyszukiwani są chorzy, których kontrola i leczenie zostało zakłócone w wyniku katastrofy.

3.6. Zdrowie psychiczne

Wiele organizacji wspiera Haiti w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym, która przed trzęsieniem ziemi była bardzo słabo rozwinięta. PAHO/WHO wraz z partnerami opracowuje plan decentralizacji i upowszechnienia tego sektora medycznego.

Priorytety na następne miesiące

Należą do nich: zwiększenie liczby mobilnych jednostek podstawowej opieki zdrowotnej, rozbudowa systemu krwiodawstwa i transfuzjologii, oraz systemu informacji medycznej. Działania te są szczególnie ważne w perspektywie zbliżającego się wycofywania wielu organizacji z dotychczasowej pomocy, oraz nadchodzącego okresu wzmożonej aktywności huraganów i pory deszczowej, będących dodatkowym zagrożeniem epidemiologicznym.

opracował: Adam Kramarski

Źródło: Pan American Heath Organization. 2010. *Earthquake in Haiti: The response of the Pan American Health Organization/ World Health Organization*.

Okaleczanie żeńskich genitaliów – obrzezanie dziewczynek

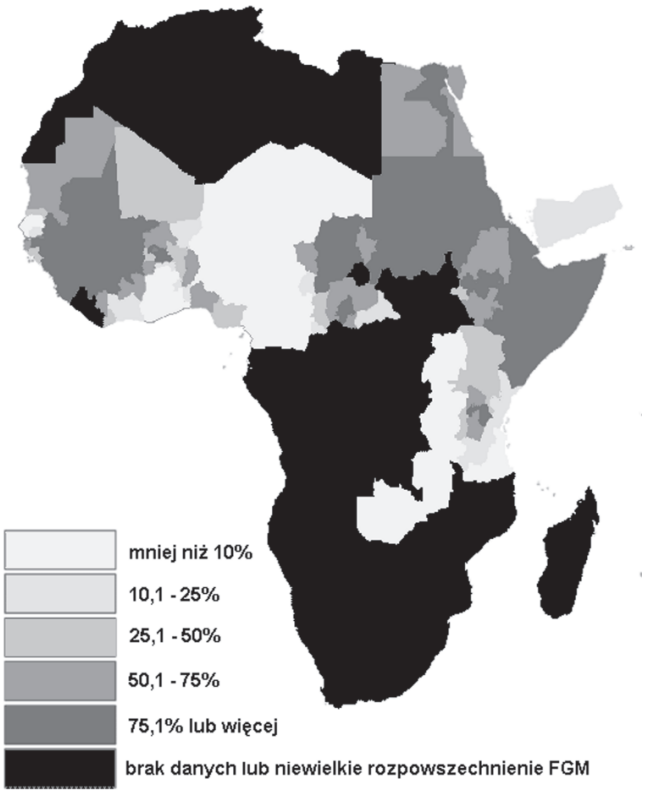
OKALECZANIE DZIEWCZYNEK

Od Redakcji: w ostatniej dekadzie WHO podejmuje wiele działań, aby ograniczyć praktykowanie obrzezania kobiet. Przekazujemy Czytelnikom tłumaczenie artykułu „Female Genital Mutilation" (Fact Sheet N°241, February 2010).

Podstawowe dane

- Obrzezanie kobiet (*Female genital mutilation*, FGM) to wszelkie działania prowadzące do usunięcia lub uszkodzenia żeńskich narządów płciowych z przyczyn innych niż medyczne.
- Działania te nie przynoszą korzyści zdrowotnych dziewczynkom i kobietom.
- Mogą powodować ciężkie krwotoki, problemy z oddawaniem moczu oraz potencjalne komplikacje podczas porodu i śmierć noworodka.
- Około 100 do 140 mln dziewcząt i kobiet na świecie żyje ze skutkami FGM.
- Najczęściej przeprowadzane jest ono u dziewczynek, w okresie między niemowlęctwem a 15 r.ż.
- W Afryce około 92 mln dziewcząt powyżej 10 r.ż. przeszło FGM.
- WHO postrzega FGM jako przemoc oraz naruszenie praw człowieka poddawanych mu dziewczynek i kobiet.

FGM to wszelkie działania obejmujące częściowe lub całkowite usunięcie zewnętrznych żeńskich narządów płciowych lub inne ich okaleczanie z przyczyn niemedycznych.



Praktyki te są przeprowadzane najczęściej przez znachorki, które często odgrywają ważną rolę w społecznościach, np. odbieranie porodów. Jednakże, coraz częściej, FGM dokonują felczerzy.

FGM jest postrzegane jako przemoc oraz naruszenie praw człowieka wobec dziewczynek i kobiet. Znajduje w nim odbicie głęboko zakorzeniona niesprawiedliwość między płciami i ustanawia ono ekstremalną formę dyskryminacji kobiet. Prawie zawsze jest dokonywane u nieletnich i stanowi pogwałcenie praw dziecka. Narusza również prawo człowieka do zdrowia, bezpieczeństwa i fizycznej integralności, prawo do wolności od tortur i okrutnego, nieludzkiego lub degradującego/poniżającego traktowania, a także prawo do życia, jeśli przyczynia się do śmierci.

Techniki

FGM dzieli się na 4 główne typy:

1. klitoridektomia – częściowe lub całkowite usunięcie łechtaczki (niewielkiej, delikatnej i silnie unaczynionej części żeńskich genitaliów) oraz, w rzadkich sytuacjach, tylko jej napletka (fałdu skórnego otaczającego łechtaczkę;
2. wycięcie: częściowe lub całkowite łechtaczki i warg sromowych mniejszych, z lub bez wycięcia warg sromowych większych;
3. infibulacja (tzw. typ faraoński – przyp. red.): zwężanie wejścia do pochwy; zwężenie jest tworzone poprzez wycięcie i przesunięcie wewnętrznych lub zewnętrznych warg sromowych, może mu także towarzyszyć usunięcie łechtaczki;
4. inne: wszelkie inne bolesne praktyki dokonywane na żeńskich genitaliach z przyczyn innych niż medyczne, np. przekłuwanie, kolczykowanie, nacinanie, wyskrobywanie fragmentów ciała i przypalanie okolic genitaliów.

Żadnych korzyści dla zdrowia, tylko cierpienie

FGM nie przynosi żadnych zdrowotnych korzyści i powoduje okaleczenie dziewcząt pod wieloma względami. Niesie ze sobą zmianę lub upośledzenie zdrowej tkanki oraz zaburza naturalne procesy zachodzące w ciele dziewczynki i kobiety.

Wczesnymi powikłaniami mogą być silny ból, szok, krwotok, tężec lub posocznica, zatrzymanie moczu, otwarte owrzodzenia w obrębie genitaliów oraz uszkodzenie otaczającej je tkanki.

Długotrwałe konsekwencje to:

- nawracające zakażenia pęcherza i dróg moczowych,
- torbiele,
- niepłodność,
- zwiększenie ryzyka komplikacji podczas porodu oraz śmierci noworodka,
- konieczność interwencji chirurgicznej, np. zszycie wejścia do pochwy w konsekwencji powoduje konieczność ponownego „otwarcia", aby umożliwić kobiecie odbywanie stosunków płciowych i urodzenie dziecka.

Czasami jest wielokrotnie na nowo zszywane, włączając w to zszywanie po porodzie, tak więc kobieta przechodzi powtarzające się zabiegi „otwierania" i „zamykania" wejścia do pochwy, zwiększające ryzyko wystąpienia zarówno ostrych, jak i późnych powikłań.

Kto jest narażony?

Praktyk tych dokonuje się najczęściej u dziewczynek między okresem niemowlęctwa a 15 r.ż., a czasem u dorosłych kobiet. W Afryce rocznie ok. 3 mln dziewczynek jest zagrożonych FGM.

Około 100 do 140 mln dziewcząt i kobiet na świecie żyje ze skutkami FGM. Szacuje się, że w Afryce około 92 mln dziewczynek powyżej 10 r.ż. przeszło FGM.

Praktyki te są najbardziej rozpowszechnione w zachodnich, wschodnich i północnowschodnich rejonach Afryki, w niektórych krajach Azji i na Środkowym Wschodzie oraz w niektórych środowiskach imigrantów w Ameryce Północnej i w Europie.

Przyczyny kulturowe, religijne i społeczne

Powody, dla których dokonuje się obrzezania kobiet, to czynniki religijne i społeczne w rodzinach i w społecznościach.

- Tam, gdzie FGM stanowi zwyczaj, presja społeczna, by dostosowywać się do tego, co robią inni, jest silną motywacją doprowadzającą do kontynuowania tej praktyki.
- FGM często jest postrzegane jako nieodzowny element właściwego wychowania dziewczynki oraz sposób na przygotowanie jej do dorosłości i małżeństwa.
- FGM jest często umotywowane wierzeniami na temat tego, czym są prawidłowe zachowania seksualne, związane z dziewictwem przed małżeństwem i małżeńską wiernością. W wielu społeczeństwach istnieje przekonanie, że obrzezanie kobiet powoduje obniżenie ich libido i, w związku z tym, pomaga im oprzeć się "zakazanym,, aktom seksualnym. Kiedy wejście do pochwy jest zamknięte lub zwężone (typ 3), strach przed bólem związanym z jego otwarciem ma zniechęcać kobiety do zakazanych stosunków seksualnych.
- FGM wiąże się z kulturowymi wyobrażeniami na temat kobiecości i skromności, które zawierają w sobie mniemanie, że dziewczynki są czyste i piękne po usunięciu części ciała postrzeganych jako męskie lub nieczyste.
- Choć nie ma żadnych religijnych zapisów nakazujących dokonywania FGM, praktykujący je często wierzą w jego religijne uzasadnienie.
- Przywódcy religijni zajmują różne stanowiska wobec FGM: niektórzy popierają je, inni uważają za niezgodne z religią, a jeszcze inni popierają działania zmierzające do zaprzestania tych praktyk.
- Lokalne struktury oparte o władzę i autorytet, jak przywódcy społeczni, religijni, znachorzy, a nawet niektóry personel medyczny, popierają podtrzymanie tej praktyki.
- W wielu społeczeństwach FGM jest postrzegane jako tradycja kulturowa, co jest często argumentem za jego kontynuowaniem.
- W niektórych społecznościach, przyjęcie tego zwyczaju jest związane z naśladowaniem zwyczajów sąsiednich grup społecznych. Czasami zaczyna się on jako część szerszego religijnego lub tradycyjnego ruchu mającego na celu wznowienie dawnych tradycji.
- W niektórych społeczeństwach jest praktykowane przez nowe grupy osób, kiedy te przenoszą się w rejony, gdzie miejscowa ludność kultywuje zwyczaj FGM.

Międzynarodowa odpowiedź

W 1997 roku Światowa Organizacja Zdrowia, UNICEF i UNFPA przyjęły wspólne oświadczenie przeciwko praktykowaniu FGM. Nowe oświadczenie, przy szerszym wsparciu ze strony ONZ, zostało przyjęte w lutym 2008 r. w celu wsparcia działań na rzecz zaprzestania tych praktyk.

Oświadczenie z 2008 roku przedstawia dowody zbierane w ciągu ostatniej dekady. Podkreśla rosnące rozeznanie w prawach człowieka i prawne wymiary problemu oraz dostarcza odpowiednich danych na temat częstości i skali FGM. Podsumowuje także badania na temat przyczyn, dla których nadal dokonuje się FGM, jak powstrzymać je i jego niszczący wpływ na zdrowie kobiet, dziewczynek i nowo narodzonych dzieci.

Od 1997 roku poczyniono wiele wysiłków, by przeciwdziałać FGM, takich jak praca w społeczeństwach i zmiany w zasadach postępowania. Postęp na poziomie międzynarodowym i lokalnym obejmuje:

- szersze międzynarodowe zaangażowanie się na rzecz zaprzestania praktyk FGM;
- rozwój międzynarodowych instytucji monitorujących FGM oraz uchwał potępiających te praktyki;
- poprawione ramy prawne i rosnące wsparcie polityczne na rzecz zaprzestania FGM;
- w niektórych krajach, zmniejszenie częstości dokonywania tych praktyk oraz wzrost liczby kobiet i mężczyzn w społecznościach praktykujących, którzy deklarują wsparcie na rzecz zakończenia ich.

Badania pokazują, że jeśli społeczeństwa, w których dokonuje się FGM, zdecydują o jego zaprzestaniu, tego rodzaju praktyki będzie można wykorzenić bardzo szybko.

Odpowiedź WHO

W 2008 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia przyjęło uchwałę (WHA61.16) na temat eliminacji FGM, podkreślającą potrzebę działań we wszystkich dziedzinach – zdrowia, edukacji, finansów, sprawiedliwości i spraw kobiet.

Wysiłki WHO w celu eliminacji FGM skupiają się na:

- orzecznictwie: rozwój publikacji i narzędzi wspierających międzynarodowych, regionalnych i lokalnych działań zmierzających do zaprzestania praktykowania FGM w ciągu jednego pokolenia;
- badaniach: wiedza na temat przyczyn i skutków FGM, jak je eliminować oraz jak opiekować się tymi, które go doświadczyły;
- poradnictwie dla systemów opieki zdrowotnej: tworzenie materiałów szkoleniowych i wytycznych dla specjalistów, aby pomóc im leczyć kobiety, które przeszły FGM oraz udzielać im porad.

WHO jest szczególnie zaniepokojona faktem wzrastającej liczby kwalifikowanego personelu dokonującego FGM. WHO stanowczo wzywa go do nie stosowania tego rodzaju praktyk

tłum. mgr Ewa Kaczmarek

Obrzezanie dziewczynek w krajach muzułmańskich

OKALECZANIE DZIEWCZYNEK

Dlaczego w muzułmańskiej Indonezji aż 97% dziewczynek poddawanych jest obrzezaniu, skoro nie mówi o nim żaden z wersetów Koranu? Sam Mahomet popierał rytuał obrzezania dziewcząt, ale go nie nakazywał – mówi o tym jeden z tzw. *hadisów*, krótkich historii z życia proroka. Tymczasem *hadisy,* w odróżnieniu od Koranu, nie są uważane za prawdy objawione, a ponadto mogą być różnie interpretowane, a nawet traktowane wybiórczo. Spośród czterech głównych szkół prawa islamskiego, jedynie szkoła szaficka, rozpowszechniona wśród muzułmanów w Sudanie, państwach Rogu Afryki, Jemenie i w Indonezji, uznaje zapis mówiący o obrzezaniu dziewczynek za wiążący. W tej ostatniej pokutuje przekonanie, że częściowe usuwanie łechtaczki zapobiega pozostawaniu na niej kropelek moczu, w przeciwnym razie kobieta jest brudna i jej modlitwy nie zostają wysłuchane.

WHO podaje, że 55% rodziców poddaje swoje córki obrzezaniu ze względów religijnych, w pozostałych przypadkach z przyczyn higienicznych, aczkolwiek żadne badania medyczne nie potwierdzają, by zabieg pomagał w utrzymaniu higieny, wręcz przeciwnie: lekarze zgadzają się, że o ile w przypadku chłopców obrzezanie przynosi pozytywny efekt higieniczny, o tyle u dziewczynek zabieg ten często wręcz prowadzi do infekcji.

W Kenii obrzezanie dziewczynek praktykowane jest przez liczne plemiona, wśród których rozpowszechnione jest chrześcijaństwo, a przecież FGM nie ma nic wspólnego z wiarą chrześcijańską. FGM jest też wciąż praktykowane przez żydowską wspólnotę Falaszów w Etiopii.

W plemionach afrykańskich powszechne jest przekonanie, że usuwane podczas obrzezania fragmenty ciała to pozostałości po okresie życia płodowego, kiedy to w łonie matki rozstrzygała się płeć dziecka – usunięcie dziewczynce łechtaczki, uważanej za element męski, ma jej pomóc stać się w pełni kobietą. Jednak najbardziej zaskakującym uzasadnieniem posługuje się plemię Mossi w Burkina Faso: kobieta musi być obrzezana, w przeciwnym razie, jeśli podczas porodu jej dziecko dotknie łechtaczki, czeka je nieuchronna śmierć.

W Kenii obrzezanie dziewczynek praktykowane jest przez wszystkie plemiona, poza ludem Luo. W prowincji Nyanza "sezon" obrzezań przypada na listopad i grudzień, czas ferii szkolnych. Dziewczynki poddane rytuałowi często już nie wracają do szkoły, ponieważ – poddane inicjacji i uważane odtąd za kobiety – przygotowywane są już do małżeństwa. W czerwcu 2006 r. wydarzyła się wstrząsająca historia. 15-letnia Pamela Kathambi z osady Irindi zmarła na skutek krwotoku, spowodowanego okaleczeniem, którego dokonała sama ofiara. Matka dziewczynki, Julia, nie pozwoliła, by Pamelę poddano okrutnemu rytuałowi, ponieważ pragnęła dla niej lepszej przyszłości. Pamela została napiętnowana przez rówieśniczki, które nazywały ją *mukenye* – obelżywym przezwiskiem nadawanym kobietom, które nie poddały się obrzezaniu. Dziewczynka okaleczyła się sama, gdyż nie mogła już znieść upokorzeń doznawanych ze strony koleżanek. To tylko jedna z wielu dramatycznych historii. Saudyjski doktor Abdulrahim Rouzi opowiada o 18-letniej Sudance, która w noc poślubną wykrwawiła się na śmierć, ponieważ mąż „musiał rozciąć swoją kobietę". Wezwanemu lekarzowi nie udało się uratować jej życia.

Kenijskie akuszerki, czyli *daya*, dokonują obrzezania w fatalnych warunkach higienicznych, za pomocą noża, brzytwy lub nawet kawałka szkła. Podczas brutalnej infibulacji, do zszywania okaleczonej pochwy często używa się kolca z drzewa akacji. Kenijka Leila, która została poddana infibulacji w wieku 6 lat, będąc już dorosłą, opowiedziała swoją historię przed kamerami telewizji. Nagranie to pokazywano kobietom i starszyźnie wiejskiej podczas kampanii prowadzonej przez UNICEF. Po obrzezaniu Leila musiała przez dwa tygodnie leżeć na boku ze związanymi nogami. Oddawanie moczu przez pozostawiony wąski otwór sprawiało jej dotkliwy ból i chociaż rana w końcu zagoiła się, był to dopiero początek cierpienia. Teraz każda menstruacja jest dla niej torturą. Przez siedem dni w miesiącu może tylko leżeć i jest absolutnie niezdolna do pracy. Mogłaby pójść do chirurga, aby ją „otworzył", ale nie zrobi tego, ponieważ wie, że nie zaakceptowałby tego jej przyszły mąż. Każdy szanujący się mężczyzna chce sam zawieźć żonę do szpitala przed nocą poślubną. Zdaje sobie sprawę z tego, że kiedy już zostanie „otwarta", miłość fizyczna będzie potęgowała gehennę, macierzyństwo zaś będzie niosło zagrożenie dla życia.

tłum. mgr Ewa Kaczmarek

Bibliografia
1. J. Piaseczny „Piekło okaleczonych kobiet"; Przegląd, nr 51/2008.
2. Ł. Wójcik „Rzeź niewiniątek"; Przekrój, nr 07/2008.

Dolentium Hominum Redemptoris Missio

Czasopismo „Dolentium Hominum" mówi o ludzkim cierpieniu, natomiast encyklika Redemptoris Missio wskazuje laikatowi jak włączyć się w jego zmniejszanie. „Dolentium Hominum" jest wydawnictwem Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Chorych i Służby Zdrowia (w skrócie ds. Zdrowia) w Watykanie. Redemptoris Missio jest, przejętą z encykliki, nazwą Fundacji Pomocy Humanitarnej misjonarzom, założonej przy Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Wspomniane instytucje w Watykanie i w Poznaniu przeżywają w roku 2010 swoje znamienne rocznice, które warto przedstawić bliżej członkom Izby Lekarskiej.

Papieska Rada ds. Zdrowia została założona przez Ojca Świętego Jana Pawła II w roku 1985. W kwietniu 2009 Ojciec Święty Benedykt XVI powołał na stanowisko Przewodniczącego Rady Jego Ekscelencję Ks. Arcybiskupa Zygmunta Zimowskiego, biskupa Radomia. Arcybiskup Zygmunt Zimowski objął placówkę w lipcu 2009 i przewodniczył uroczystościom rocznicowym Rady, które w połowie lutego 2010 obchodziło 25 lat istnienia. Celem Papieskiej Rady ds. Zdrowia jest stymulacja i promocja kształtowania postaw ludzi związanych z medycyną, rozszerzania potrzebnych badań naukowych i pomoc w aktywnym działaniu w sferze ochrony zdrowia, zgodnie z zasadami religii katolickiej. Główną troską tego urzędu jest ewangelizacja i opieka medyczna społeczności w biednych krajach misyjnych, ale nie tylko. Przesłania wychodzące z Rady adresowane są również do nas, za pośrednictwem czasopisma Dolentium Hominum.

Czasopismo Dolentium Hominum jest wydawane 3 razy w roku w języku angielskim, francuskim i włoskim. Jego egzemplarze archiwalne i bieżące są dostępne na stronie internetowej (www.healthpastoral.org) oraz w Bibliotece Głównej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przy ul. Parkowej 4. Zeszyty Dolentium Hominum, ostatni z numerem 71, referują materiały konferencji, organizowanych przez Radę na aktualne tematy. Na uwagę zasługują zeszyty omawiające opiekę pastoralną – i nie tylko – nad chorymi dziećmi (nr 70), opiekę nad ludźmi w wieku podeszłym (nr 67), zagadnienia związane z leczeniem chorób zakaźnych (nr 64). Omawiane problemy, związane z medycyną na misjach, są regularnie streszczane na łamach kwartalnika Fundacji Redemptoris Missio – Medicus Mundi Polonia w dziale Posługa Lecznicza Kościoła. Kolejny zeszyt Medicus Mundi Polonia będzie miał już numer 32-gi.

Fundacja Redemptoris Missio została założona w Poznaniu w roku 1992, w 2 lata po ogłoszeniu encykliki Redemptoris Missio (obecnie mija jej 20 rocznica) i w 7 lat po powstaniu Papieskiej Rady ds. Zdrowia w Watykanie. Oparcie Fundacji o Klinikę Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego nawiązuje do tradycji przedwojennego Akademickiego Ruchu Misyjnego, który prowadzili prof. Adam Wrzosek i dr h.c. Wanda Błeńska. Dr h.c. Wanda Błeńska i śp. ks. Marian Żelazek są od wielu lat „ikonami" Fundacji. Praca wykonywana przez Fundacje zyskała uznanie ze strony Konferencji Episkopatu Polski ds. Misji i Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie oraz cieszy się poparciem ze strony Diecezji Poznańskiej, a w szczególności Ks. Arcybiskupa Metropolity Stanisława Gądeckiego.

Zadaniem Fundacji jest pomoc misjonarzom. Misjonarze i kandydaci na misjonarzy są szkoleni w zakresie medycyny tropikalnej przez, kierowaną przez prof. Jerzego Stefaniaka, Klinikę Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych, która też troszczy się o ich zdrowie. Misje, prowadzące działalność medyczną, otrzymują od Fundacji pomoc materialną i wsparcie personalne w postaci kierowanych tam do pracy lekarzy i pielęgniarek. Ostatnio Fundacja, przy pomocy znacznych funduszy z Ministerstwa Spraw Zagranicznych, wybudowała w Kiabakari, Tanzania, nowoczesny ośrodek zdrowia i przez 2 lata nim administrowała. Drugim zadaniem Fundacji jest promocja dzieła misyjnego wśród młodzieży akademickiej i szkolnej, w tym uczulanie młodych ludzi na ludzkie cierpienie i zachęta do pracy dla misji na zasadzie wolontariatu. Fundacja jest inicjatorem, zatwierdzonej przez Senat UM, współpracy Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z Bugando College, Katolickim Uniwersytetem w Mwanza, Tanzania. Współpraca prowadzona jest przez dr med. Tomasza Banasiewicza pod protektoratem prof. Michała Drewsa.

Pod opieką Fundacji jest około 100 ośrodków misyjnych na całym świecie. Do tej pory Fundacja wysłała na misje do pracy 47 lekarzy i 4 pielęgniarki oraz 59 studentów Uniwersytetu Medycznego na letnie praktyki medyczne. Każdego roku organizowany jest, cieszący się dużym uznaniem, tygodniowy kurs szkoleniowy nt. zdrowia w tropiku. Od roku 1997 Fundacja jest zrzeszona w Medicus Mundi International (MMI) pod nazwą Medicus Mundi Poland i poprzez MMI ma kontakt z międzynarodowym ruchem medycznej pomocy misjom. Od roku 2005 Fundacja została wpisana w poczet organizacji pożytku publicznego (1%). Działalność Fundacji jest wspierana przez kilka tysięcy sponsorów, którym zależy na udzielaniu pomocy misjom. Wyrazem uznania Fundacji ze strony zakonów misyjnych jest odznaczenie jej w roku 2004 przez Fundację Misyjno-Charytatywną Księży Werbistów w Pieniężnie Bursztynowym Orderem Kwiatu Lotosu z Krzyżem za zasługi dla Dzieła Misyjnego (zdjęcie).

W tym roku obchodzimy 18 lat istnienia Fundacji, a więc weszliśmy już w wiek „męski". Z tej okazji Fundacja składa społeczności Wielkopolskiej Izby Lekarskiej słowa podziękowania za dotychczasowe poparcie i pomoc oraz składa uaktualnioną ofertę (obok na stronie) dalszej wzajemnej współpracy. Dla przejrzystości jest ona ujęta w ramkę.

W imieniu Rady i Zarządu Fundacji
„Redemptoris Missio"
Prof. dr h.c. Zbigniew Pawłowski,
jeden z Fundatorów Fundacji
zpawlows@ump.edu.pl

Artykuł opublikowany w Biuletynie Informacyjnym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej 2010, nr 3 (182), strony 16-17.

Denga szerzy się w Afryce

Nowe przypadki zachorowań na gorączkę denga, są coraz częściej zgłaszane w Ameryce Południowej, na Karaibach i w południowej Azji (np. Portorico – epidemia). Sytuacja w Afryce jest niejasna. Mimo, że najczęstszy wektor przenoszący dengę, komar *Aedes aegypti*, występuje na całym kontynencie, większość zachorowań pozostaje niezdiagnozowana.

Artykuł, jaki ukazał się na łamach „Eurosurveillance", podaje informacje o szerzeniu się jednego z czterech serotypów wirusa (typu 3) w zachodniej Afryce. Był on powodem epidemii denga na wyspach Zielonego Przylądka w październiku 2009 r. (21 000 podejrzanych przypadków i 6 zgonów wg CDC).

Artykuł zwraca uwagę na możliwość uzyskiwania informacji o dokładnym występowaniu wirusa na podstawie badań europejskich turystów wracających z Afryki . Informacje te są szczególnie ważne w przypadku pacjentów, u których rozwijają się symptomy gorączki krwotocznej (<3% chorych). Muszą oni być pilnie hospitalizowani i leczeni objawowo.

W Afryce przypadki gorączki denga nie są wykrywane z powodu niedostatecznego wyposażenia laboratoriów. Niezwykle ważny jest zatem dostęp do szybkich testów diagnostycznych i uzyskanie szczepionki.

http://www.tropika.net/svc/news/20100305/Chinnock-20100305-News-Dengue-outbreaks

opracowała Aleksandra Ozimek

- Fundacja prosi lekarzy, zarówno młodych jak i w wieku emerytalnym, o kontakt w sprawie ewentualnej pomocy w

Centrum Wolontariatu Fundacji Redemptoris Missio
przy Parafii św. Jana Kantego,
ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań,
tel. 061 854 68 63, 061 862 13 21
www.medicus@ump.edu.pl

- Lekarze, którzy zamierzają pomóc misjom w formie dłuższych wyjazdów do misyjnych ośrodków medycznych lub krótkich konsultacji specjalistycznych, proszeni są o zapisanie się do banku osobowego Fundacji (adres jak wyżej).
- Fundacja jest zainteresowana pozyskaniem wszelkiej pomocy w zakresie sprzętu, materiałów i leków, która wspierała by medyczne ośrodki na misjach.
- Lekarze, których interesuje działalność Fundacji proszeni są o kontakt z Biurem Fundacji (adres jak wyżej). Otrzymają oni wydawnictwa Fundacji (m.in. Raport i Medicus Mundi Polonia) oraz zaproszenia na imprezy organizowane przez Fundacje m.in. doroczne koncerty i spotkania z ośrodkami misyjnymi.
- Fundacja zaprasza na doroczny kurs szkoleniowy nt. „Zdrowie w tropiku", który będzie zorganizowany w dniach 28 czerwca – 3 lipca 2010.
- Fundacja poleca uwadze i życzliwości członków WIL konto 1%

NIP: 779-14-97-241 Nr KRS: 0000039129
Nr konta :09 1090 2255 0000 0005 8000 0192

Posługa lecznicza Kościoła w Tanzanii

(dokończenie ze str. 20)

do realizacji w społecznościach bardzo biednych i narażonych na epidemię HIV. Lekarze w swej praktyce coraz więcej polegają na wynikach badan laboratoryjnych i obrazowych. Niektóre zdobycze medycyny, zwłaszcza związane z rozrodem, wzbudzają u nich kontrowersje natury etycznej. Pacjenci korzystający z Internetu mają wymagania wykraczające poza lokalne możliwości i szukają pomocy zagranicą. Relacje pacjent-lekarz są często negatywnie modyfikowane pod względem dostępności opieki specjalistycznej dla wszystkich i wygórowanych kosztów leczenia. W tych warunkach trudno lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia postępować w myśl podstawowych zasad, zabezpieczających równy dostęp do świadczeń medycznych. Sprawę komplikuje również polityka rządu dopuszczająca liberalizację i konkurencję w zakresie świadczeń medycznych.

W tej sytuacji zaleca się przestrzeganie fundamentalnej zasady prawa wszystkich do opieki zdrowotnej, świadczenie jej na możliwie najwyższym poziomie z uwzględnieniem zasad chrześcijańskich miłości i współczucia.

Rozdział 5. mówi o konieczności zabezpieczenia pacjentom opieki psychologicznej i duchowej, w tym – o ile można – kapelana.

Rozdział 6. omawia sprawy kategoryzacji i urzędowej rejestracji katolickich ośrodków medycznych. Tutaj należy przestrzegać zarządzeń rządowych, a w szczególności legalnej własności ośrodków zdrowia. Jest obowiązkiem władz diecezjalnych i Departamentu Zdrowia Komisji Episkopatu regulować te sprawy zgodnie z przepisami.

Rozdziały 7-11. wskazują drogę realizacji polityki TEC w zakresie prewencji problemów medycznych, zagadnień związanych z rozrodem i zdrowiem dzieci, organizowania opieki nad osobami w wieku podeszłym, nad biednymi i opuszczonymi, sierotami oraz w przypadku klęsk żywiołowych.

Rozdziały 12-14. omawiają kolejno system referencyjnego serwisu laboratoryjnego, za który odpowiedzialny jest Bugando Medical Center, jedyna katolicka instytucja na terenie 6 regionów: Mwanza, Mara, Kagera, Kigoma, Shinyanga i Tabora (tzw Lake Zone). Badania naukowe są wykonywane przez instytucje tanzańskie wyższego szczebla, ale zachęca się ośrodki medyczne podległe TEC do badań operacyjnych, mających za zadanie poprawę opieki zdrowotnej, zgodnie z etyką chrześcijańską. Nie zaleca się lekceważenia medycyny tradycyjnej, a selektywne wykorzystywanie jej jako dodatkowego źródła terapii alternatywnej.

Rozdziały 15-20. omawiają drogi poprawy zarządzania instytucjami katolickimi pod kierunkiem TEC i władz diecezjalnych, racjonalizacja relacji instytucji rządowych i kościelnych, podniesienie umiejętności medycznych i zdolności menadżerskich personelu katolickich ośrodków medycznych, wzbogacenie infrastruktury ośrodków i ich wyposażenia oraz zasad ich finansowania, monitorowania i sprawozdawczości.

Rozdział 20. podkreśla wartość współdziałania ekumenicznego w podniesieniu na wyższy poziom misyjnych ośrodków medycznych w duchu solidarności i wzajemnej odpowiedzialności za poziom dostarczanej przez nie posługi medycznej i socjalnej.

Przełożył i streścił prof. Zbigniew Pawłowski

Posługa lecznicza Kościoła w Tanzanii

Od Redakcji: w czerwcu 2008 roku ukazał się dokument „Tanzania Catholic Church Health Policy", opracowany przez sekretariat Tanzańskiej Komisji Episkopatu. Dokument zawierający 27 stron omawia szczegółowo i w sposób systematyczny w jaki sposób powinny działać katolickie ośrodki medyczne na terenie Tanzanii i jakie winny być ich relacje z rządowymi instytucjami, zajmującymi się ochroną zdrowia. Nie sposób tłumaczyć cały dokument, który powinien być znany nie tylko osobom w Tanzanii, odpowiedzialnym za medyczne ośrodki działające w ramach misji, ale również w innych krajach afrykańskich. Tekst dokumentu w języku angielskim jest dostępny on line poprzez biuro Fundacji. Poniżej podajemy tylko jego streszczenie.

W roku 1967 na podstawie deklaracji podjętej w Arusha uzgodniono, że ośrodki misyjne prowadzą nieodpłatną działalność medyczną na dotychczasowych zasadach. W roku 1971 Katolicki Szpital w Bugando zaczął działać jako ośrodek referencyjny i konsultacyjny świadczący bezpłatne usługi. Rząd wspomaga działalność ośrodków misyjnych, które prowadza swoją działalność w ramach Narodowego Systemu Opieki Zdrowotnej.

Istnieją trzy stopnie klasyfikacji ośrodków. W orbicie Kościoła Katolickiego aktualnie istnieje jeden szpital stopnia trzeciego (Bugando). Do stopnia drugiego pretendują szpitale St. Francis w Ifakara i St. Benedict w Ndanda, chociaż nie są one oficjalnie zatwierdzone jako takie. W drugiej kategorii mogłyby również znaleźć się szpitale w Peramiho i Dareda. W kategorii pierwszej Kościół posiada 328 prowizorycznych punktów pomocy medycznej (dispensaries), 52 ośrodki medyczne, 14 szpitali rejonowych (Designated District Hospital) i 29 szpitali prowadzonych przez agencje charytatywne (Voluntary Agency Hospitals).

W połowie lat 1980. rząd Tanzanii postanowił ograniczyć swoje bezpośrednie zaangażowanie tylko do instytucji trzeciej kategorii, pozostawiając kategorie pierwszą i drugą opiece ośrodków regionalnych. W tym układzie podlegają one władzom dystryktu. Rząd zaapelował do sektora prywatnego i charytatywnego o włączenie się do jego wysiłków. mających na celu zabezpieczenie ludności Tanzanii właściwą opiekę medyczną, zwłaszcza na poziomie dystryktu. W odpowiedzi na ten apel powołano ekumeniczną Komisję Usług Socjalnych (Christian Social Services Commission) w celu koordynacji działań ośrodków misyjnych i zacieśnienia współpracy z lokalnymi ośrodkami władzy, prowadzącymi reformę opieki zdrowotnej. W ciągu 15 lat przełamano istniejące początkowo zastrzeżenia odnośnie sensu takiej współpracy i po wprowadzeniu przejrzystości działania i w oparciu o wzajemne zaufanie osiągnięto zadawalający stan współpracy. Podpisane ostatnio przez obie strony porozumienie (Service Agreement) będzie testem czy współpraca rządowo-prywatna (Public Private Partnership) zakończy się sukcesem.

Rozdział 1. omawia organizacje Tanzańskiej Komisji Episkopatu (Tanzania Episcopal Conference TEC), powstałej w roku 1957, jako instytucja stała, zrzeszająca biskupów 30 tanzańskich diecezji. TEC posiada obecnie 11 komisji i 10 departamentów. Jednym z nich jest departament zdrowia, który prowadzi działania koordynacyjne w 3 kierunkach: ustalania głównych kierunków działania (Policy Advocacy), wspomagania działań (Capacity Building & Technical Suport) oraz programowania działań (Programme Work). Ogólny cel działania TEC to integralny rozwój społeczeństwa wolnego od biedy, chorób i niesprawiedliwości społecznej. Departament Zdrowia ma dbać o dostęp do całościowej (holistycznej), wysokiej jakości i trwałej opieki zdrowotnej, zgodnej z katolickimi wartościami moralnymi i etycznymi.

Rozdział 2. omawia sytuację w zakresie ochrony zdrowia w Tanzanii. Tanzania jest jednym z najbiedniejszych krajów świata, w którym dominują choroby związane z nędzą. Ostatnio pojawiają się choroby związane z dostatkiem pewnych grup jak cukrzyca, nadciśnienie i nowotwory. Tanzania włączyła się we wprowadzone na przełomie stuleci globalne zmiany socjoekonomiczne i wprowadziła wiele reform do swojej narodowej polityki zdrowotnej. Z uwagi na znaczny udział ośrodków religijnych w ochronie zdrowia powinny one dostosować się do zachodzących zmian i mieć na nowo określony system działania. Zostały one ujęte w 7 punktach: 1. podkreślanie podstawowych zasad według których działają ośrodki katolickie; 2. posiadanie odpowiedniej liczby personelu profesjonalnie kompetentnego, pozytywnie motywowanego i nastawionego na integralny rozwój społeczeństwa; 3. dostarczanie środków odżywczych i wskazówek postępowania; 4. współpraca z innymi ośrodkami ochrony zdrowia (rządowymi, ekumenicznymi, prywatnymi); 5. zwracanie szczególnej uwagi na ludzi biednych, odrzucanych i wrażliwych; 6. uznawanie dostępu do opieki zdrowotnej jako podstawowego prawa człowieka; 7. zabezpieczenie trwałego źródła finansowania.

Rozdział 3. omawia główne cele działania TEC w zakresie ochrony, które można streścić następująco: 1. włączenie się katolickich ośrodków medycznych we wszystkie dziedziny ochrony zdrowia takie jak leczenie, promocja zdrowia, prewencja, rehabilitacja, opieka podtrzymująca życie, pomoc w chorobach przewlekłych w kontekście narodowej polityki zdrowotnej; 2. podtrzymywanie katolickich wartości moralnych i etycznych; 3. poprawa zarządzania instytucji katolickich, mająca na celu podniesienie jakości ich usług; 4. racjonalna współpraca ze strukturami państwowymi w myśl zaleceń Kościoła; 5. poprawa koordynacji Katolickiego Systemu Zdrowia; 6. podniesienie na wyższy poziom sprawności pracowników katolickich instytucji ochrony zdrowia; 7. poprawa dostępności opieki zdrowotnej dla biednych, odrzuconych i wrażliwych w sposób zachowujący ludzką godność i nie prowadzący do uzależnienia od pomocy; 8. ustanowienie realnych i możliwie trwałych źródeł pomocy finansowej; 9. rozwój i utrzymywanie infrastruktury instytucji odpowiedniej do wymaganych standardów postępowania; 10. zabezpieczenie stosownego wyposażenia i materiałów medycznych; 11. przygotowanie do podjęcia działalności, które są w planach rządowych.

Rozdział 4. rozdział określa pola działania, na których mogą być realizowane ww. zadania. Do najważniejszych należą właściwe odżywianie, opieka nad matka i dzieckiem, naturalne planowanie rodziny, podstawowa opieka medyczna na poziomie lokalnych społeczności w tym Primary Health Care (PHC). Wprowadzenie PHC jest priorytetem rządowym realizowanym przez Bugando Lake Zone Initiative sponsorowaną przez fundację Touch. W zakresie opieki klinicznej podkreśla się, że w erze postępu technicznego staje się ona coraz bardziej złożona i trudna

(dokończenie na str. 19)