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

LIPIEC–GRUDZIEŃ 2014

Nr 49-50 (rok XIV)

Z okazji zbliżających się świąt Bożego Narodzenia więcej ufności i wiary w Bożą Opatrzność wszystkim naszym Sympatykom

życzy redakcja MMP

Ebola

W numerze:

HealthWorkers 4all

AKTUALNOŚCI:

Z Fundacji „Redemptoris Missio"
Drodzy Przyjaciele Fundacji 2
50. numer Medicus Mundi Polonia 3
Kurs Fundacji i Kliniki 4

Z Medicus Mundi International
Medicus Mundi International po roku 2015 5

Raport UNICEF 6

EBOLA!!!
Trudny egzamin z ochrony zdrowia w świecie 7

Kalendarium wyjazdów wolontariuszy 9
Międzynarodowy Dzień Dziewcząt 10
Światowy Dzień Mycia Rąk 12
Nowoczesny podręcznik 13
W kilku zdaniach 14
Spis autorów MMP od numeru 1 do 50 15
Spis tematów MMP od numeru 1 do 50 16
Projekt „Health Workes for all and all for health workers" – co nowego? 18
Misja Siloe 20

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

Biuro Fundacji: Uniwersytet Medyczny, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań,
e-mail: medicus@ump.edu.pl; www.medicus.ump.edu.pl
Centrum Wolontariatu Fundacji: ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21; http://ump.edu.pl/medicus
Rachunek bankowy: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192

Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

Drodzy Przyjaciele Fundacji

Zbliża się koniec roku, pora więc na krótkie podsumowanie naszej działalności. Fundacja jak co roku przeprowadziła szereg akcji, mających na celu zebranie środków materialnych i funduszy koniecznych do zapewnienia pomocy polskim misjonarzom pracującym w krajach Afryki, Azji, Ameryki Południowej i Nowej Gwinei. Tam docierają paczki z lekami, opatrunkami, często z drobnym sprzętem medycznym i pomocami szkolnymi dla dzieci.

Te akcje prowadzone corocznie to: „Opatrunek na ratunek", „Puszka dla maluszka", „Czary mary okulary". Zbieraliśmy również sprzęt stomatologiczny i dzięki pomocy Ojców Werbistów z Pieniężna, którzy zapewnili transport, mogliśmy wyposażyć dwa gabinety w Papui i jeden w Togo w Afryce. Drobny sprzęt dentystyczny lekarze dentyści wyjeżdżający do pracy w Kamerunie zabierali ze sobą.

Nową akcją związaną z wyjazdami dentystów jest w dalszym ciągu prowadzona zbiórka szczoteczek i past do zębów. I tu, tak samo jak w przypadku zbiórki okularów, szczodrość naszych sympatyków była ogromna. Zebraliśmy około 13.000 szczoteczek i tyleż samo past do zębów, które już zaczęliśmy wysyłać do Misji. Dzięki temu sprawimy dużo radości dzieciom i lekarze tam pracujący będą mogli wdrożyć nawyki higieniczne wśród dorosłych i dzieci.

Działalność Fundacji to nie tylko pomoc medyczna, staramy się zapewnić pomoc humanitarną wszędzie tam, gdzie jest bardzo potrzebna. Dzięki współpracy z Wojskiem Polskim i na jego apel, zbieraliśmy odzież, środki higieniczne, trwałą żywność dla ludności poszkodowanej po klęsce powodzi na Bałkanach. Nasze społeczeństwo wykazało się wielkim zrozumieniem i ofiarnością i na apel ogłoszony w mediach zebraliśmy wiele ton rzeczy niezbędnych dla tamtejszej ludności, które w kilku transportach już zostały wysłane do Kosowa i Bośni.

Jak każdego roku, nasi wolontariusze, studenci Uniwersytetu Medycznego, wyjeżdżali na praktyki do krajów misyjnych. Z misji w Indiach i w RPA część już wróciła, a w Kenii i na Madagaskarze w dalszym ciągu inni wolontariusze jeszcze pracują.

Nasza działalność opiera się na pracy wolontariuszy, wszystkim bardzo dziękujemy, ale głównie na ofiarności darczyńców, bo dzięki nim możemy tyle zdziałać. Jeszcze raz bardzo wszystkim dziękuję i jak zawsze proszę, nie zapominajcie o nas.

Osobne podziękowania kieruję do mediów. Dziennikarze z radia i telewizji towarzyszyli nam przy wszystkich wysyłanych transportach i nagłaśniali wszystkie akcje prowadzone przez Fundację i dzięki temu rezultaty tych przedsięwzięć były tak wspaniałe.

* * *

Zbliżają się Święta Bożego Narodzenia, w imieniu swoim i wszystkich pracowników Fundacji, składamy Państwu najlepsze życzenia z okazji tych radosnych Świąt i nadchodzącego Nowego Roku.

Anna Tarajkowska,
prezes Fundacji

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

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

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

Sekretarz Redakcji:
mgr Ewa Kaczmarek – ewa.k.kaczmarek@gmail.com

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

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

Prenumerata: Celem regularnego otrzymywania *Medicus Mundi Polonia* osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Biurem Fundacji. Sumy przesłane na konto Fundacji na załączonym przekazie lub przekazane bezpośrednio na rachunek Fundacji: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplania skromnych zasobów finansowych Fundacji.

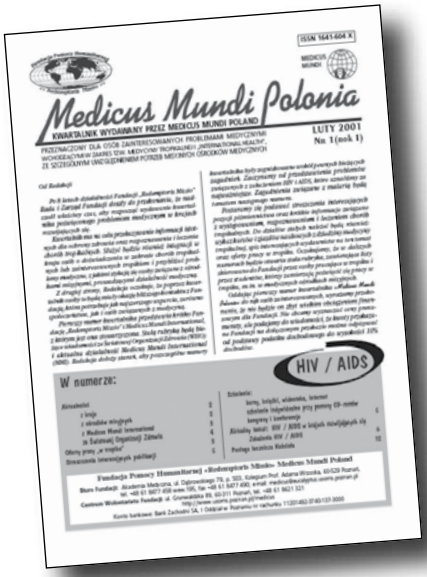
Przygotowanie: Wydawnictwo Kontekst, Poznań
e-mail: kontekst2@o2.pl • www.wkn.com.pl

Nakład: 1000 egz.

Strona internetowa MMP: www.mmpolonia.org

50. numer *Medicus Mundi Polonia*

Przekazywany Państwu 50. numer Medicus Mundi Polonia jest jubileuszowy, ale musimy przyznać, że numeracja jest trochę naciągana, gdyż 16 numerów kwartalnika ze względów oszczędnościowych było podwójnych. Bez zmian natomiast pozostawał nakład kwartalnika – każdorazowo 1.000 egzemplarzy, wydawanych przez Wydawnictwo Kontekst w Poznaniu.


ISSN 1641-604 X

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

LUTY 2001
Nr 1 (rok 1)

HIV / AIDS

W numerze:

Pierwszy zeszyt *MMPolonia* ukazał się 13 lat temu – w lutym 2001 roku.

Od początku istnienia *MMPolonia* był przeznaczony dla osób zainteresowanych problemami medycznymi, wchodzącymi w zakres tzw. medycyny tropikalnej i „international health", ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb misyjnych ośrodków medycznych. Tytuł kwartalnika oddaje ścisły związek Fundacji Redemptoris Missio z Medicus Mundi International, nawiązany formalnie w roku 1997.

Do pierwszego Komitetu Redakcyjnego w roku 2001 należeli: ks. Ambroży Andrzejak, dr h.c. Wanda Błeńska, dr Mirosława Góra (Zambia), ks. dr Jan Jaworski (PNG), dr Anita Magowska, dr Wanda Marczewska (Zakopane), mgr Aniela Piotrowicz,dr Rafał Sadowski (Kraków), prof. Jerzy Stefaniak, dr Edgar Widmer (Szwajcaria). W dalszych latach następowały pewne zmiany w składzie Komitetu, który dzisiaj ogranicza się do osób mieszkających w Poznaniu: dr h.c. W. Błeńskiej, dr hab. A. Magowskiej, mgr A. Piotrowicz, prof. J. Stefaniaka i dr E. Widmera.

Sekretarzami Redakcji byli kolejno dr med. Norbert Rehlis, dr med. Aleksander Waśniowski, mgr Ewa Kaczmarek i lek. med. Szymon Nowak, na których kolejno spoczywał główny ciężar gromadzenia, tłumaczenia i przygotowywania artykułów do druku.

Załączam spis autorów i tematów *MMPolonia* (na stronach 15-17). Jest on uzupełnieniem spisów cząstkowych, które ukazały się w numerach 15, 21 i 43 i został sporządzony przez mgr Ewę Kaczmarek.

W spisie, poza 25 osobami wchodzącymi w skład Komitetu Redakcyjnego i/lub Rady Fundacji, znajdujemy 14 profesorów i wykładowców naszej Uczelni i innych uczelni w kraju, 30 studentów Uczelni, 19 lekarzy i wolontariuszy Fundacji oraz 14 misjonarek i misjonarzy. Tak więc, spektrum 102 autorów, którzy tworzyli *MMPolonia* było szerokie. Dla wielu studentów była to pierwsza formalna drukowana publikacja w czasopiśmie oznaczonym kodem ISSN 1641-604 X. Wszystkim współtwórcom *MMPolonia* składam w tym miejscu serdeczne podziękowanie za ich wkład w powstanie i rozwój kwartalnika.

Tematyka kwartalnika miała pewne stałe pozycje. Dotyczyły one działalności zarządu Fundacji i jego współdziałania z takimi ośrodkami w kraju i za granicą, jak m.in. Centrum Formacji Misyjnej, Światowa Organizacja Zdrowia, Medicus Mundi International, Papieska Rada ds. Zdrowia. Pod tym względem *MMPolonia* był jedyną stałą publikacją, informującą szersze forum osób zainteresowanych o programach i działaniach Fundacji. Z omawianych międzynarodowych programów, finansowanych przez Unię Europejską, w których uczestniczyła Fundacja, należy wymienić: "Equal opportunities for health: action for development" prowadzony przez Collegio Universitario Asspiranti Medici Missionari (CUAMM) w Padwie (2007-2009), „Stop malaria now" (2008-2009), koordynowany przez Action Medeor w Niemczech, „Europejski Rok Wolontariatu" w ramach przewodnictwa Polski w Radzie Europejskiej (2011), "Health workers for all and all for health workers" – program Unii Europejskiej nawiązujący do kodeksu WHO i migracji kadr medycznych (2013-). Szerzej na łamach *MMPolonia* omawiane były niektóre programy WHO, UNICEF i Narodów Zjednoczonych, m.in. takie jak milenijne cele rozwojowe, powszechne zabezpieczenie opieki medycznej, globalizacja, pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej (PHC workers), rewolucja edukacyjna w Afryce. Często omawiane były programy własne Fundacji, jak np. kadry medyczne dla misji (programy kursów), pomoc dla Afganistanu i Republiki Środkowoafrykańskiej operacja Bangassu, współpraca z ośrodkiem w Puri (Indie) i w Maggotty (Jamajka), pomoc dentystyczna i kardiologiczna dla misji w Kamerunie. Niemało miejsca w *MMPolonia* poświęcono wybudowanemu ze znaczną pomocą Fundacji nowoczesnemu ośrodkowi zdrowia w Kiabakari (Tanzania).

Jednym ze stałych omawianych działów począwszy od nr 1, była „Posługa lecznicza dla misji". Dział ten omawiał głównie trudności w koordynacji działania misyjnych ośrodków medycznych z programami rządowymi i zasady zgodnej współpracy. Referowano pozycję jaką w tej sprawie zajmowały episkopaty krajów afrykańskich na spotkaniach organizowanych przez MMInternational.

→

(dokończenie ze str. 3)

W początkowych latach publikowania *MMPolonia* istniał znaczny niedobór podręczników medycyny tropikalnej, a wiadomości w internecie były w tym zakresie skąpe lub mało miarodajne. Stąd też w tych latach *MMPolonia* służył jako skrypt, omawiający choroby powszechnie występujące na misjach, głównie HIV/AIDS, malarię, gruźlicę i choroby zaniedbywane (neglected diseases). Szczegółowo omówiono 27 jednostek chorobowych oraz 10 najczęstszych objawów, występujących w praktyce w krajach misyjnych. Zwykle po pierwszym, wprowadzającym artykule, pojawiały się uzupełniające opracowania, obrazujące postęp w rozpoznawaniu i leczeniu danej choroby. Na łamach *MMPolonia* były często omawiane problemy dotyczące ochrony zdrowia w tropiku i zdrowia osób podróżujących. Informacje te były szeroko wykorzystywane w kursach Fundacji i w szkoleniu misjonarzy w Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie.

ISSN 1641-604 X

Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

CZERWIEC-WRZESIEŃ 2012

KATEDRA I KLINIKA CHORÓB TROPIKALNYCH I PASOŻYTNICZYCH

Jubileusz 50-lecia

50-LECIE KATEDRY I KLINIKI

W numerze:

Jednym z podstawowych zadań Fundacji było i jest zbliżenie studentów Uniwersytetu Medycznego do dzieła misyjnego. Sprawozdania studentów z praktyk w ośrodkach misyjnych oraz opisywanie problemów tam występujących stanowiły znaczną część publikacji *MMPolonia*. Wiadomości podane przez misjonarzy bezpośrednio z misji oraz sylwetki misjonarzy, szczególnie związanych z Fundacja takich jak O. Marian Żelazek, O. Bronisław Poćwiardowski, O. Eugeniusz Śliwka, Ks. dr Ambroży Andrzejak, były wyrazem bliskiej łączności Fundacji ze środowiskiem misyjnym. Nieomal stałą pozycją były streszczenia artykułów publikowanych w *Dolentium Hominum*, a poprzez nie kontakt z Papieskim Biurem ds. Zdrowia w Watykanie, które koordynuje związane z medycyną działania ośrodków katolickich w świecie. Poprzez *MMPolonia* watykański kwartalnik *Dolentium Hominum* zaistniał w Bibliotece Głównej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i zdobywał nowych czytelników wśród medyków w Polsce.

Numer jubileuszowy jest okazją, abym zakończył moją rolę jako wieloletni redaktor *Medicus Mundi Polonia*. W czasie gdy wokoło pełno jest łatwo dostępnych wiadomości kwartalnik *MMPolonia* potrzebuje nowego młodszego spojrzenia na jego rolę w przedstawianiu działalności Fundacji i na zrozumienie znaczenia zmian bez przerwy zachodzących w zakresie ochrony zdrowia. Praca w ośrodkach medycznych na misjach, rozsianych po całym świecie, nie może tych zmian nie dostrzegać i powinna dostosowywać się do nich. W przyszłości kwartalnik *MMPolonia* winien tę adaptację ułatwiać, niezależnie od kontynuowania roli kwartalnika jako pewnego rodzaju „wizytówki" Fundacji „Redemptoris Missio".

Na posiedzeniu w dniu 28 października 2014 roku Rada Fundacji powierzyła obowiązki Redaktora pani Prof. Anicie Magowskiej, wieloletniemu członkowi Komitetu Redakcyjnego. Z pełnym zaufaniem przekazuję Jej „pałeczkę".

Prof. em. Zbigniew S. Pawłowski

KURS FUNDACJI I KLINIKI

Fundacja Redemptoris Missio razem z Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu informuje, że zamierza zorganizować kurs z zakresu medycyny tropikalnej przygotowujący osoby chcące pracować w krajach misyjnych.

Nowością kursu jest wykorzystanie w programie doświadczenia edukacyjnego Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Tropikalnej.

Kurs jest przeznaczony dla misjonarzy, studentów i lekarzy wyjeżdżających do pracy w ośrodkach medycznych na polskich misjach. Lekarze otrzymają punkty edukacyjne. Dla studentów korzystających w wyjeździe na misje, subwencjonowanym przez Fundację, kurs jest obowiązkowy, a udział w jego przygotowaniu premiowany.

Kurs odbędzie się w sali konferencyjnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu. Planowany termin 29-31 stycznia 2015 roku.

Zgłoszenia zamiaru uczestniczenia w kursie prosimy kierować telefonicznie lub mailowo na adres Fundacji. O szczegółach programu kursu powiadomimy w terminie późniejszym.

Anna Tarajkowska, prezes Fundacji

MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL PO ROKU 2015

Kierunki nowej strategii MMI – 2015-2019

Pierwszy krok: przegląd MMI strategii sieci programów (Network Strategy) 2011-2015, październik 2013

Dokonany przegląd pozwolił nam określić, w jakim kierunku MMI powinien się rozwijać. Wielość i różnorodność dynamicznie powstających programów stawiał przed członkami MMI trudne zadanie wyboru kierunku działania. W swojej istocie głównym zadaniem MMI jest wspierać zachodzące zmiany socjalne. Osiągnięcie wyznaczonego celu będzie łatwiejsze, kiedy nastąpi wspólne działanie uczestników sieci w określonym kierunku, wzmacniające wzajemne wysiłki w ramach połączonych strategii. Przegląd potwierdził, że:

1. MMI chce być zbiorem sieci programów otwartym na nowe wyzwania, ale przy tym kładącym nacisk na zachowanie wewnętrznej spójności sieci i jej odpowiedniego poziomu, unikając przy tym utraty proporcji między różnorodnymi dokonaniami poszczególnych członków poprzez ustaloną między nimi współpracę, opartą na aktywnym dobrowolnym uczestnictwie.
2. Nadal dla MMI ważne jest utrzymanie odpowiednich afiliacji z WHO i zachowanie permanentnego zaproszenia do udziału w Zgromadzeniach Ogólnych WHO. Zależy nam na kontynuacji tego wyróżnienia.
3. Uważamy za ważną możliwość udziału MMI w ustalaniu polityki zdrowotnej, wzajemnego dialogu zaangażowanych stron i w ustalaniu oficjalnych deklaracji.
4. Dla MMI ważne jest też utrzymanie bliskich relacji między instytucjami badawczymi i organizacjami pozarządowymi; będą one przez MMI popierane.
5. W przyszłości udział w sieci programów może ewoluować w kierunku ogniskowania się na wybranych pojedynczych najważniejszych zagadnieniach lub rozszerzenia tematów, jak również przez włączenie czasowych członków MMI do opracowywania poszczególnych tematów oraz w kierunku zwiększenia współpracy między członkami w ramach poszczególnych programów.
6. Poparcie MMI dla administracji państwowej (Civil Society) wymaga uznania przez władze cywilne spraw dotyczących ochrony zdrowia za podstawowe dla transformacji politycznej i podniesienia poziomu lokalnej demokratycznej akceptacji podstawowych zasad zdrowia globalnego.
7. Sprawą do rozważenia jest, czy dyskusja prowadzona w Genewie była istotnie daleka od realiów w krajach Południa. Jest zadaniem MMI przyczynić się do zbliżenia perspektyw genewskich do lokalnych realiów krajów rozwijających się.

Drugi krok: konsultacje członków MMI w sprawie strategii (Network Strategy) w 2015-2019, wrzesień 2014

Program „Zdrowie dla wszystkich" ("Health for All") cieszy się ogólnym poparciem MMI. W wyniku konsultacji MMI uważa za najważniejszą promocję:

1. upowszechnienia dostępu do ochrony zdrowia (Universal Health coverage);
2. wzmocnienia narodowych systemów ochrony zdrowia;
3. prowadzenia działań uwzględniających socjalne i polityczne aspekty ochrony zdrowia;
4. bliższego związku lokalnej i globalnej polityki ochrony zdrowia;
5. ustalania polityki i praktyki działania przy uwzględnieniu zasad naukowych ("based on evidence");
6. krytycznej refleksji na rolą i osiągnięciami każdego z nas.

Szczególnym mandatem MMI sieci programów jest pomoc członkom MMI w realizacji wspólnej wizji „Zdrowia dla Wszystkich" przez:

1. popieranie komunikacji między członkami MMI i ich współpracy;
2. stworzenie platformy dla rozwoju wzajemnej współpracy członków i grup tematycznych;
3. stworzenie platformy wzajemnego popierania się na arenie międzynarodowej ze szczególnym uwzględnieniem WHO;
4. popieranie naukowego podejścia ("based on evidence") w programach realizowanych przez członków i promocja współpracy między nimi a instytucjami naukowymi;
5. promocja dostrzegalności działania członków sieci i ich programów.

Zostały zaproponowane dwa jasno określone oraz wzajemnie uzupełniające się i spójne pola działania:

1. *Sieć programów MMI popiera współpracę naukową i korzystanie z wzajemnego doświadczenia i współdziałania na rzecz promocji międzynarodowej współpracy w zakresie ochrony zdrowia opartej o wartości naukowe;*
2. *Sieć programów MMI oferuje autonomiczną, długotrwałą pomoc w działaniach na rzecz analizy i debaty na temat zdrowia międzynarodowego i tworzy platformy współpracy z organizacjami obywatelskimi (Civil Society), biorąc pod uwagę zalecenia WHO.*

Konsultacje członków MMI zdecydowanie popierają wyżej wymienione dwa pola działania. Jednakże opinie na temat poszczególnych działalności i strategii nie pozwalają jeszcze na powzięcie jednoznacznych konkluzji i potrzebna jest dalsza dyskusja nad wyborem, jakie szczególne kierunki działania są najbardziej obiecujące.

(dokończenie na str. 7)

Raport UNICEF

Mimo ogromnego postępu w zakresie przeżywalności dzieci, nadal milion noworodków umiera w pierwszym dniu życia. W wielu przypadkach moglibyśmy zapobiec ich śmierci.

Od 1990 r. wskaźniki dotyczące przeżywalności dzieci znacząco wzrosły, a w tym okresie całkowita liczba zgonów dzieci poniżej 5 roku życia zmniejszyła się o połowę z 12,7 mln do 6,3 mln – wynika z raportu opublikowanego we wrześniu 2014 przez UNICEF.

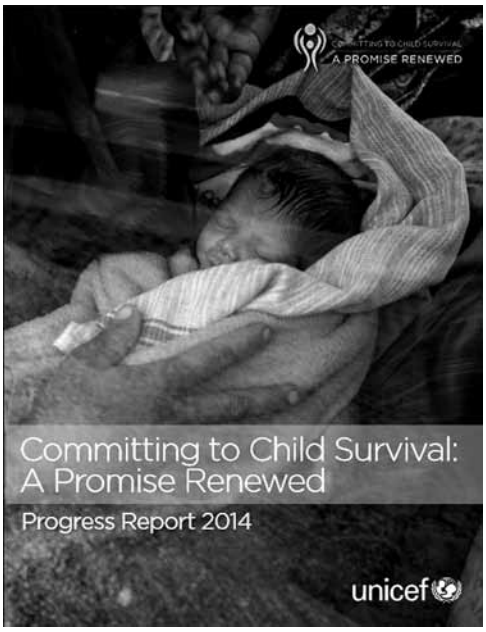
Tegoroczny raport *Committing to Child Survival: A Promise Renewed* (www.unicef.org) wskazuje, że pierwsze 28 dni od narodzin to najbardziej krytyczny moment w życiu dziecka. Każdego roku w ciągu pierwszych dni życia umiera niemal 2,8 mln noworodków. Milionowi tych dzieci nie jest dane dożyć nawet drugiego dnia.

Wiele spośród tych dzieci mogłoby uratować wdrożenie prostych i niedrogich rozwiązań w okresie okołoporodowym. Badania wykazują, że to właśnie luki w opiece zdrowotnej w tym okresie przyczyniają się do śmierci wielu najmłodszych. Dowodzą także, jak wielkie różnice w jakości usług medycznych dla przyszłych matek i ich dzieci występują między poszczególnymi krajami oraz między zamożniejszymi i biedniejszymi warstwami społecznymi.

Kluczowe wnioski zawarte w raporcie UNICEF:

- Około połowa wszystkich kobiet nie uzyskuje dostępu do zalecanych minimum czterech wizyt lekarskich w okresie ciąży.
- Komplikacje w okresie okołoporodowym są przyczyną około ¼ wszystkich zgonów noworodków. W 2012 r. co trzecie dziecko (około 44 mln) narodziło się bez odpowiedniego wsparcia medycznego.
- Wyniki badań pokazują, że rozpoczęcie karmienia piersią już w pierwszej godzinie życia dziecka zmniejsza ryzyko zgonu o 44%. Niestety, mimo to mniej niż połowa wszystkich noworodków jest karmiona mlekiem matki w tym krytycznym okresie.
- Jakość zapewnianej opieki jest rażąco niska nawet w tych przypadkach, w których mamy i ich dzieci mają kontakt ze służbą zdrowia. Badania prowadzone przez UNICEF w 10 krajach o najwyższych wskaźnikach umieralności wykazują, że mniej niż 10% dzieci, które przyszły na świat w asyście wykwalifikowanej położnej, otaczanych jest właściwą opieką obejmującą 7 kluczowych działań, w tym m.in. właśnie wczesne włączenie karmienia piersią. Podobne wnioski dotyczą kobiet: również mniej niż 10% przyszłych mam uzyskuje podstawowe świadczenia medyczne, takie jak badanie krwi i moczu, pomiar ciśnienia tętniczego, suplementację kwasu foliowego, itd.
- Kraje o najwyższych wskaźnikach umieralności noworodków charakteryzują się jednocześnie najsłabszym dostępem do opieki poporodowej nad matkami. W Etiopii ma do niej dostęp jedynie 7% matek, a umiera tam rocznie 84 tys. noworodków. W Bangladeszu, gdzie umiera 77 tys. nowo narodzonych dzieci, dostęp do opieki ma 27% mam. W Nigerii, w której umiera 262 tys. noworodków z opieki po porodzie korzysta 38% kobiet, a w Kenii, gdzie umiera 40 tys. dzieci – 42% matek.
- Wyższe wskaźniki umieralności odnotowuje się w przypadku dzieci urodzonych przez kobiety poniżej 20 i powyżej 40 roku życia.

Dodatkowo raport wskazuje, że poziom wykształcenia i wiek matki ma znaczący wpływ na szanse przeżycia dziecka. Wskaźniki umieralności niemowląt urodzonych przez kobiety nie posiadające wykształcenia są niemal dwukrotnie wyższe w porównaniu do dzieci urodzonych przez kobiety, które uzyskały wykształcenie średnie i wyższe.



W najsłabiej rozwiniętych krajach pozostają znaczne nierówności, szczególnie w zakresie dostępu do opieki medycznej. Kobiety z bardziej zamożnych gospodarstw domowych trzykrotnie częściej rodzą w towarzystwie wykwalifikowanej położnej niż te uboższe. Raport podkreśla jednak, że różnice między krajami dotyczące umieralności dzieci do 5 roku życia stopniowo zmniejszają się. W każdym regionie, oprócz Afryki Subsaharyjskiej, umieralność dzieci poniżej piątego roku życia spada szybciej wśród uboższej części społeczeństwa.

To bardzo krzepiące, że zmniejsza się przepaść w przeżywalności dzieci – mówi Geeta Rao Gupta z UNICEF – *musimy wykorzystać ten moment, aby zrobić krok do przodu w programach adresowanych do najbiedniejszych i najbardziej marginalizowanych części społeczeństwa; to pomoże nam uratować największą liczbę dzieci.*

Promise Renewed to światowy ruch, którego celem jest poprawa sytuacji matek i ich dzieci. Strategię tę, ogłoszoną przez Sekretarza Generalnego ONZ Ban Ki-moon'a, utworzono dla mobilizowania i intensyfikowania działań mających na celu poprawę opieki zdrowotnej i zredukowanie umieralności kobiet i dzieci.

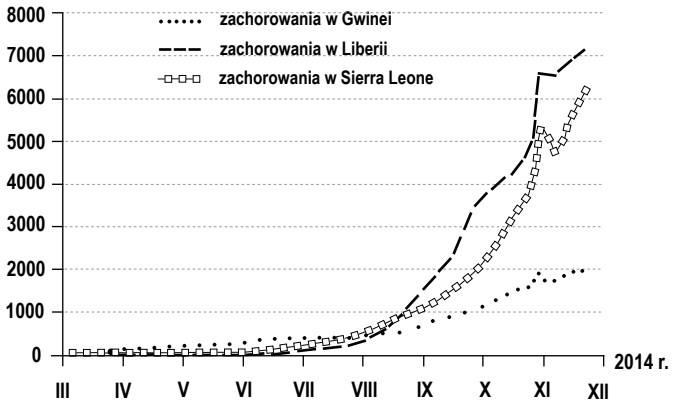
Tłumaczyła i opracowała: *mgr Ewa Kaczmarek*

Ebola !!!

EBOLA

Trudny egzamin z ochrony zdrowia na świecie

Wybuch epidemii ebola w Zachodniej Afryce jest trudnym egzaminem z ochrony zdrowia nie tylko w Afryce Zachodniej, ale również w skali globalnej. Narastanie liczby rejestrowanych przypadków eboli na terenie Afryki przedstawione jest na ryc. 1. Na dzień 21 listopada 2014 r. WHO zanotowało 15.351 przypadków zachorowań i 5.459 przypadków zgonów (liczby te stale narastają i aktualne dane są dostępne w Internecie pod http://extranet.who/ebola lub http://www.who.int/csr/don/en/). Epidemia objęła głównie 3 kraje zachodniej Afryki (zob. mapa na str. 8): Gwineę (2.047, z tego 1.214 zgonów), Liberię (7.082, z tego 2.963 zgony) i Sierra Leone (6.190, z tego 1.267 zgonów). Pojedyncze zachorowania odnotowano w Mali (6, z tego 6 zgonów), Nigerii (20, z tego 8 zgonów), Senegalu (1), Hiszpanii (1) i w USA (4, z tego 1 zgon). W Demokratycznej Republice Kongo stwierdzono ostatnio duże zlokalizowane ognisko zakażeń ebolą (66 przypadków) nie związane z terenem objętym epidemią w wymienionych 3 krajach Afryki Zachodniej.



Ryc. 1. Przypadki zachorowań na Ebolę w Gwinei, Liberii i w Sierra Leone odnotowane od 25 marca do 19 listopada 2014 r.

Źródło: Internet – Centers for Disease Control and Prevention

Źródło: Internet – Centers for Disease Control and Prevention

Większość krajów europejskich, w tym Polska, opracowało standardy postępowania w przypadkach podejrzanych o zawleczenie zakażenia poza kontynent afrykański. Poza WHO i CDC do działań skierowanych na powstrzymanie epidemii eboli włączyło się wiele instytucji rządowych i pozarządowych na całym świecie. Na szczególną

→

(dokończenie ze str. 5)

Trzeci krok: Spotkanie dotyczące strategii działania w czasie nadzwyczajnego zgromadzenia MMI w dniu 6 listopada 2014

Zgromadzenie MMI przyjęło wymienione wyżej dwa pola działania MMI. Uczestnicy zgromadzenia szczegółowo oceniali priorytety i realność wyżej wymienionych sześciu sfer działania MMI. W tej sprawie decydująca będzie gotowość aktywnego współdziałania w tych sześciu sferach. Zgromadzenie dało mandat Zarządowi MMI i jego sekretariatowi do dalszego opracowywania dokumentu dotyczącego ostatecznych strategii i przedstawienia tego dokumentu do zatwierdzenia na posiedzeniu Zgromadzenia Ogólnego MMI w maju 2015.

Przedstawił:
dr Edgar Widmer

Tłumaczył:
prof. Zbigniew Pawłowski

EBOLA

Ebola!!!

Trudny egzamin z ochrony zdrowia na świecie

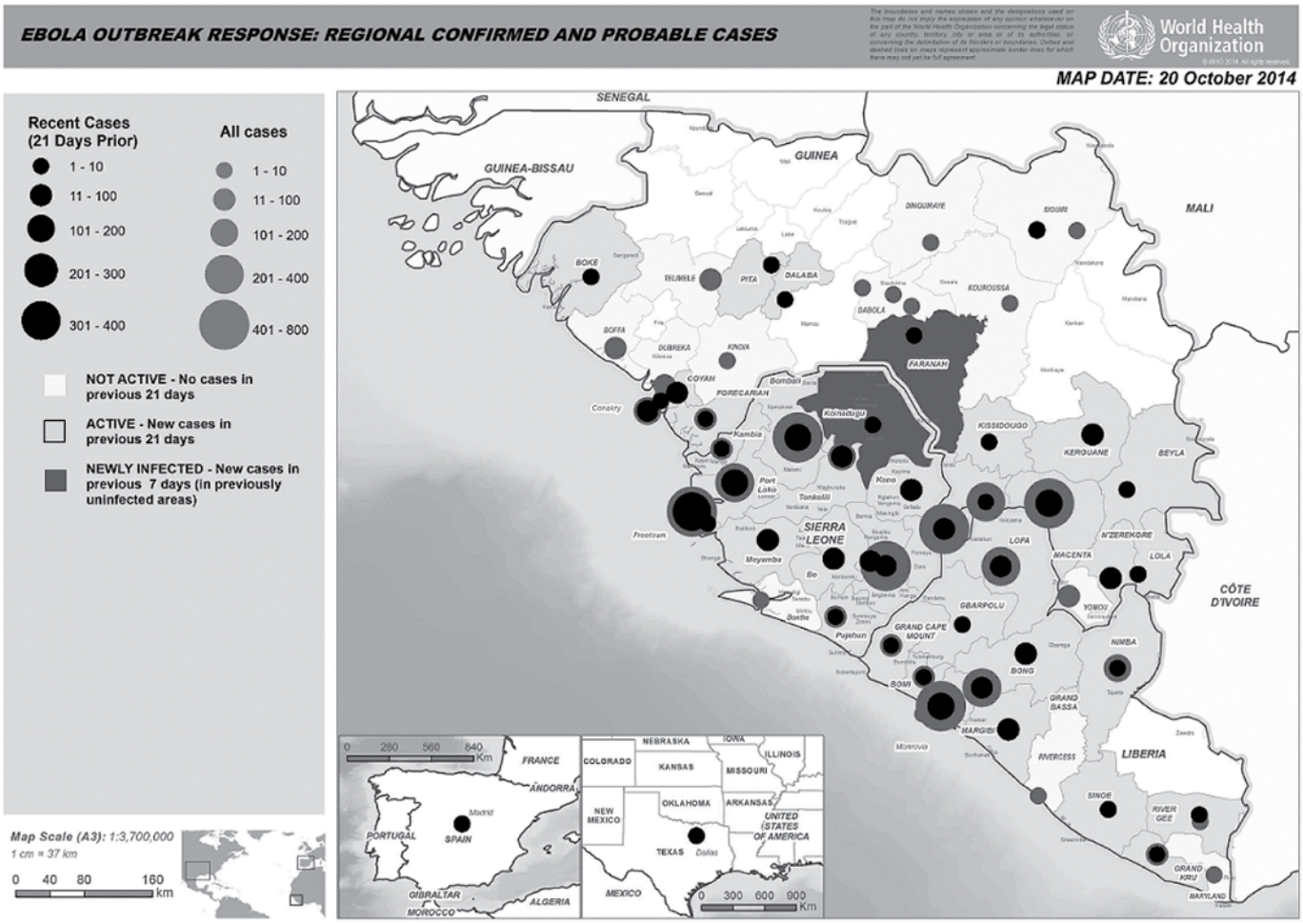
ciąg dalszy ze str. 7

wzmiankę zasługuje tu działalność Médecins sans Frontieres and USAID (U.S. Agency for International Development).

Dotychczas zakażenia ebolą występowały od roku 1976 w 25 znanych, ograniczonych i skutecznie likwidowanych ogniskach w kilku krajach Środkowej Afryki. Nie spodziewano się wystąpienia większych epidemii. Na powstanie i przebieg tej ostatniej wpłynęło kilka czynników nie branych pod uwagę, takich jak: występowanie na terenach zurbanizowanych, dekady wojny domowej w zaatakowanych krajach, niszczące struktury społeczne, osłabiające autorytety i obniżające liczbę lekarzy i sprawność lokalnych systemów ochrony zdrowia, nasilone migracje ludności i miejscowe tradycje pochówków oraz – nie bez znaczenia – brak „wiary" lokalnej populacji w istnienie wirusowego tła epidemii. Z drugiej strony dotychczasowy obraz występowania eboli nie sprzyjał poszerzaniu naszej znajomości szczepów wirusa, ich patogenności, przebiegu zakażenia, dróg transmisji, możliwości rozpoznawania i leczenia oraz uodparniania. Znajomość ta jest wysoce niepełna. Przegląd problemów badawczych podsumowuje artykuł w *Nature* doi:10 1038/ 514 554a.

Obecnie epidemia znacznie przyspieszyła niezbędne dla jej powstrzymania prace badawcze, ale szybkie udostępnienie nowych leków (Faviravir) i szczepionek, stwarza niemałe problemy etyczne. Opracowanie metod postępowania przeciwepidemicznego wymaga powzięcia szybkich, niepewnych i kosztownych decyzji. Obecnie polegają one na:

(1) zahamowaniu rozprzestrzeniania się zakażenia w krajach o intensywnej transmisji eboli (hospitalizacja chorych, bezpieczne procedury pogrzebowe, współpraca miejscowej ludności w ujawnianiu chorych i ograniczeniu kontaktów z nimi, ochrona pracowników służby zdrowia przed zarażeniem – ponad 150 z nich zmarło z powodu zakażenia ebolą.



Źródło: Internet – Centers for Disease Control and Prevention

EBOLA

(2) pilnego wprowadzenia działań zapobiegających rozprzestrzenianiu się zakażenia w nowo powstających ogniskach w innych, głównie sąsiednich krajach (identyfikacja ognisk, izolacja chorych, utrudnienie kontaktu z nimi) oraz
(3) wprowadzenia możliwości odpowiedniego postępowania wobec osób podejrzanych o zakażenie we wszystkich innych krajach, narażonych na przyjazd osób zakażonych wirusem lub mających kontakt z chorymi na ebolę (sprawne wykrywanie przypadków podejrzanych, szybkie rozpoznawanie eboli, różnicowanie z malarią, izolacja chorych i osób z kontaktu).

Epidemia eboli ma pewne podobieństwo do epidemii SARS (ciężki ostry zespół oddechowy), która na przełomie lat 2002/2003 objęła swym zasięgiem 8.422 przypadków w 32 krajach i spowodowała 916 zgonów. W przeciwieństwie do eboli zakażenie SARS szerzyło się łatwo drogą inhalacyjną. Dzięki energicznemu działaniu WHO epidemia SARS została opanowana dość szybko, wskazując przy tym jak potrzebna jest aktywna koordynacja wspólnego postępowania międzynarodowego w likwidowaniu globalnych zagrożeń. Pojawiają się uwagi, że WHO nie zadziałało tak skutecznie na początku epidemii eboli w marcu 2014 roku w Afryce Zachodniej. W odpowiedzi WHO obiecuje, że oceni swoje działanie dopiero po opanowaniu epidemii; obecnie organizacja ta koncentruje swoje wysiłki na powstrzymaniu szerzenia się zakażeń eboli. Należy tu podkreślić, że CDC (Centre for Disease Control w Atlancie, USA) przejęło wiele czynności prewencyjnych, które formalnie należą do Światowej Organizacji Zdrowia. Wprowadzona w ostatnich latach redukcja budżetu tej organizacji z pewnością nie sprzyja pewnej „bezsilności" działania WHO.

Trudno jest przewidzieć dalszy los epidemii eboli, takich jak tworzenie się przetrwałych lokalnych ognisk endemicznych, odległe skutki zdrowotne osób, które przebyły zakażenie oraz następstwa ekonomiczne epidemii (utrata zarobków, zniszczone mienie osobiste) i socjalne (społeczna stygmatyzacja ozdrowieńców, rozpad struktur rodzinnych). W ocenie skutków epidemii należy też uwzględnić zmniejszenie nakładów finansowych i zainteresowania się innymi problemami ochrony zdrowia. Z drugiej strony epidemia eboli wykazała konieczność szybszego rozwoju mało rozwiniętych krajów nie tylko pod względem ekonomicznym i edukacyjnym, ale również w zakresie ochrony zdrowia. Wystąpienie kryzysu eboli wiąże się z niedostatecznym tempem likwidowania nierówności społecznych i gospodarczych występujących w świecie. Przykłady zaangażowania wielu krajów rozwiniętych w zwalczaniu epidemii są po niemałej części powodowane poczuciem ich własnego zagrożenia, jakkolwiek są też okazją do okazania godnego pochwały postępowania humanitarnego i solidarnościowego wobec społeczności potrzebujących naszej pomocy.

Na podstawie wielu źródeł opracował:
prof. Zbigniew Pawłowski

Kalendarium wyjazdów wolontariuszy

31.12.2012 – 14.02.2013 — wyjazd dentysty Sławomira Burdy do Kamerunu do Abong Mbangu.

* * *

09.07.2013 – 09.10.2013 — wyjazd do RPA studentów V roku Wydziału Lekarskiego UMP: Anety Ciołek i Marcina Cywińskiego do ośrodka dla dzieci niewidomych i niedowidzących (projekt Wolontariat Polska Pomoc 2013) MSZ.

* * *

28.07.2013 – 28.10.2013 — wyjazd dwóch położnych: Marty Stankiewicz i Eweliny Walkowiak do ośrodka w Dilla w Etiopii Siloe (projekt Wolontariat Polska Pomoc 2013) MSZ.

* * *

17.09.2013 – 31.12.2013 — wyjazd lekarek: Agnieszki Łuczak, Aleksandry Wierzbickiej, Marty Łukomskiej na Jamajkę do ośrodka Maggotty Siloe (projekt Wolontariat Polska Pomoc 2013) MSZ.

* * *

23.09.2013 – 22.12.2013 — wyjazd dentysty Szymona Chełstowskiego do Abong Mbangu w Kamerunie.

* * *

03.11.2013 – 2012.2013 — pielęgniarka Maria Strzemeczna, wyjazd do misji katolickiej Arunachal Pradesh w Indiach.

* * *

11.11.2013 – 20.12.2013 — lekarka Dorota Jaguś – wyjazd do misji katolickiej Arunachal Pradesh w Indiach.

* * *

(dokończenie na str. 11)

Międzynarodowy Dzień Dziewcząt
(International Day of the Girl Child)

Dnia 19 grudnia 2011 roku Ogólne Zgromadzenie Narodów Zjednoczonych przyjęło Rezolucję by ogłosić dzień 11 października Międzynarodowym Dniem Dziewczynki, uznając szczególne wyzwania, przed jakimi stoją na całym świecie. Dzień ten został powołany, aby zwrócić uwagę opinii publicznej na prawa dziewcząt. Nie we wszystkich krajach są one traktowane na równi z chłopcami, w tradycyjnych społeczeństwach krajów globalnego południa nie edukuje się ich w tym samym stopniu co chłopców i bardzo wcześnie są wydawane za mąż, nierzadko za mężczyzn znacznie od siebie starszych.

Jeden z najbardziej znanych cytatów Nelsona Mandeli brzmi: „Edukacja to najpotężniejsza broń, jaką dysponujemy, aby zmienić świat". Badacze zagadnień rozwojowych dodają słowa „edukacja dziewcząt" – bo to w ich rękach leżą losy społeczności, z których się wywodzą. Kiedy dziewczynki są w stanie zostać w szkole, mogą zbudować podstawy dla lepszego życia, zarówno dla siebie, jak i swoich rodzin, a także uczestniczyć w rozwoju swoich społeczności. Dziewczęta o niskim stopniu edukacji częściej są wcześnie wydawane za mąż, a ślub w praktyce kończy szkolną naukę dziewczynek. Zajęta nowymi obowiązkami, jakie nakłada na nią tradycja, dziewczynka nigdy nie wraca już do szkoły. Jednocześnie, dziewczynki, które ukończyły szkołę średnią, nawet sześć razy rzadziej wychodzą za mąż jako nieletnie. To właśnie w szkole dziewczęta mogą się dowiedzieć, jak chronić siebie i swoje przyszłe potomstwo przed chorobami. Na temat przyczyn wielu z nich w miejscowych społecznościach krąży wiele błędnych przekonań. Edukacja jest jedną z najlepszych strategii chronienia dziewczynek i budowania dla nich lepszej przyszłości.

Edukacja pomaga również w ochronie dzieci przed przedwczesnymi małżeństwami. Odsetek niepełnoletnich panien młodych spadł w ciągu ostatnich 30 lat, ale niestety nadal w kilku regionach świata utrzymuje się na wysokim poziomie, zwłaszcza na obszarach wiejskich i w najuboższych grupach społecznych. Dziewczęta wydawane za mąż są często narażone na izolację, rozdzielane z rodzinami i rówieśnikami, zabierane ze szkoły. Przeciwdziałanie tej praktyce będzie chroniło prawa dziewczynek i pomagało w redukowaniu ich ryzyka stania się ofiarami przemocy, a także ryzyka wczesnej ciąży, infekcji wirusem HIV. Zakończenie edukacji i wczesne zamążpójście oznacza najczęściej ciążę. Zbyt wczesny poród skutkuje dużą śmiertelnością wśród młodych matek, komplikacje związane z porodem są główną przyczyną śmierci dziewczynek w tej grupie wiekowej.

Polscy misjonarze prowadzący szpitale i przychodnie misyjne oraz lekarze, wolontariusze Fundacji „Redemptoris Missio" w swojej pracy często spotykają się z młodymi dziewczętami, które w Europie byłyby jeszcze dziećmi, a w warunkach afrykańskich rodzą swoje pierwsze dzieci nierzadko w wieku lat 12 czy 13. Aby zachęcić je do porodu w przychodniach misyjnych, gdzie mogą zostać otoczone opieką lekarską i często wręcz uratować swoje i dziecka życie, ruszył projekt „Położna w Afryce". Projekt cieszy się dużym powodzeniem zarówno wśród darczyńców, jak i wśród afrykańskich matek. Afrykańskie dziewczęta z kameruńskich wiosek najchętniej rodzą w domach. Aby zachęcić je do porodu w przychodni, prowadzące ją siostry zakonne wszystkim mamom ofiarowują wyprawkę dla ich dzieci. Dzięki tej praktyce udało się uratować już wiele dzieci i ich matek.

Nam w zachodnim świecie edukacja nie wydaje się jakimś cennym dobrem, tylko oczywistością. A jednak miliony dzieci wciąż nie mają dostępu do edukacji i muszą pracować, zamiast się uczyć. W Fundacji „Redemptoris Missio" przed pięcioma laty powstał program „Adopcji

→

Magne Bongo Alice

Ndombe Bongo Charlotte Nicole

Yazama Marguerite

12-letnia mama po porodzie (cięcie cesarskie)

na odległość", w ramach którego polscy rodzice adopcyjni wspierają edukację dzieci z Kamerunu, ponad połowa z dzieci to dziewczęta. Dzięki wsparciu Fundacji mogą kontynuować swoją edukację, zdobywając zawód, który w przyszłości zapewni utrzymanie ich rodzinom. W społeczeństwach tradycyjnych edukacja dziewcząt trwa o wiele krócej niż chłopców. Tam nikogo ten fakt nie dziwi. W Europie Zachodniej niewielu ludzi zdaje sobie z tego faktu sprawę.

Tym bardziej cieszy to, że w tym roku Kapituła Nagrody Nobla uhonorowała tą nagrodą właśnie młodą dziewczynkę, najmłodszą do tej pory na świecie pokojową Noblistkę, siedemnastoletnią Malalę Yousafzai z Pakistanu. Malala na początku 2009 roku zaczęła pisać o swoich doświadczeniach jako uczennicy, o tym jak talibowie zamykają prywatne szkoły i jak sprzeciwiają się edukacji dziewcząt. Talibanizacja kraju wiąże się z wieloma dramatami konkretnych ludzi – porwaniami, torturami, morderstwami, karą chłosty, zamachami bombowymi. Stopniowo rodzina dziewczynki zaczęła żyć w strachu. Fakt, iż talibowie uznali działania Malali na rzecz edukacji dziewcząt za tak groźne, że wysłali morderców mających ją wyeliminować, pokazuje tylko, jak ważna jest sprawa edukacji dziewcząt dla edukacji całych społeczności. Na jadącą do szkoły Pakistankę dokonano zamachu. Malala przeżyła i co niezwykłe i warte podziwu, nadal walczyła o prawo do edukacji dziewcząt.

Historia ta stanowi więc ostrzeżenie, jest świadectwem, ale daje również nadzieję. Oczywiście sytuacja dziewcząt nie poprawi się z dnia na dzień, od samego ustanowienia Dnia Dziewcząt i Nagrody Nobla dla Malali Yousafazai, ale dzięki takim działaniom podejmowanym na poziomie światowym, ruchom społecznym, odpowiedniemu ustawodawstwu i lokalnym inicjatywom dziewczęta będą mogły dorastać i realizować swój potencjał, bo siła społeczeństw tkwi właśnie w kobietach, którymi będą.

Justyna Janiec-Palczewska

Kalendarium wyjazdów wolontariuszy

(dokończenie ze str. 9)

23.01.2014 – 10.02.2014 — wyjazd lekarza okulisty Dariusza Tulei do ośrodka w Abong Mbang w Kamerunie.

* * *

23.01.2014 – 02.03.2014 — wyjazd stomatologa Joanny Owczarek do ośrodka w Abong Mbang w Kamerunie.

* * *

19.02.2014 – 11.03.2014 — wyjazd lekarzy: optometrysty Agnieszki Lembowicz i stomatologa Konrada Rylskiego do Namibii (dom dla niepełnosprawnych fizycznie dzieci „CHESHIRE HOME" w Katimia.

* * *

03.07.2014 – 12.09.2014 — wyjazd do RPA lekarki Anety Ciołek do ośrodka dla dzieci niewidomych i niedowidzących w Siloe.

* * *

04.07.2014 – 10.09.2014 — wyjazd lekarki Kingi Zastawnej do Indii, do ośrodka leczenia trędowatych w Purii.

* * *

30.09.2014 – 01.04.2015 — wyjazd ratownika medycznego Jacka Jarosza na Madagaskar, do wioski Madabe i ośrodka prowadzonego przez o. Ludwika Wawrzeczkę.

* * *

04.10.2014 – 10.06.2015 — wyjazd położnej Eweliny Walkowiak i pielęgniarza Artura Chmielewskiego do Kenii, do ośrodka Kithatu, prowadzonego przez Siostrę Darianę Jasińską.

* * *

08.11.2014 – 08.01.2015 — wyjazd stomatologa Krzysztofa Gniazdowskiego do Kamerunu do ośrodka prowadzonego przez siostrę Nazariuszę Żuczek.

Światowy Dzień Mycia Rąk

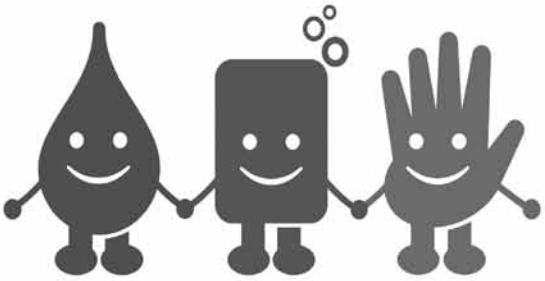
Mycie rąk to prosty nawyk o wielkim znaczeniu. Odgrywa on istotną rolę w zakresie zdrowia publicznego, począwszy od zapobiegania zwykłemu przeziębieniu aż po ograniczenie rozprzestrzeniania się czynników zakaźnych takich jak wirus ebola. W nowoczesnym świecie coraz większego znaczenia nabiera modyfikacja nawyków higienicznych ludzi i tworzenie szerokich programów profilaktycznych.

Począwszy od 2008 roku, 15 października obchodzony jest Światowy Dzień Mycia Rąk, zainicjowany przez *The Global Public-Private Partnership for Handwashing with Soap*. Każdego roku w jego obchody zaangażowanych jest ponad 200 mln osób w ponad 100 krajach. To światowe partnerstwo wspierają rządy wielu państw, organizacje pozarządowe, prywatne firmy i osoby indywidualne. Inicjatywa ta, pierwotnie skierowana głównie do dzieci szkolnych i mająca na celu propagowanie prawidłowego nawyku mycia rąk mydłem, z biegiem lat nabrała znacznie szerszego znaczenia. Właściwa higiena rąk może bowiem zapobiegać chorobom biegunkowym i infekcjom dróg oddechowych, szczególnie u noworodków.

Aż 75% spośród 2,9 mln zgonów noworodków mających miejsce każdego roku spowodowanych jest zakażeniami, wcześniactwem i komplikacjami występującymi podczas porodu. Wdrożenie prostych i niedrogich metod mogłoby zapobiec nawet do 2/3 tych zgonów.

Jedną z nich jest właśnie mycie rąk. Badania wspierane przez USAID umacniają dotychczasową wiedzę dotyczącą postępowania w zakażeniach u noworodków i niemowląt, szczególnie w warunkach domowych. Opublikowane w 2008 r. wyniki badań prowadzonych wśród nepalskiej społeczności (ref. Rhee V., Mullany L., *et al.*, *Maternal and Birth Attendant Hand Washing and Neonatal Mortality in Southern Nepal*, "Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine" 162 (2008): 605) przekonują, że mycie rąk przy użyciu mydła może ograniczyć umieralność noworodków aż o 44%. W krajach, w których jest ona wysoka, ma to szczególne znaczenie. Dokładne mycie rąk wodą i mydłem jako rutynowa praktyka przed odebraniem porodu i podczas opieki nad noworodkiem może ratować życie tysięcy najmłodszych. Bliższe informacje odnośnie Dnia Mycia Rąk są dostępne na www.usaid.gov i www.globalhandwashing.org

→



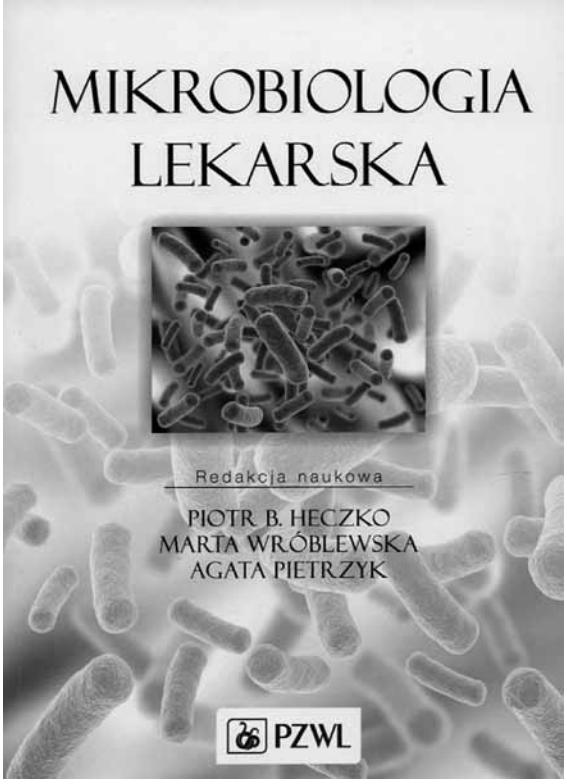
Global Handwashing Day
October 15

Nowości wydawnicze

Nowoczesny podręcznik

Nowością na rynku jest „Mikrobiologia lekarska" pod redakcją Piotra B. Heczko, Agaty Pietrzyk i Marty Wróblewskiej, wydana przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Publikacja ta adresowana jest do studentów wydziałów lekarskich i innych kierunków medycznych, lekarzy i diagnostów, a także do wszystkich tych osób, którym w codziennej praktyce zawodowej niezbędna jest wiedza z dziedziny mikrobiologii.

Jest to nowoczesny podręcznik napisany przez znanych i doświadczonych polskich wykładowców akademickich w tej dziedzinie. Rozdziały poświęcone parazytologii napisali m.in. związani z Kliniką i Fundacją: prof. Zbigniew Pawłowski, prof. Jerzy Stefaniak i dr hab. n. med. Małgorzata Paul. W podręczniku omówiono poszczególne grupy drobnoustrojów: bakterie, wirusy, grzyby i pasożyty oraz ich chorobotwórczość i znaczenie w medycynie.



Wiele miejsca poświęcono też nowoczesnym metodom diagnostycznym, epidemiologii chorób zakaźnych, zakażeniom szpitalnym i postępowaniu leczniczemu w danych jednostkach chorobowych oraz immunoprofilaktyce zakażeń.

Publikację uzupełnia bogaty materiał ilustracyjny będący doskonałą pomocą w przygotowywaniu się do zajęć praktycznych i egzaminów.

mgr Ewa Kaczmarek

W nawiązaniu do Światowego Dnia Mycia Rąk warto wspomnieć o Edukacyjnym Programie Przestrzegania Higieny Rąk WHO i ECOLAB, dążącym do tego, aby środowiska szpitalne były bezpieczniejsze, czystsze i zdrowsze.

Firma Ecolab opracowała Edukacyjny Program Przestrzegania Higieny Rąk mający na celu podniesienie poziomu bezpieczeństwa pacjenta oraz ograniczanie zakażeń w środowisku szpitalnym. Program monitorowania przestrzegania higieny rąk (HHCEP) oparty na wytycznych WHO wraz z dodatkowym wsparciem szkoleniowym i stosowaniem odpowiednich produktów ma za zadanie zapewnić kompleksowy system higieny rąk, gwarantujący wzrost przestrzegania higieny i obniżenie wskaźnika zakażeń szpitalnych.

W celu opracowania tej platformy przez ostatnie 2 lata odbywały się regularne spotkania WHO i partnerów z branży. Długofalowym celem współpracy ma być wykorzystanie mocnych stron branży w celu usprawnienia wdrażania zaleceń WHO w różnych częściach świata. Poprzez regularne spotkania oraz internetowy system komunikacji założeniem Platformy WHO i Przemysłu jest zjednoczenie sił obu stron w celu poprawy przestrzegania higieny rąk w trzech kluczowych obszarach:

- Zmiana systemowa – poprawa podaży i dostępności produktów do higieny, wspieranie ich dostępności i stosowania w nagłych i krytycznych sytuacjach.
- Edukacja – podniesienie świadomości znaczenia higieny rąk, stosowanie się do interpretacji i promowania wytycznych oraz najnowszych norm dotyczących higieny rąk.
- Badania – współpraca ze światowymi kluczowymi liderami opinii w celu rozpowszechniania materiałów dotyczących higieny rąk oraz podstaw badań klinicznych (tj. w obszarach zmiany zachowań, procesów przepływu prac, badań klinicznych itp.).

Szczegółowe informacje dotyczące tego programu dostępne są na stronie www.pl.ecolab.eu.

Opracowała:
mgr Ewa Kaczmarek

W kilku zdaniach...

WHO
raport dotyczący gruźlicy

W roku 2013 WHO zarejestrowało 9.000.000 nowych przypadków gruźlicy [htp://ww.bbc.com]. Jest to o 400.000 więcej niż w roku 2012. Podobnie liczba rejestrowanych zgonów z powodu gruźlicy 1.500.000 była w roku 2013 większa niż w roku 2012 (1.300.000). Wśród zgonów w roku 2013 było 360.000 osób HIV+. Zwiększenie liczby zachorowań i zgonów wiąże się prawdopodobnie z lepszą rejestracją przypadków. Gruźlica jest nadal w świecie drugą z kolei przyczyną zgonów wywołanych czynnikiem zakaźnym. Należy jednak dodać, że obecnie w porównaniu z rokiem 1990 śmiertelność związana z gruźlicą zmniejszyła się o 45%.

Trąd w USA

W roku 1991 WHO postanowiło zmniejszyć globalne występowanie trądu do poniżej 10 przypadków na 100.000 populacji. Oczekiwano, że jest to liczba graniczna poniżej której trąd będzie zanikał. Aktualne informacje o trądzie są na http://www.cdc.gov/leprosy. Interesujące są aktualne dane o trądzie w USA. W latach 1994-2011 zarejestrowano 2.323 przypadki z zapadalnością roczną 0.45 przypadków na 1.000.000. Jest to spadek o 17% między roczną zapadalnością w latach 1994-1996, a 2009-2011. Odsetek zakażonych był mniejszy u osób urodzonych w USA (0.13) w porównaniu do osób urodzonych poza USA (2.81). ale i u nich notuje się znaczny spadek zapadalności między latami 1994-1996 (3.66) i 2009-2011 (2.29). Najwięcej przypadków trądu pochodziło z Oceanii (Mikronezja, wyspy Marshalla) i z wysp Hawajskich. U 26% pacjentów opóźnienie między wystąpieniem objawów, a rozpoznaniem wynosiło powyżej 3 lat. Przemawia to za niedostateczną znajomością objawów trądu wśród lekarzy amerykańskich.

Źródło: Internet

Postęp w likwidacji polio

W 2012 roku WHO ogłosiła możliwość całkowitej likwidacji polio w świecie. Tylko w trzech krajach (Afganistan, Pakistan i Nigeria) utrzymywało się krążenie dzikiego szczepu wirusa polio. W roku 2013 w Afganistanie zarejestrowano 14 nowych przypadków polio (37 w roku 2012). W Pakistanie w roku 2013 zarejestrowano 93 przypadki (58 w roku 2012); wzrost związany jest z czasowym wstrzymaniem szczepienia dzieci w pewnych rejonach Pakistanu. Średni odsetek szczepionych noworodków wynosił w Afganistanie 71%, a w Pakistanie – 72%. W roku 2013 ostrych przypadków porażenia u dzieci poniżej 15-tego roku życia zanotowano w Afganistanie 10.0/100.000, a w Pakistanie 5.9. Sytuacja polityczna w Afganistanie i Pakistanie znacznie utrudnia akcje zwalczania polio w tych krajach.

Zakażenia wirusem MERS-CoV na Bliskim Wschodzie

Do maja 2014 roku WHO zarejestrowało 635 przypadków zarażenia korona wirusem układu oddechowego MERS-CoV. Większość przypadków notowana jest u mieszkańców Arabii Saudyjskiej i Zjednoczonych Emiratów Arabskich. Zakażenia osób odwiedzających te kraje nie są częste, ale zdarzają się. Przemawia to za tym, że transmisja wirusa zależy od kontaktu z miejscowymi zwierzętami, spożywaniem miejscowych produktów zwierzęcych oraz bliskich kontaktów między osobami zarażonymi (częste są zakażenia wśród członków rodzin lub wewnątrzszpitalne). Prowadzone badania dróg transmisji wirusa nie wykazują skłonności wirusa MERS-CoV do występowania w postaci większych epidemii. Nie mniej masowe pielgrzymki do islamskich miejsc świętych, takie jak Umra lub Hajj, skłaniają do zalecania takich czynności prewencyjnych jak częste mycie rąk (patrz strona 12), unikanie bliskiego kontaktu z osobami kichającymi i/lub kaszlącymi, przestrzeganie higieny produktów spożywczych (unikanie surowego lub pół-surowego mięsa, niemytych owoców i jarzyn). Szczególną ostrożność zaleca się osobom starszym, cukrzykom, osobom z przewlekłymi chorobami układu oddechowego lub z immunosupresją. Osobom z objawami zakażenia układu oddechowego i gorączką nie zaleca się brania udziału w pielgrzymkach. Jak na razie nie zaleca się formalnych ograniczeń w ruchu turystycznym i pielgrzymkowym. Bieżące wiadomości o MERS-CoV i zalecenia prewencyjne są podawane na http//www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/en/.

Opracował:
Prof. Zbigniew Pawłowski

SPIS AUTORÓW

Medicus Mundi Polonia od numeru 1 do 50

ks. dr Ambroży Andrzejak [2]5, [6/7]24, [12/13]3, [30/31]2, [34/35]4, [47]14

lek. med. Tomasz Banasiewicz [6/7]3
stud. med. Zofia Bartkowiak [38/39]7
dr h. c. Wanda Błeńska [6/7]5

stud med. Bartosz Chlebanowski [38/39]4
stud. med. Anna Chylińska [38/39]7
lek. med. Dagna Chwarścianek [43]2, [46]13, [47]10, [48]5
lek. med. Aneta Ciołek [48]8, [49/50]20 i 19
mgr Marie Cofta [17/18]24
mgr Mateusz Cofta [14]2, [15]3, [16]2 i 3, [17/18]2, [19/20]3 i 14, [21]2, [22/23]2, [24/25]2, [26/27]5, [28/29]4, [34/35]5
dr med. Szczepan Cofta [3]7, [4]7, [14]19
lek. med. Aleksandra Czech [15]5 i 20
s. Kinga Czerwonka [12/13]7
lek. med. Jan Czosnowski [14]8

stud med. Bartosz Dubrowski [26/27]8

o. Ludwik Fąs SVD [14]4

stud. med. Miłosława Głowacka [26/27]4
lek. stom. Krzysztof Gniazdowski [44/45]10
s. lek. med. Mirosława Góra [1]2

mgr Justyna Janiec-Palczewska [34/35]5, [38/39]2 i 3, [44/45]15, [49/50]10 i 11
ks. lek. med. Jan Jaworski [5]3

dr med. Elżbieta Kacprzak [12/13]8
mgr Ewa Kaczmarek [26/27]12, 14, 16, [28/29]4, 9, 10, 13, 25, [30/31]5, 8, [32/33]15, 17, [34/35]10, 11, 13, 14, 15,[36/37]4, 9, 17 i 18 [38/39]13, 16, [40/41]6, 13, 19, [44/45] 5, [48]12, [49/50]6, 12 i 13
dr med. Michał Karlik [42]7
o. Stanisław Kazek [8/9]5
stud. med. Maciej Klimasiński [38/39]15, [40/41]16
dr med. Dorota Klimaszyk [30/31]10
mgr Matylda Kłudkowska [38/39]20 i 22
dr med. Małgorzata Kołaczkowska [14]14 i 17
prof. Jerzy Konieczny [28/29]17
s. Ludwika Korona [8/9]4
stud. med. Sandra Koronowska [43]16
mgr Joanna Kosicka [42]26
dr med. Jakub Kowalczyk [15]3, [44/45]12
stud. med. Ewa Koźmińska [6/7]19, [8/9]9, [10]13
prof. Anna Koźmińska-Kubarska [5]5
stud. med. Adam Kramarski [32/33]13
mgr Anna Kurkowiak [30/31]2, [32/33]2
bro. lek. med. Jerzy Kuźma SVD [12/13]4

Sigmund Laschenski SJ [16]4
stud. med. Maciej Leciejewski [17/18]4
Antie Leyian [38/39]12
mgr Agnieszka Lipińska [34/35]2, [36/37]2
dr hab. Wiesław Lizak [47]13

prof. Katarzyna Łącka [42]17, [43]18
lek. med. Agnieszka Łuczak [17/18]4, [30/31]6, [44/45]8
prof. dr hab. med. dr h. c. Jacek Łuczak [43]11

dr hab. Anita Magowska [6/7]16, [8/9]3 i 6, [10]11, [12/13]7, [15]16, [16]5, [17/18]19, [22/23]4, [26/27]18, [28/29]3, 5, 6, [32/33]8, 12
dr med. Lucyna Majka [3]7
stud. med. Gabriela Majkut [17/18]3
stud. med. Magdalena Maliszewska [26/27]4
piel. Zofia Miś [36/37]15
lek. med. Karolina Mrówka [21]7, 9, 10, 11, 14, 18, [22/23]7, 9 i 11
dr med. Joanna Mydlarska [30/31]15
Gabriela Mularz [47]3

lek. med. Szymon Nowak [40/41]4, 5, 10, 11, 12, 14, 17, [42]3, 4, 15, 20, 21, 22, 23, [43]6, 9, 15, 16, 17, 19, [44/45]1, 3, 5, 7, 19, [46]3, 16, [47]4, 10, 12, [48]5, 6, 7, 11, 14, 16, [49/50]18 i 19
mgr Krystyna Nyga [42]26

stud. med. Marcin Ochal [6/7]17
piel. Celina Ossowska [17/18]9
mgr Wojciech Owczarzak [6/7]24
stud. med. Aleksandra Ozimek [32/33]19

ks. dr Janusz Paciorek [36/37]4
dr hab. Małgorzata Paul [24/25]10
prof. Zbigniew Pawłowski [1]6, [2]7, [8/9]8 i 14, [10]3 i 8, [11]9 i 16, [12/13]4,10,19 i 24, [14]3 i 24, [15]11, [16]3, 6, 9 i 16, [17/18]7, 8, 10, 11, 13, [19/20]3, 6, 15 i 20, [21]4, [22/23]5, 6 i 16, [24/25]5, 9, 11, 13, 15 i 20, [26/27]10 i 20, [28/29]24 i 28, [30/31]2, 4, 5, 10 i 20, [32/33]3, 6, 18 i 20, [34/35]6 i 16, [36/37]3, 5, 17, 18 [38/39]14 i 24, [40/41]2, 3, 9, 20, [42]3, 5, 11, 25, 28, [43]20, [44/45]16, [47]5, 13, [48]3, 4, 15, [49/50]3, 4, 7, 8, 9, 14
prof. Krystyna Pecold [26/27]19
stud. med. Monika Pędowska [24/25]8
Fr. Joseph Philip, SVD [43]10
stud. med. Sylwia Płoszajczak [38/39]7
stud. med. Justyna Polowy [26/27]6, 7, [28/29]4, [32/33]7
stud. med. Karolina Puklińska 16[12]

stud. med. Piotr Radojewski [28/29]8
lek. med. Norbert Rehlis [6/7]10, [11]2
dr med. Hubert Rokossowski [28/29]27

mgr Erwina Sierant [1]12, [3]12
mgr Anna Sill [17/18]15
lek. med. Zuzanna Sobiak [44/45]8
dr hab. Anna M. Solarz [47]13
lek. med. Anna Sosinko [17/18]6
stud. med. Magdalena Soszyńska [38/39]7
prof. Jerzy Stefaniak [11]3, [14]2, [30/31]3, [40/41]3, [42]5
stud. med. Agnieszka Struk [40/41]19
stud. med. Mateusz Szaciłowski [19/20]17
stud. med. Dawid Szpecht [10]6, [12/13]15

lek. stom. Anna Tarajkowska [40/41]2, [42]2 i 3, [43]2, [44/45]2 i 20, [46]2, [47]2, [48]2, [49/50]2 i 4
s. Franciszka Taul [3]3

lek. med. Marcin Warot [19/20]11
lek. med. Aleksander Waśniowski [6/7]23, [8/9]7 i 11, [11]6, [14]12, [15]15 i 17, [17/18]18, [19/20]8
lek. med. Magdalena Waśniowska [14]6, [16]9, [17/18]16
o. Remigiusz Wawro OFM [11]5
dr med. Edgar Widmer [1]3, [2]12, [3]3 i 5, [4]12, [10]16, [12/13]4, [19/20]4 i 5, [21]4, [22/23]4, [30/31]4, [40/41]20, [46]5, [49/50]5 i 7
stud. med. Emilia Wietrzyńska [38/39]4
stud. med. Jowita Winiaszewska [38/39]3 i 7
lek. med. Alicja Woźniak [4]3, [12/13]12

s. Maria Zapalska [12/13]5
stud. med. Kinga Zastawna [43]13
lek. med. Piotr Zawieja [24/25]4, [26/27]3, [28/29]2
lek. med. Ziad El Ali [11]12

prof. Ryszard Żaba [28/29]11
o. Marian Żelazek SVD [2]3

SPIS TEMATÓW

Medicus Mundi Polonia od numeru 1 do 50

Informacje:

Z Centrum Formacji Misyjnej [8/9]2, [11]4, [36/37]4
Z Fundacji [2]2, [3]2, [8/9]2, [11]2, [12/13]2, [14]2, [15]3, [16]2, [17/18]2, [19/20]2, [21]2, [22/23]2, [24/25]2, [26/27]3, [28/29]2 i 4, [30/31]2, [32/33]2, [34/35]2, [36/37]2 i 16, [38/39]2, [40/41]2, [42]2 i 3, [43]2, [44/45]2 i 20, [46]2, [47]2, [48]2, [49/40]2
Z MMI [1]3, [2]3, [3]3, [10]2, [12/13]4, [14]3 i 24, [15]3, [16]3, [19/20]3, 4 i 5, [21]4, [22/23]4, [24/25]5, [26/27]6, [28/29]3, [32/33]12, [40/41]5 i 16, [42]4, 43[2], [44/45]3 i 5, [46]3, 48[4], [49/50]5
Z Kliniki [11]3, [14]2, [17/18]6,
Z ośrodków misyjnych [1]2, [2]2, [3]3, [4]3, [5]3, [8/9]4, [10]3, [12/13]4, [15]3, [17/18]3 i 4, [26/27]5 i 19, [28/29]6, [30/31]6
Z Papieskiej Rady ds. Zdrowia [17/18]7, 8 i 9, [30/31]4
Z WHO [1]4, [2]3, [4]2, [5]2, [6/7]2 i 23, [8/9]2 i 3, [10]2,[11]4, [14]3, [16]3, [17/18]10 i 11, [19/20]6, [24/25]5 i 7, [30/31]5, [32/33]3 i 8, [36/37]4, [42]3
Z zakonów misyjnych [10]4, [11]5, [12/13]5, [14]4, [16]4

Akcje i programy Fundacji:

CUAMM [3]12, [26/27]18, [28/29]5
Dentysta w Afryce [44/45]10
Europejski Rok Wolontariatu [38/39]4 i 10
„Health workers for all and all for health workers" (HW4ALL)/ „Służba zdrowia dla wszystkich" [44/45]1, 5, 7, [46]13, [47]10, [48]5, [49/50]18, 19
„Kadry medyczne dla misji" program kursu [28/29]14, [32/33]10, [36/37]20, [43]4 i 6, [47]4, [49/50]4
Kursy, książki, szkolenia [1]5, [2]5, [3]6, [4]10, [5]10, [6/7]21, [8/9]18, [11]14, [12/13]21, [14]22, [15]19, [16]11, [17/18]15 i 20, [19/20]16, [28/29]26 i 27, [30/31]14 i 18, [32/33]5, [36/37]19, [38/39]23, [40/41]18 i 19, [42]12, 24 i 26, [47]13, 16, [49/50]13
Misja medyczna w Maggotty na Jamajce [44/45]8
Operacja Bangassu [6/7]3
Pomoc dla Afganistanu [38/39]11
Praktyki w tropiku [6/7]17, [15]3, [19/20]17, [24/25]4, [26/27]4, [36/37]15, [38/39]7, [43]13, [49/50]9, 11
Stop Malaria Now! [26/27]7 i 8, [28/29]8 i 9, [30/31]8, [32/33]7, [38/39]12 i 13

Varia:

10 lat Fundacji Redemptoris Missio [5]12, [6/7]24
20 lat Fundacji Redemptoris Missio [40/41]3
50-lecie Katedry i Kliniki [42]5, 7 i 9
Beat Richner [40/41]14
Godne uwagi rozprawy naukowe [42]25
Internet cafe [15]17, [21]18, [22/23]13, [24/25]17, [26/27]17
Ksiądz doktór misjologii Ambroży Andrzejak [48]2
List z Puri [43]10
Medal „Tym, którzy czynią dobro" [44/45]15
o. Bronisław Poćwiardowski SVD [30/31]2
o. Marian Żelazek [19/20]3
Pytania [16]13
Rocznice [19/20]19

Spotkanie u OO. Oblatów [38/39]9
Urodziny dr Wandy Błeńskiej [34/35]5, [36/37]3, [38/39]3, [43]16, [47]3
Wizyta w Indiach 43[11]
Wyróżnienie dla prof. Zbigniewa Pawłowskiego [30/31]3
Ze Świętego miasta Puri [40/41]17
Varia [21]17, [22/23]12, [24/25]19, [44/45]19

Ochrona zdrowia w tropiku:

Community Health Workers [47]13
Exodus personelu medycznego z Afryki [12/13]7, [40/41]12
Fałszywe leki [48]12
Globalizacja [3]4
Jubileusz 50-lecia Medicus Mundi International – sesja historyczna: Podstawowa Opieka Zdrowotna głównym wyzwaniem [46]5
Konferencja w Antwerpii – Health Care for All [3]5
Konferencja w Busan [40/41]11
Konferencja Episkopatu Tanzanii [22/23]5
Leki podstawowe – essential drugs [24/25]15
Medycyna tradycjonalna w Afryce [6/7]16
Międzynarodowy Dzień Dziewcząt [49/50]10, 11
Millenium Development Goals [16]16, [17/18]11, [36/37]5, [38/39]14
Mycie rąk [49/50]12, 13
Nadzór nad chorobami związanymi z podróżowaniem – system GeoSentinel, 1997-2011 [47]4
Postęp w zakresie medycyny tropikalnej [17/18]19
Powszechne Zabezpieczenie Opieki Zdrowotnej [46]16, [47]5
Rola kobiet i zagrożenia dla ciężarnych [10]13, [28/29]10
Szczyt w Rio de Janeiro 2012 [42]23
UNICEF [49/50]6

Choroby zakaźne i pasożytnicze:

Biegunki [10]8
Cholera [11]6, [19/20]15, [34/35]11
Choroba Marburska [42]22
Drakunkuloza [34/35]10
Ebola [48]11, [49/50]7, 8 i 9
Filariozy limfatyczne [11]9, [16]12
Frambezja [28/29]13
Gorączka denga [8/9]11, [32/33]19
Gorączka krwotoczna Chikungunya [22/23]7
Gruźlica [3]7, [4]7, [14]14,17 i 19, [21]9 i 10, [38/39]22, [40/41]17, [42]15, [43]15, [48]15, 16, [49/50]14
HIV/AIDS [1]6, [2]6, [5]4, [8/9]3, [12/13]19, [14]6, 8 i 12, [15]15, [16]6 i 9, [17/18]16 i 18, [34/35]14, [36/37]18, [42]15, 20 i 21, [44/45]12, [48]14
Malaria [2]7, [4]5, [8/9]5, [11]12, [21]11, [22/23]9 i 11, [24/25]9, 10, 11 i 13, [26/27]10, 12, [28/29]9, [30/31]9 i 10, [36/37]17 i 18, [38/39]20, [40/41]19, [43]19, [44/45]14
MERS [49/50]14
Neglected tropical diseases [34/35]6, [36/37]9, [38/39]16, [40/41]10, [42]11
Odra [28/29]25, [34/35]14, [43]9
Ospa prawdziwa [8/9]10, [32/33]6
Ostra zakaźna niewydolność oddechowa (SARS) [43]17
Poliomyelitis [10]5, [40/41]15,[49/50]14
Świerzb [8/9]8
Toksokaroza [43]16
Trąd [6/7]5, [10]4, [12/13]2, [15]16, [21]7, [40/41]6 i 9, [49/50]14
Wirus Zachodniego Nilu [34/35]13
Wirus JEV [42]21
Wirusowe gorączki krwotoczne [48]8
Wrzód Buruli [6/7]8
Zatrucia [30/31]10
Żółta gorączka [4]11, [8/9]9

Inne choroby i problemy zdrowotne:

Anemia [12/13]15
Choroby psychiczne w tropiku [15]5
Choroby niezakaźne [40/41]13, 42[17]
Choroby skóry w tropiku [5]5
Cukrzyca [43]18
Dziecko w tropiku [6/7]10
Epilepsja [15]11
Hemoglobinopatie [10]6
Katastrofy [8/9]14, [28/29]17, [30/31]15, [32/33]13
Obrzezanie dziewczynek [32/33]15 i 17
Odpowiedzialny podróżny [26/27]14
Oparzenia [16]9
Szczepienia [12/13]8 i 10, [34/35]15
Telemedycyna w dermatologii [28/29]11
Urazy i wypadki [19/20]8,11 i 14, [26/27]16, [28/29]24
Zakażenia wewnątrzszpitalne [8/9]7, [17/18]13
Zakrzep żylny w podróży [12/13]2
Zanieczyszczone igły [10]3

Inne tematy:

7 miliardów ludzi na świecie [38/39]15
Akademickie Koła Misyjne [34/35]4
Annales Missiologici Posnaniensis [47]14
Antropologia kulturowa w Afryce [16]5
Bioetyka [10]11, [12/13]12
Dolentium Hominum [32/33]18, [43]20, [44/45]16, [47]11, [48]4
Ekumeniczny zdrowy styl życia [2]4
Epidemie na świecie [6/7]23
Konflikty militarne [22/23]6
Maryja w kulturze afrykańskiej [2]5
Okrucieństwa wobec dzieci w Ugandzie [8/9]6
Rewolucja edukacyjna w Afryce dzięki telefonom komórkowym? [47]12
Teledicom [40/41]13
Spis autorów i tematów Medicus Mundi Polonia [15], [21], [43] 7
Światowy kryzys kadr medycznych a sytuacja w Polsce [46]13

Posługa lecznicza Kościoła

[1]12, [2]12, [3]12, [4]12, [5]11, [8/9]20, [10]16, [11]16, [12/13]24, [14]24, [15]20, [17/18]24, [19/20]20, [22/23]16, [24/25]20, [26/27]20, [28/29]28, [30/31]20, [32/33]20, [34/35]16, [38/39]24, [40/41]20, [42]28

Projekt „Health Workes for all and all for health workers" – co nowego?

Mija właśnie drugi rok realizacji przez Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" z Poznania projektu „Health workers for all and all for health workers". Warto przypomnieć, że dotyczy on kwestii niedoborów kadr medycznych oraz poszukiwania dobrych rozwiązań dla ograniczenia tych braków. Projekt ma zasięg ogólnoeuropejski, a Fundacja współdziała z 8 innymi organizacjami pozarządowymi, m.in. z Holandii, Włoch czy Wielkiej Brytanii. Obecność Fundacji w Projekcie nie byłaby możliwa, gdyby nie wieloletnie członkostwo w „Medicus Mundi International".

Ostatnie sześć miesięcy to przede wszystkim praca na rzecz bezpośrednich kontaktów z instytucjami mającymi potencjalny wpływ na kształtowanie polskiej polityki kadrowej w opiece zdrowotnej. Dzięki aktywnemu zaangażowaniu Pani dr Anny Tarajkowskiej – Prezes Fundacji – udało się nawiązać kontakt z Panią dr Bożeną Janicką – Prezesem Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, organizacji, która prężenie działa na rzecz organizacji podstawowej opieki zdrowotnej w kraju. Prezes Janicka wykazując duże zrozumienie dla przedmiotu prowadzonego Projektu towarzyszyła spotkaniu z Panią Minister Krystyną Kozłowską – Rzecznikiem Praw Pacjenta. Spotkanie miało miejsce 23 lipca w Warszawie. Razem z Dagną Chwarścianek przedstawiliśmy problem niedoboru kadr medycznych i fatalnych perspektyw związanych z pogłębiającymi się brakami przy jednoczesnej zmianie struktury demograficznej polskiego społeczeństwa. Zaznaczaliśmy, że bez podjęcia odpowiednich kroków służących zwiększaniu liczby pracujących lekarzy i pielęgniarek w najbliższych latach ograniczenie dostępu do ochrony zdrowia zdecydowanie się pogłębi; mowa była również o utworzeniu długoletniej multidyscyplinarnej polityki kadrowej w ochronie zdrowia – przy uwzględnieniu profilu wiekowego pracujących kadr, liczby pracowników opuszczających system i osób aktualnie go zasilających. Bez zaangażowania władz na najwyższym szczeblu i braku współpracy ze strony samorządów zawodowych utworzenie takiej polityki wydaje się bardzo trudne, żeby nie powiedzieć niemożliwe. I należy pamiętać, że w tym wszystkim nie chodzi o interes zawodowy personelu medycznego, tylko o dobro polskich pacjentów – stąd odpowiedź na pytanie dlaczego wizyta miała miejsce w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

Innym ważnym wydarzeniem drugiego półrocza była organizacja warsztatu dotyczącego ograniczenia niedoboru kadr medycznych w Polsce. Spotkanie kierowane było dla przedstawicieli instytucji, które mogą przyczynić się do odpowiedniego kształtowania polityki kadrowej w ochronie zdrowia. Warsztat, dzięki uprzejmości Wielkopolskiej Izby Lekarskiej odbył się w siedzibie Izby przy ulicy Nowowiejskiego w Poznaniu w dniu 3 października 2014 roku. Wśród zaproszonych gości znaleźli się między innymi: Aleksander Sopliński – podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Jolanta Orłowska-Heitzman – dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia, Maciej Hamankiewicz – prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, prof. Jacek Wysocki – rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Kilion Munyama – poseł na Sejm RP, Jakub Bydłoń – dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia, Mateusz Klemenski – wicemarszałek Województwa Wielkopolskiego, Jacek Łukomski – Zespół Trójstronny ds. Ochrony Zdrowia, Paulina Miśkiewicz – dyrektor Biura WHO w Polsce, Beata Cholewka – dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia. Na zaproszenie odpowiedzieli: m.in. prof. Zbigniew Pawłowski, prof. Jerzy Stefaniak, dr Krzysztof Kordel – prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Maria Krupecka – dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, Elżbieta Dybowska – zastępca dyrektora Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania. Zarówno Pan Aleksander Sopliński, jak i Pan Maciej Hamankiewicz wystosowali listy, w których podzielają troskę o konieczność ograniczenia niedoboru polskich lekarzy i pielęgniarek, ale ze względu na liczne obowiązki nie mogli uczestniczyć w warsztacie.

W czasie warsztatu swoją prelekcję wygłosiła wspomniana wcześniej Bożena Janicka, która mówiła o aspekcie funkcjonowania polskiej podstawowej opieki zdrowotnej przez pryzmat zmian systemowych, jakie zaszły w Polsce po transformacji ustrojowej. Wielokrotnie podkreślała, że kadry medyczne są osią funkcjonowania POZu oraz zapewniała, że Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia zawsze zabiegać będzie o utworzenie ponadresortowej długofalowej polityki kadrowej. Kolejnym prelegentem był Mateusz Cofta, z Pracowni Zdrowia Międzynarodowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, który mówił o globalnym aspekcie niedoborów kadr medycznych i o trudnościach, z jakimi zmagają się kraje rozwijające się, wszystko przez pryzmat swojej obecności w organizacji ośrodka zdrowia w Kiabakarii, w Tanzanii. Ostatnią prezentacją było wystąpienie moje oraz Dagny

Misja Siloe

(dokończenie ze str. 20)

Choroby, z jakimi się spotykałam, najczęściej wynikały z zaniedbań higienicznych i niskiej świadomości wśród ludzi. Przewlekłe i ostre biegunki, infekcje dróg oddechowych, infekcje skóry, niegojące się rany, należały do najczęstszych problemów, z jakimi zgłaszali się do mnie pacjenci. Poza tym ogrom przypadków AIDS i często współistniejącej gruźlicy, bywało, że leczonej, ale nieodpowiednio lub wielolekoopornej, która trudno poddaje się terapii. Oprócz leczenia doraźnych schorzeń, każdemu pacjentowi badałam ciśnienie i poziom glukozy. Można by pomyśleć, że cukrzyca i nadciśnienie są chorobami wyłącznie krajów rozwiniętych. Nie jest to prawdą, dolegliwości te często dotykają także mieszkańców Afryki. Tam jednak niestety rzadko się zdarza, by ktokolwiek był diagnozowany i leczony w tym kierunku. Jako choroby, które nie dają wyraźnych powikłań są zaniedbywane przez ludzi. Z zapasem leków wdrażałam leczenie u każdego potrzebującego, po kilku wizytach, gdy ciśnienie i cukier osiągnęły wartości prawidłowe lub akceptowalne pacjenci z zapisaną propozycją leczenia byli wysyłani przeze mnie do przychodni, gdzie w większości przypadków możliwa była kontynuacja terapii. Ważnym elementem każdej wizyty była edukacja w postępowaniu z niektórymi chorobami jak cukrzyca, bóle kręgosłupa i nadciśnienie.

Szkolenia były prowadzone przede wszystkim wśród uczniów misji. Dzieci uczyły się o higienie, o tym jaka woda nadaje się do picia i jak przygotować tę, która do bezpośredniego spożycia się nie nadaje. Wspólnie z uczniami przygotowaliśmy akcje na temat zdrowia, podczas której dzieci przygotowały plakaty informujące o myciu rąk, zębów, oraz o najczęstszych chorobach ich dotykających. Z młodzieżą uczyliśmy się udzielania pierwszej pomocy oraz spotykaliśmy w niewielkich grupkach, by porozmawiać o HIV i chorobach przenoszonych drogą płciową, które stanowią kolejny wielki problem w tamtym regionie.

Jednym z priorytetów dla mnie było przeprowadzenie spotkań z rodzicami o chorobach wieku dziecięcego. Dzięki temu mogłam przekazać jak najwięcej podstawowej wiedzy na temat rozpoznawania i podstaw leczenia najczęstszych chorób u dzieci, ale też sama dowiedziałam się o problemach z jakimi spotykają się mieszkańcy wioski. Była to też konfrontacja medycyny współczesnej z medycyną tradycyjną, szamańską.

Afryka potrafiła każdego dnia zaskakiwać mnie czymś innym, najczęściej różnicami kulturowymi. Inicjacje młodych chłopców, które po zeszłorocznych pacjentach i ich historiach, nie powinny być mi obce, a jednak tak samo budziły we mnie silne emocje. Co roku zimą w całym kraju we współpracy m.in. z szamanami organizowane są kilkutygodniowe obozy w górach, w buszu dla chłopców, inaczej zwane inicjacjami. Trudne warunki i różne czynności, których dokonuje się podczas inicjacji mają z młodego chłopca uczynić mężczyznę. A dowodem tego jest dokonywane także w buszu obrzezanie. Zwykle jednym, tym samym narzędziem, zostawiające po sobie bolesną ranę i zwykle ulegającą dużej infekcji podczas dalszego pobytu w buszu celem ukończenia inicjacji. Obrzezanie odbywa się na początku trwania obozu. Co roku wielu uczestników inicjacji umiera z powodu trudnych warunków, chorób, powikłań po wykonywanym w ten sposób obrzezaniu. Nie mniej jednak inicjacje są na tyle silnie związane z tradycją i tutejszą kulturą, że większość rodziców decyduje się posłać swoich synów w busz, aby wrócili już jako mężczyźni. Nie jest to jednak rodzaj obozu przetrwania pełnego ciekawych przygód. Wielokrotnie przyjmowałam w gabinecie młodych chłopców, którzy wrócili z gór, jako mężczyźni. Najczęstszy problem, z jakim się zgłaszali, to niegojąca się rana po obrzezaniu, zazwyczaj z towarzyszącą ogólną infekcją. Dowody świeżo przebytej inicjacji znajdowałam także na plecach, na których widać było wiele ran w kształcie pręgów. Chłopcy byli bici, to miało wzmocnić ich, jako mężczyzn.

Afryka, jeśli się w nią zagłębić, jest trudnym kontynentem dla Europejczyka, ale poznawać ją warto, choćby dlatego, że każdy z nas z Czarnego Lądu pochodzi.

Uczyłam się Afryki, cierpliwości i pokory. Ludzie pokazali mi, co znaczy radość i szczerość, ale taka prawdziwa, płynąca prosto z serca człowieka. Przyjęcie blisko 3 tys. pacjentów, przeprowadzenie zajęć edukacyjnych, fluoryzacja i nauka mycia zębów, badania przesiewowe i inne stanowiły to, co ja mogłam dać od siebie dla tamtejszych ludzi przez ten ponad dwumiesięczny pobyt. To wszystko jednak nie byłoby możliwe, gdyby nie wsparcie płynące z Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" oraz wielu darczyńców i ludzi, którzy włożyli ogrom pracy, by misja w Siloe doszła do skutku. Dziękuję!

Aneta Ciołek

Chwarścianek, w którym mówiliśmy przede wszystkim o założeniach Projektu i podstawowych zapisach Globalnego Kodeksu Postępowania ws. Międzynarodowej Rekrutacji Personelu Medycznego, który stał się przyczynkiem do podjęcia działań na rzecz ograniczania globalnych i lokalnych niedoborów lekarzy, pielęgniarek, położnych i innych przedstawicieli białego personelu.

Zaznaczyć trzeba, że spotkanie należało do udanych, choć nie zrealizowano wszystkich zamierzonych celów. Mowa tu przede wszystkim o braku obecności przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, organizacji polskiego systemu ochrony zdrowia.

Przed Fundacją kolejny rok pracy na rzecz Projektu, w tym zadanie organizacji spotkania koordynacyjnego, w którym uczestniczyć będą wszyscy partnerzy. Wiadomo już, że spotkanie odbędzie się w dniach 11-12 lutego 2015 r. roku w Poznaniu.

lek. med. Szymon Nowak

Aneta Ciołek

Misja Siloe

***The pain's gone, because Aneta has come.* Tak mnie przywitały kolorowo ubrane kobiety na Misji, biorąc mnie jednocześnie w objęcia. Kiedy przyjechałam, dzieci jeszcze nie wróciły z ferii, na Misji spokojnie, tak inaczej. W powietrzu było słychać tylko Afrykę, dźwięki przyrody i od czasu do czasu niezrozumiałe dla mnie rozmowy w sePedi poprzeplatane ze znanymi mi już radosnymi pozdrowieniami w tymże języku. Wieczorem dźwięk Afryki stawał się jeszcze głośniejszy, w powietrzu zaś czułam charakterystyczny tutaj dla pory zimowej zapach palonej trawy, a z wioski dobiegały skoczne rytmy afrykańskiej muzyki. Znów jestem na Czarnym Lądzie, pomyślałam, czas więc przestawić się na życie płynące inaczej, po afrykańsku.**

Misja położona jest na skraju wioski Thogwanengh, a za nią już tylko busz. Gęsty step wyglądający jak przestrzeń wypełniona nicością, a jednak skrywający w sobie największe sekrety tego kontynentu. Przeogromny teren misji, otoczony wysokimi murami, zwieńczonymi kolczastym drutem stanowi małe miasteczko, zgoła różniące się od otaczającej wioski, której mieszkańcom nędza, głód i choroby na co dzień zaglądają w oczy. Siostry Franciszkanki Służebnice Krzyża prowadzą na misji szkołę i internat Siloe dla dzieci niewidomych i niedowidzących, szkołę podstawową i liceum św. Franciszka dla dzieci i młodzieży okolicznych wiosek oraz warsztaty, w których dorośli niewidomi zajmują się wyplataniem koszyków.

Nim zaczęłam przyjmować pacjentów, przygotowałam do pracy otwarty tutaj rok temu gabinet i wypakowałam cały asortyment medyczny i leki, które ze sobą zabrałam. Pozawijane w ubrania, poupychane do butów, aby tylko zmieściło się i nie zniszczyło. Na szczęście wszystko dotarło całe, reszta przyszła później w czterech prawie 20-kilogramowych paczkach. Owinięte folią, obszyte płótnem kartony, choć w stanie „po przejściach", to trzeba przyznać, że owe zabezpieczenia spełniły swoją funkcje i nic w tej dalekiej drodze nie zniszczyło się.

Pierwsi pacjenci i pierwsze wyzwania dla świeżo upieczonej lekarki. Na studiach uczyli o stanach, których jako lekarze prawdopodobnie nie zobaczymy, gdyż taki pacjent stanu tego nie rozwinie, jako że wcześniej trafi co najmniej do Podstawowej Opieki Zdrowotnej, a tu jednak widzę i przecieram oczy. Dla wiejskiej ludności odpowiednikiem naszego POZ-u jest szaman. Ten natnie skórę, by wypędzić złego ducha, poda mieszankę ziołową prowokującą wymioty, która także ma za zadanie wypędzić „tego złego", który powoduje chorobę. „Tradycyjni uzdrowiciele" prowadzą także profilaktykę, nacinając karki niemowlaków, co ma chronić przed zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych. Na obszar kilku wiosek przypada jedno dyspensarium, w którym przyjmują pielęgniarki. Przychodnie wyposażone są jednak w niewielką ilość leków i sprzętu, a pacjentom pomimo czekania w ogromnych kolejkach często nikt nie jest w stanie zaoferować pomocy.

W RPA, choć w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców liczba lekarzy jest stosunkowo przyzwoita, to jednak przytłaczająca większość z nich pracuje w prywatnym sektorze służby zdrowia. Na takie wizyty moi pacjenci oraz reszta ludności wiejskiej – i nie tylko wiejskiej – nie może sobie pozwolić. Często brak im pieniędzy, by dotrzeć do publicznego szpitala w oddalonym o 40 km mieście. O wizycie w prywatnej placówce nie ma już mowy. W publicznych szpitalach zaś liczba personelu medycznego jest tak mała, że choć wizyta jest bezpłatna, to również niezwykle trudna do zrealizowania.

Postanowiłam, że w tym roku moja praca nie będzie ograniczać się wyłącznie do przyjmowania pacjentów z misji, ale czas wyjść do ludzi z wioski. Informacja o możliwości wizyty u lekarza bez żadnych opłat rozeszła się tak szybko, że już po kilku dniach pod drzwiami gabinetu ustawiały się kolejki kolorowo ubranych pacjentów. Dla wielu z nich był to pierwszy kontakt z lekarzem. W gabinecie pokazywali na dokuczające im części ciała, oczekując, że niczym szaman podam im specyfik, który zaradzi wszystkim ich problemom.

(dokończenie na str. 19)

Redemptoris Missio
Fundacja Pomocy Humanitarnej