

Mateusz Cofta

Katedra i Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Analiza wybranych aspektów zdrowotnych u pacjentów ośrodka
misyjnego *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* w Kiabakari
(Tanzania)**

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych

Promotor: **prof. dr hab. n. med. Jerzy Stefaniak**

Poznań 2019

Składam serdeczne podziękowania panu
prof. dr. hab. n. med. Jerzemu Stefaniakowi za
poświęcony czas, okazaną życzliwość i cenne rady.

Niniejszą pracę dedykuję dr Wandzie Błęńskiej
i s. Boboli (Stanisławie) Nowakowskiej USJK,
które w różny sposób, lecz z równie wielką ofiarą
z siebie niosły pomoc potrzebującym w Afryce.

Spis treści

Wykaz skrótów	4
1. Wstęp	6
1.1 Charakterystyka Zjednoczonej Republiki Tanzanii	8
1.2 Charakterystyka miejscowości Kiabakari	12
1.3 System opieki zdrowotnej w Tanzanii	15
1.4 Geneza powstania ośrodka zdrowia w Kiabakari	19
2. Cele pracy	24
3. Materiał i metody	25
4. Wyniki	29
4.1 Analiza organizacji pracy ośrodka zdrowia w Kiabakari i jego miejsca w systemie opieki zdrowotnej kraju	29
4.2 Charakterystyka badanej populacji	39
4.3 Występowanie chorób na podstawie dostępnej dokumentacji	45
4.4 Diagnostyka laboratoryjna i inne badania diagnostyczne w ośrodku	59
4.5 Leki stosowane przez personel medyczny <i>Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary</i> w Kiabakari	67
4.6 Malaria jako najczęstszy problem w badanej populacji	71
5. Dyskusja	76
6. Wnioski	90
7. Streszczenie	91
8. Executive summary	93
9. Bibliografia	96
10. Spis tabel	101
11. Spis rycin	102
12. Aneksy	106

Objaśnienia używanych skrótów

ADA	Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne (<i>ang. American Diabetes Association</i>)
ALU	Coartem – artemeter I lumefantryna (<i>Coartem – Arthemeter/Lumefantrin</i>)
BS	rozmaz krwi (<i>ang. blood smear</i>)
CHF	Spółeczne Fundusze Zdrowotne (<i>ang. Community Health Funds</i>)
CO	felczer (<i>ang. Clinical officer</i>)
DMO	Biuro Medyczne Dystryktu (<i>ang. District Medical Office</i>)
HiAP	Zdrowie we wszystkich politykach (<i>ang. Health in All Policies</i>)
ICD	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (<i>ang. International Classification of Diseases</i>)
IDF	Międzynarodowe Federacja Cukrzycowa (<i>ang. International Diabetes Federation</i>)
NCD	choroby niezakaźne (<i>ang. Non-Communicable Diseases</i>)
MCH	Zdrowie Matki i Dziecka (<i>ang. Mother and Child Health</i>)
MDGs	Milenijne Cele Rozwoju (<i>ang. Millenium Development Goals</i>)
MSZ RP	Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeczpospolitej Polskiej
NHIF	Narodowy Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych (<i>ang. National Health Insurance Found</i>)
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
OGTT	doustny test tolerancji glukozy (<i>ang. oral glucose tolerance test</i>)
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych (<i>ang. United Nations</i>)
PTD	Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
Raport	Raport. Biuletyn Informacyjny Sympatyków i Wolontariuszy Fundacji Pomocy Humanitarnej <i>Redemptoris Missio</i>
RMO	Biuro Medyczne Regionu (<i>ang. Regional Medical Office</i>)
RP	Rzeczpospolita Polska
RPR	test w kierunku kiły (<i>ang. Rapid Plasma Reagin</i>)
SDGs	Cele Zrównoważonego Rozwoju (<i>ang. Sustainable Development Goals</i>)

SWM	Salezjański Wolontariat Misyjny
TSh	szyling tanzański (<i>ang. Tanzanian Shilling</i>)
UN	Organizacja Narodów Zjednoczonych (<i>ang. United Nations</i>)
UNDP	Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (<i>ang. United Nations Development Program</i>)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>ang. World Health Organization</i>)
VEO	sołtys, przedstawiciel władz wioski (<i>ang. Village Executive Officer</i>)

1. Wstęp

Środowisko akademickie Poznania już od początków działania Uniwersytetu Poznańskiego angażowało się w pomoc ośrodkom misyjnym na świecie. Dnia 20 stycznia 1927 roku powołano Akademickie Koło Misyjne, w ramach którego działała Sekcja Pomocy Medycznej. Jej założycielem w 1931 roku i opiekunem był pierwszy dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. Adam Wrzosek (MAĆKOWIAK, MUSIELAK, 2000).

W dzieło to włączało się wielu młodych studentów zainteresowanych tematyką misyjną. Wśród nich była także późniejsza Matka Trędowatych, dr Wanda Błęńska. Poznańska akademicka grupa misyjna była *bardzo żarliwa* i aktywna (ANDRZEJAK 2001). Wojna przerwała niestety tę pracę i znacząco zmieniła mapę humanitarnych działań.

Realizacja celów pomocy misjonarzom napotkała na wiele przeciwności w trudnej rzeczywistości powojennej Polski. Pomimo tego istniały inicjatywy wielu niezłomnych, jak na przykład działalność związanego przez większość życia z Poznaniem jezuita ks. Czesława Białka, który od lat 60. organizował pomoc materialną – między innymi wysyłkę lekarstw – dla misjonarzy i prowadzonych przez nich placówek (WOSICKA 2009). Kontynuacją jego pracy było powstałe w Poznaniu w 1990 roku Stowarzyszenie *Dzieło Księdza Czesława Białka* (SOBALA L 2001).

Początek lat 90-tych dał właśnie na powrót możliwość zaangażowania w zorganizowane na szerszą skalę niesienie pomocy potrzebującym w krajach misyjnych i rozpalenie na nowo owej *żarliwości*, z jakiej znano poznańskich studentów. Nowe warunki wolności dla działania organizacji pozarządowych i zaangażowanie akademików – nauczycieli

i studentów, a także pasterzy Archidiecezji Poznańskiej zaowocowały powstaniem w 1992 roku Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*.

Zapoczątkowanie działalności poprzedziły rozbudzające zainteresowanie problemami zdrowia w krajach misyjnych, organizowane przez prof. Zbigniewa Pawłowskiego, kierownika Kliniki Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej w Poznaniu, Tygodnie Medycyny Tropikalnej (w 1989 i 1990 roku) z udziałem członków przedwojennego Ruchu Misyjnego – dr Wandy Błęńskiej i dr. Mariana Miklaszewskiego, a potem pierwsze wyjazdy do Indii (m.in. Puri i Kalkuta, wrzesień-październik 1991 roku) studentów należących do Studenckiego Koła Naukowego. Głównym ich organizatorem był Norbert Rehlis, ówczesny student Wydziału Lekarskiego (ANDRZEJAK, COFTA, PAWŁOWSKI, REHLIS 2001). W ramach tych kontaktów studenci mieli możliwość zetknięcia się z wspianymi misjonarzami: Matką Teresą z Kalkuty i pochodzącym z podpoznańskiego Palędzia o. Marianem Żelazkiem SVD.

Kontynuacja przedwojennych tradycji Akademickiego Koła Misyjnego i jego Sekcji Pomocy Medycznej, do której aspiruje Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*, dała wiele owoców w działalności organizacji. Fundacja odpowiadała i odpowiada nadal na potrzeby misjonarzy i ich podopiecznych organizując pomoc w postaci wysyłki lekarstw i środków opatrunkowych, propagując wiedzę o misjach i przygotowując personel (nie tylko medyczny) do pracy w warunkach tropikalnych.

Ten ostatni aspekt, w którym fundacja miała i ma wsparcie w silnym zapleczu naukowo-dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego (wcześniej Akademii Medycznej) im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jest niezmiernie istotny w kontekście pomocy ludności w krajach rozwijających się, ale i zachowania życia i zdrowia misjonarzy oraz wolontariuszy. Z punktu widzenia Uniwersytetu i dobra kształcenia przyszłej kadry medycznej w tropiku i w ośrodkach w Polsce, istniała potrzeba organizacji ośrodka szkolenia studentów i lekarzy w zakresie chorób tropikalnych.

Pomysł uruchomienia przy Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Kiabakari w Tanzanii tak potrzebnego ośrodka medycznego wydawał się bardzo dobrą okazją, by zorganizować wysokiej jakości opiekę medyczną nad chorymi i jednocześnie umożliwić rozwój akademickiego kształcenia w zakresie medycyny w tropiku.

1.1. Charakterystyka Zjednoczonej Republiki Tanzanii

Tereny dzisiejszej Tanzanii były świadkami życia człowieka już od czasu dolnego paleolitu. Odnalezienie przez małżeństwo Louisa i Mary Leakey w drugiej połowie lat pięćdziesiątych XX wieku szczątków pierwszych hominidów na obszarach Afryki Wschodniej wraz z prymitywnymi narzędziami było niezwykle istotnym odkryciem, które znacząco wpłynęło na rozwój paleoantropologii. Od miejsca, w którym znajduje się stanowisko archeologiczne w Wąwozie Olduvai w północno-zachodniej części kraju bierze swą nazwę najstarsza kultura paleolitu. Pradziejowa kultura olduwajska, która objęła swym zasięgiem, między innymi, obszary dzisiejszej Etiopii, Mozambiku i Zimbabwe, gdzie także znajdowano charakterystyczne dla niej, prymitywne narzędzia kamienne (BAHN 2003: 16).

Współczesną ludność Tanzanii łączy szeroko rozumiana Kultura Suahili, która jednak nie sięga swymi korzeniami aż tak daleko w głąb dziejów.

Zjednoczona Republika Tanzanii powstała 26 kwietnia 1964 roku z połączenia dwóch suwerennych republik: Tanganiki i Zanzibaru, które niedługo przed tym, w początkach lat 60-tych uzyskały niepodległość. Suwerenność Tanganiki datuje się na 9 grudnia 1961 roku, a Zanzibaru (właściwie Zanzibaru i pobliskiej wyspy Pemba) na 10 grudnia 1963 roku (THE UNITED REPUBLIC OF TANZANIA NATIONAL WEBSITE 2011). W końcowej fazie historii kolonialnej tych terenów Tanganika i Zanzibar znajdowały się pod protektoratem Wielkiej Brytanii. Wcześniej jednak swoje kolonialne wpływy mieli tu Niemcy, Portugalczycy, a także Arabowie. Już w XII w. istniał na tych terenach sułtanat. W 1498 roku do wybrzeży dzisiejszej Tanzanii doплыł Vasco da Gama i przyłączył te obszary do kolonii portugalskich. Portugalczycy zostali następnie wyparci w XVII wieku przez sułtana Omanu. W wieku XIX znaczne obszary kraju należały natomiast do sułtanatu Zanzibaru. Był to czas intensywnego rozwoju handlu niewolnikami i kością słoniową (MYDEL, GROCH 1998).

Druga połowa XIX wieku przyniosła rywalizację o tereny Tanganiki i Zanzibar dwóch wielkich mocarstw – Niemiec i Wielkiej Brytanii. Doprowadziło to do podziału, w wyniku którego Cesarstwo Niemieckie w 1890 roku utworzyło Niemiecką Afrykę Wschodnią (Tanganikę), a Wielka Brytania objęła władanie nad Zanzibarem. Podstawą do tego było określenie stref wpływów europejskich mocarstw, które miało miejsce na kongresie

berlińskim na przełomie 1884 i 1885 roku. I Wojna Światowa doprowadziła do zmian w kolonialnych strefach wpływów. Niemcy utracili wszystkie swoje kolonie na rzecz Francji, Wielkiej Brytanii, Belgii i Związku Południowej Afryki. Tanganika stała się terytorium mandatowym Ligi Narodów zarządzanym przez Wielką Brytanię (ENCYKLOPEDIA Powszechna PWN 2009-2010).

Zjednoczona Republika Tanzanii, w porównaniu z innymi państwami afrykańskimi, jest krajem o stosunkowo stabilnej sytuacji wewnętrznej. Nie dotykały go takie dramatyczne doświadczenia, jak – na przykład – sąsiadującą Rwandę w roku 1994. Od czasu uzyskania niepodległości państwo charakteryzuje się stosunkowo dużą stabilnością. Na oficjalnej Narodowej Stronie Internetowej Zjednoczonej Republiki Tanzanii (The National Website of United Republic of Tanzania) znajdujemy zdanie: *Kraj cieszy się polityczną stabilnością, a wszyscy dotychczasowi prezydenci, wice prezydenci i premierzy mieszkają w Tanzanii i przyznaje się im szacunek – The country enjoys political stability and all former Presidents, Vice Presidents, and Prime Ministers live in Tanzania and are accorded respect* (The UNITED REPUBLIC OF TANZANIA NATIONAL WEBSITE 2011). Odzwierciedla to pozytywny obraz państwa. Trzeba wspomnieć, że nieocenioną rolę w budowaniu nowego państwa miał pierwszy prezydent Tanzanii, nazywany Ojcem Narodu (suahili: *Baba wa Taifa*), Julius Kambarage Nyerere (ur. 13 kwietnia 1922 roku, Butiama, Tanzania – zm. 14 października 1999 roku, Londyn, Wielka Brytania). Był to w istocie prawdziwy przywódca, który dbał o swój kraj. Żył skromnie i nie nadużywał władzy dla interesów swoich czy swojej rodziny, a na sercu leżała mu sytuacja ubogich. W ocenie roli Juliusa Nyerere w budowaniu państwa cieniem kładzie się jednak jego eksperyment wprowadzania afrykańskiej odmiany socjalizmu (GNIADK, 2007).

Rządy w Zjednoczonej Republice Tanzanii sprawuje premier wraz z prezydentem i wiceprezydentem. Głową państwa jest prezydent, który mianuje wiceprezydenta. Wiceprezydent jest zawsze nominowany spośród przedstawicieli Zanzibaru. Władzę ustawodawczą w tym demokratycznym państwie pełni jednoizbowy parlament – Zgromadzenie Narodowe. Ciekawym jest, że Zanzibar utrzymuje pewną autonomię od Tanganiki – posiada on swoją władzę (także odrębne ministerstwo zdrowia) i konstytucję.

Administracyjnie Tanzania podzielona jest na 26 regionów (21 w części kontynentalnej – Tanganice, 3 na Zanzibarze i 2 na wyspie Pemba). Rozwijając znaczenie lokalnych władz, w Tanzanii jest obecnie 169 dystryktów (miejskich i wiejskich).

Urzędowymi językami Tanzanii jest suahili i angielski. Główny nacisk położony jest jednak na język suahili, który w dużej mierze był dla Tanzańczyków czynnikiem jednoczącym naród. Ponad 120 plemion zamieszkujących teren Tanganiki i Zanzibaru ma możliwość porozumienia się przy jego pomocy bez konieczności używania swych języków plemiennych, często niezrozumiałych przez członków innego plemienia. Ważne jest to, że – w odróżnieniu od języka angielskiego – suahili uznawany jest za język *własny*. Tanzańczycy są ze swojego języka dumni i szyczą się jego poprawnością w swoim wydaniu – w odróżnieniu, na przykład, od Kenijczyków, którzy w wielu sytuacjach język suahili znacząco upraszczają. Tanzańska wersja języka suahili, szczególnie używana na Zanzibarze, uznawana jest za najczystszą jego formę.

Jednym z istotnych wykładników pokoju w Tanzanii jest poszanowanie dla wyznawców wszystkich religii zaszczone przez Juliusa K. Nyerere, pierwszego prezydenta republiki. On sam - będąc katolikiem - dbał, na przykład, o zabezpieczanie środków finansowych na budowę meczetów. W dużej mierze jego zasługą jest to, że w warunkach tanzańskich wyznawcy wielu religii współżyją ze sobą w zgodzie i w poszanowaniu dla swoich wierzeń.

Okolo 35,2% populacji Tanzanii jest wyznawcami islamu. Chrześcijanie, to okolo 61,4% populacji. Co ciekawe, jeszcze w roku 2011 podawano 30%. Statystyki przedstawiają, że pozostała ludność wyznaje wierzenia tubylcze (ok. 1,8%) lub inne (ok. 0,2%), lub są niewierzący (ok. 1,4%).

Zanzibar charakteryzuje się nieco odmienną strukturą w porównaniu do całego kraju, bo muzułmanie stanowią tam okolo 99% społeczności (AFRICAN STUDIES CENTER UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA 2011; CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. THE WORLD FACTBOOK 2018).

Ten ponad 50-milionowy kraj (populacja: 55 451 343) (CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. THE WORLD FACTBOOK 2018) jest obecnie na 154 miejscu pod względem oznaczanego przez Organizację Narodów Zjednoczonych wskaźnika rozwoju społecznego – Human Development Index (HDI) (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. HUMAN DEVELOPMENT INDICES AND INDICATORS, 2018). HDI jest sumarycznym miernikiem postępu w trzech podstawowych wymiarach rozwoju: długiego i zdrowego życia, dostępu do wiedzy i przyzwoitego poziomu życia (*dostatni standard życia – decent standard of living*). Wyznaczanie wskaźnika rozwoju społecznego prowadzone jest na podstawie wskaźników opisujących stan rzeczy w

powyższych wymiarach: długie i zdrowe życie – oczekiwana długość życia; poziom wiedzy – średnia liczba lat nauki w ciągu życia przez osoby w wieku 25 lat i starsze oraz oczekiwana liczba lat edukacji dla dzieci rozpoczynających kształcenie; standard życia – dochód narodowy brutto na jednego mieszkańca w międzynarodowych dolarach (2011) wyrażony według parytetu siły nabywczej danej waluty (PPP).

Tabela 1. Wskaźnik rozwoju społecznego i wskaźniki cząstkowe dla Zjednoczonej Republiki Tanzanii w latach 1990-2017. (UNDP, HUMAN DEVELOPMENT INDICES AND INDICATORS: 2018 STATISTICAL UPDATE).

	Przewidywana długość życia at birth	Oczekiwana liczba lat nauki	Średnia liczba lat nauki	Dochód Narodowy Brutto per capita (2011 PPP\$)	Wartość Wskaźnika Rozwoju Społecznego (HDI)
1990	50,0	5,5	3,6	1 417	0,370
1995	48,7	5,4	4,1	1 341	0,368
2000	50,5	6,2	4,2	1 471	0,391
2005	55,6	7,6	4,8	1 798	0,446
2010	61,6	9,0	5,1	2 089	0,498
2011	62,7	9,0	5,1	2 190	0,504
2012	63,5	8,9	5,5	2 215	0,513
2013	64,3	8,4	5,5	2 314	0,512
2014	65,0	8,4	5,6	2 395	0,519
2015	65,5	8,9	5,8	2 467	0,531
2017	66,3	8,9	5,8	2 655	0,538

Tabela 2. Podstawowe wskaźniki dla Zjednoczonej Republiki Tanzanii w latach 1990-2013. (WHO: World Health Statistics 2008; United Republic of Tanzania WHO statistical profile, styczeń 2015).

	rok 1990	rok 2006	rok 2013
Dochód Narodowy Brutto per capita (PPP itnt. \$)		980	1 750
Life expectancy at birth m/f (years)	50	50/51	61 2012
Healthy life expectancy at birth m/f (years)		40/41 2003	52 2012
Śmiertelność dzieci do lat 5 (na 1 000 zdrowych urodzeń)	167	118	52

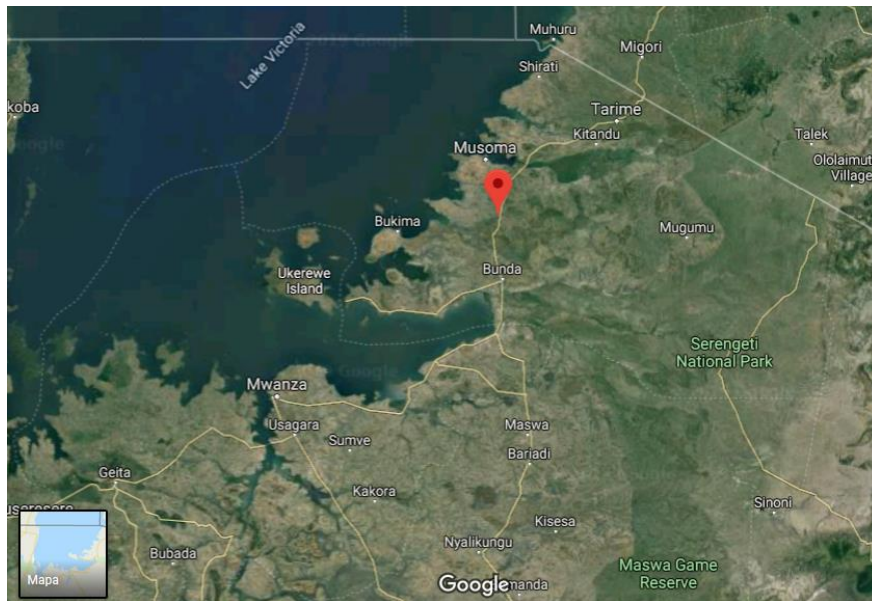
Od 70 do 80% populacji Tanzanii mieszka na terenach wiejskich. Pomimo nacisku Rządu na organizowanie opieki medycznej dla tego środowiska, dostępność do placówek medycznych nie jest zadowalająca. Jest wiele terenów, gdzie brakuje jednostek opieki medycznej – nawet na podstawowym stopniu referencyjnym (*health post* lub *dispensary*).

1.2. Charakterystyka miejscowości Kiabakari

Kiabakari, na mapach często widniejące jako Kukirango, jest małą miejscowością położoną w regionie Mara niedaleko administracyjnego ośrodka tego rejonu, Musomy, a także Jeziora Wiktorii, a więc stosunkowo blisko granicy Tanzanii z Kenią. Ta bliskość w pewien sposób jest szczęśliwą dla Kiabakarczyków, gdyż przez miejscowość przebiega trasa linii autobusowych prowadzących z Kenii do Mwanzy i innych większych miast Tanzanii, a także do Rwandy i Burundi.

Przystanek przy Kiabakari sprzyja prowadzeniu drobnego handlu, co jest źródłem utrzymania dla dużej grupy miejscowej społeczności. Mieszkańcy żyją tu ponadto z uprawy ryżu i kassawy. Wielu mężczyzn wyjeżdża za pracą do większych ośrodków. Biorąc pod uwagę, że w Kiabakari znajduje się szkoła i kościół katolicki, kilka wspólnot protestanckich, targ itd., nie wydaje się ono pozostawioną samej sobie ubogą wioską.

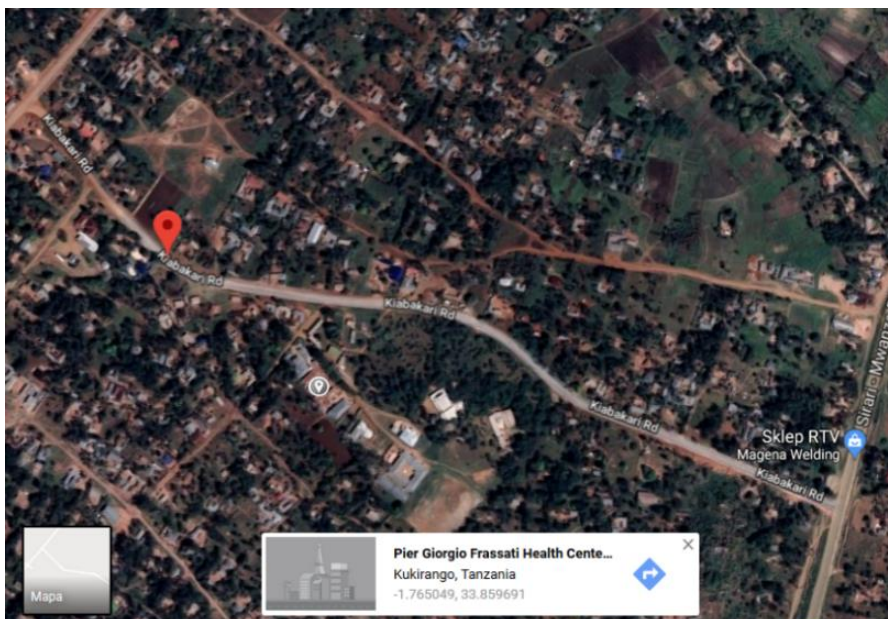
Niemniej jednak tym, co przez lata gnębiło tę społeczność był brak podstawowej opieki zdrowotnej. W bliskiej okolicy Kiabakari znajdują się co prawda państwowe instytucje medyczne (obecnie dystans do: najbliższego szpitala – 12 km, najbliższego rządowego dyspensarium – 5 km), jednak ich poziom wyposażenia i zaopatrzenie w leki uznaje się za niewystarczające. Odnotowywano nierzadko brak kompletu personelu w czasie, kiedy instytucja powinna być w pełni dyspozycyjna i gotowa do świadczenia pomocy chorym. Zdarzało się też często, że wykonując badania laboratoryjne pacjent otrzymywał wyniki z adnotacją *reagents expired* (j.ang., czyli odczynniki przeterminowane).



Rycina 1. Fotografia satelitarna Regionu Mara.
 Źródło: Google Maps, 2019



Rycina 2. Mapa fizyczna okolic Kiabakari.
 Źródło: archiwum Musoma Rural DMO



Rycina 3. Fotografia satelitarna wioski Kiabakari.
Źródło: Google Maps, 2019

Inicjatywa założenia szpitala misyjnego właśnie w Kiabakari zrodziła się z wieloletniej obserwacji potrzeb lokalnej ludności przez jej proboszcza, ks. Wojciecha Kościelniaka, misjonarza Archidiecezji Krakowskiej, wysłanego do Tanzanii w 1990 roku.

Zbudował on parafię Kiabakari od podstaw (lata 1991-2002). Następne lata spędził w Musomie, ale w roku 2006, na prośbę Administratora Apostolskiego Diecezji Musoma, wrócił do Kiabakari, by zająć się rozwojem różnych inicjatyw *okołomisyjnych*. Temu kapłanowi na sercu leżało holistyczne spojrzenie na parafian i - jak pisał w liście do prof. Zbigniewa Pawłowskiego - *ogarniające całą osobę ludzką, w wymiarach duchowym (...), cielesnym (...), oraz intelektualnym (...)*. Centrum zdrowia było więc jednym z wytyczonych punktów, *drugim filarem* tej wizji (aneks 13). Uzasadniał to w swoim liście z dnia 18 kwietnia 2007 do Ministerstwa Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej (MSZ RP): *Najbliższy szpital znajduje się ok. 40 kilometrów od Kiabakari, co dla większości okolicznych mieszkańców jest odległością praktycznie nie do pokonania. Pozbawieni opieki medycznej umierają z powodu chorób, które dzięki współczesnym lekom z łatwością mogą być wyleczone. Wobec takiego stanu rzeczy, jako człowiek i polski misjonarz nie wolno mi pozostać obojętnym* (FUNDACJA POMOCY HUMANITARNEJ REDEMPTORIS MISSIO 2007a). Rola ks. Kościelniaka okazała się kluczową w podjętym przedsięwzięciu. Sprawa budowy ośrodka zdrowia wymagała niewątpliwie bardzo dobrej znajomości uwarunkowań kulturowych Tanzanii, a także języka.

Wiedza i obycie w tej kwestii były niezbędne ze względu na konieczność pozyskania partnerów projektu. Miejscowa ludność codziennie doświadczając wspomnianych przez proboszcza trudności, z wielkim przekonaniem zaangażowała się w wybudowanie przychodni, widząc w tym możliwość poprawy dostępności do będących na właściwym poziomie świadczeń medycznych. Dało to i do dziś daje miejscowej społeczności istotne poczucie współtworzenia. To w znacznym stopniu zwiększyło powodzenie całego przedsięwzięcia.

Inwestycja - jak większość przedsięwzięć infrastrukturalnych w krajach afrykańskich - napotykała na wiele problemów. Brak wykwalifikowanych pracowników, brak dobrej jakości materiałów budowlanych, a dodatkowo ceny niektórych z nich, nierzadko ponad dwa razy wyższe niż analogiczne w Europie, okazały się codziennością na budowie. W tej sytuacji istotnym problemem w tanzańskiej rzeczywistości jest pozyskanie wystarczających zasobów finansowych na przeprowadzenie przedsięwzięcia. Ograniczone fundusze były główną przyczyną tego, że od momentu powstania koncepcji do uruchomienia ośrodka minęło dziesięć lat.

Trudy te, jak i poczucie odpowiedzialności za sukces zamierzonego zadania stały się współdziałaniem Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*, która została najważniejszym partnerem projektu.

1.3. System opieki zdrowotnej w Tanzanii

Analiza kontekstu historycznego i politycznego działania systemu opieki zdrowotnej w Tanzanii pozwala na zrozumienie osadzenia misyjnej placówki *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* w realiach podstawowej opieki zdrowotnej kraju.

Po uzyskaniu niepodległości przez Tanganikę w 1961 roku zakładano świadczenie bezpłatnej opieki medycznej w instytucjach państwowych. W 1967 roku zapoczątkowano reformy sektora zdrowia mające doprowadzić do uniwersalnego dostępu do świadczeń socjalnych dla biednych i osób mieszkających w terenach wiejskich. Rok 1977 przyniósł zamknięcie przez rząd wszystkich prywatnych instytucji medycznych, które zostały znacjonalizowane. Praktykowanie medycyny i stomatologii jako działalności komercyjnej

zostało zakazane. Celem tego było doprowadzenie do ustanowienia bezpłatnej opieki medycznej dla wszystkich przychodzących do publicznych ośrodków. Środki na finansowanie miały zostać pozyskane z podatków.

W początkach lat 1990-tych było już oczywistym, że bezpłatna opieka medyczna dla wszystkich w obliczu rosnących jej kosztów i złej kondycji gospodarki kraju nie jest możliwa. W tej sytuacji rząd Tanzanii wprowadził politykę współfinansowania opieki medycznej przez korzystających z niej (1993 rok). Obszar komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych nie był zagospodarowany i działał w dość ograniczonym stopniu. Doświadczenie opartych na wspólnocie programów składkowych (community-based pre-payment schemes) było bardzo świeże. Tanzania znana jest z planu/programu Community Health Fund (CHF), który był wprowadzony w roku 1996 (MACHA, KUWAWENARUA, MAKAWIA, MTEI, BORGHI 2014: 538). Tanzania zdecydowała się także na wprowadzenie systemu obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych (mandatory health insurance system). Zainicjowana w 2001 roku pierwsza faza realizacji programu zakładała obowiązkowe przystąpienie do National Health Insurance Fund (STOERMER, HANLON, TAWA, MACHA, MOSHA 2012). Na nowo dostrzeżono też znaczenie prywatnego sektora usług medycznych i w roku 1991 ustanowiono nowe regulacje prawne (Private Hospitals Regulations Amendments Act). Opierając się na tym dokumencie wykwalifikowany personel medyczny może, po uzyskaniu zgody Ministerstwa Zdrowia, prowadzić prywatne szpitale. Włączane są one do struktury instytucji opieki medycznej w całym kraju.

Struktura placówek medycznych zakłada piramidowy wzór organizacji – od dyspensarium do szpitali o najwyższym stopniu referencyjnym (*Consultant Hospital*) (Ryc. 4). Liczebność w momencie rozpoczęcia projektu budowy ośrodka w Kiabakari została ujęta w tabeli 3.



Rycina 4. System referencyjny w Tanzanii (*referral system arrangements*).
(M. Cofta, na podstawie danych Ministry of Health and Social Affairs z 2011).

W tanzańskim systemie opieki medycznej funkcjonują poniżej wymienione poziomy instytucjonalnej opieki medycznej.

- Village Health Service: Jest to najniższy poziom opieki medycznej, który ma za zadanie prowadzenie profilaktycznej opieki w domach pacjentów. Zazwyczaj są to tzw. *Health post* tworzone przez dwóch *village health workers*. Osoby te wybierane są przez władze wioski spośród jej mieszkańców i przed rozpoczęciem pracy przechodzą krótkie przeszkolenie.
- Dyspensaria (Dispensary services): Obejmują swym zasięgiem średnio 6 000 do 10 000 mieszkańców i stanowią nadzór nad wszystkimi Health post na danym terenie.
- Centra zdrowia (Health Centre Services): Regulacje Ministerstwa Zdrowia zakładają, że centra zdrowia będą obejmowały swym zasięgiem około 50 000 mieszkańców.
- Szpitale dystryktowe (District Hospitals): Każdy dystrykt jest zobowiązany do zorganizowania i stałej opieki nad szpitalem. Jest to bardzo istotny element systemu świadczeń medycznych. W dystryktach, gdzie nie funkcjonują szpitale rządowe, a są instytucje prowadzące szpital (na przykład szpitale zorganizowane przez kościoły), dopuszczone jest, by na podstawie odpowiedniego kontraktu sprawowały one funkcje szpitala dystryktowego.

- Szpitale regionalne (Regional Hospitals): Szpitale regionalne, nad którymi pieczę sprawują medyczne władze regionu, sprawują podobną funkcję jak szpitale dystryktowe. Rozszerzone jest to o specjalistów z różnych dziedzin medycznych, którzy oferują świadczenia niedostępne w szpitalach o niższym poziomie referencyjnym.
- Szpitale specjalistyczne (Referral/Consultant Hospitals): Jest to najwyższy poziom opieki szpitalnej. W strukturach medycznych w Tanzanii funkcjonują cztery takie szpitale: the Muhimbili National Hospital obejmujący wschodnią część kraju (Dar-Es-Salaam), Kilimanjaro Christian Medical Centre (KCMC) obejmujący północną strefę (Moshi), Bugando Hospital obejmujący zachodnią strefę (Mwanza) i Mbeya Hospital zabezpieczający południową część kraju (Mbeya).
- Leczenie za granicą (Treatment Abroad): System opieki medycznej w Tanzanii przewiduje w szczególnych uzasadnionych przypadkach leczenie swoich obywateli za granicą.

Tabela 3. Liczba instytucji opieki zdrowotnej w Tanzanii w początku XXI w.
(MINISTRY OF HEALTH STATISTICAL ABSTRACT 2000).

Facility	Govt.	Parastatal	Vol./Rel.	Private	Others
Consultancy/Specialized Hospitals	4	2	2	0	-
Regional Hospitals	17	0	0	0	-
District Hospitals	55	0	13	0	-
Other Hospitals	2	6	56	20	2
Health Centres	409	6	48	16	-
Dispensaries	2450	202	612	663	28
Specialized Clinics	75	0	4	22	-
Nursing Homes	0	0	0	6	-
Private Laboratories	18	3	9	184	-
Private X-Ray Units	5	3	2	16	1

Rodzaje instytucji pod względem własności: *Govt.* – rządowe, *Parastatal* – zależne od rządu, *Vol./Rel.* – instytucje wolontariackie i religijne, *Private* – prywatne, *Others* – inne.

1.4. Geneza powstania ośrodka zdrowia w Kiabakari

Początek procesu powstawania ośrodka medycznego w Kiabakari należy datować na rok 1995 roku. Wtedy to dr Norbert Rehlis (Prezes Fundacji *Redemptoris Missio* w latach 1992 – 2004) posłał do różnych ośrodków misyjnych ankietę (aneks 2), by rozeznaczyć, gdzie i jakie faktyczne zapotrzebowanie medyczne mają polscy misjonarze. Jeden z adresatów, o. Dominik Wasilewski, przełożony Wspólnoty Franciszkańskiej w Poli koło Arushy wskazał na Diecezję Musoma i na osobę ks. Wojciecha Kościelniaka, sugerując, że tam właśnie może być potrzebna pomoc. W listopadzie 1995 roku doszło do spotkania prezesa Norberta Rehliisa i towarzyszącego mu w podróży po Tanzanii dr. Rafała Sadowskiego z ks. Kościelniakiem, kapłanem Archidiecezji Krakowskiej. Po tym wydarzeniu w swoim liście do Rady i Zarządu Fundacji *Redemptoris Missio* z dnia 6 stycznia 1996 roku kiabakarski proboszcz napisał: *Ze swej strony pragnę jedynie wyrazić gorącą prośbę w imieniu wielu mieszkańców mojej parafii o utworzenie przy parafii małej przychodni, a z czasem być może i małego szpitalika. Jest to niesłychanie paląca potrzeba, o której nieraz przyszło Panom Lekarzom usłyszeć od cierpiących, parafian, nawet od przedstawicieli władz, bezradnych wobec potrzeby opieki medycznej nad ludnością, której populacja wynosi ok. 80.000 mieszkańców – pozbawionych solidnej opieki medycznej* (aneks 4). Fundacja podjęła więc decyzję o budowie ośrodka zdrowia, który miałby być własnością Diecezji Musoma.

Postanowiono, że będzie to dyspensarium, które jest podstawową jednostką medyczną. Przez trzy lata zbierano w Polsce środki na rozpoczęcie budowy. W marcu 1999 roku do Fundacji wpłynął list biskupa Justina Samby popierającego projekt i wyrażającego nadzieję na szczęśliwy finisz podjętego dzieła (aneks 5). Inicjatywie tej przyklasnął znający parafię dyrektor Papieskich Dzieł Misyjnych, ks. Tadeusz Dziedzic: *Teren obsługiwany przez Ks. Wojciecha Kościelniaka jest ogromny, brakuje podstawowej opieki medycznej. To wspaniała inicjatywa, aby wraz z opieką duchową szła opieka medyczna* (FUNDACJA POMOCY HUMANITARNEJ REDEMPTORIS MISSIO 2000). Za aprobatą szła też zgoda na przekazanie parafianom Archidiecezji Krakowskiej ulotek na temat działalności Fundacji i podjętego przedsięwzięcia.

Pierwotny plan zakładał wykorzystanie istniejącego już budynku parafii, przerobienie go i dostosowanie do potrzeb ośrodka (aneks 7). W 2000 roku Fundacja przesała ks.

Wojciechowi Kościelniakowi wstępny projekt adaptacji pomieszczeń na przychodnię wykonany przez inżyniera Jana Lewandowskiego, który pracował wcześniej w Kamerunie budując kaplice, kościoły i ośrodki zdrowia. Proboszcz nie zaakceptował jednak projektu, twierdząc, że koszt przeróbki byłby większy niż budowa od nowa (FUNDACJA POMOCY HUMANITARNEJ REDEMPTORIS MISSIO 2000a). Postanowił zatem stary budynek przeznaczyć na co innego, a ośrodek budować od podstaw.

Do końca 2002 roku wybudowano zbiornik na wodę, wylano fundamenty i zebrano znaczną część materiałów budowlanych (list informacyjny z dn. 8 września 2004 roku, archiwum fundacji). Otwarcie ośrodka wciąż jednak się opóźniało.

W wyniku spotkania, jakie miało miejsce w Krakowie w Salezjańskim Wolontariacie Misyjnym (SWM) 15 czerwca 2003 roku, a w którym uczestniczyli ks. Justin Samba – biskup diecezji Musoma w Tanzanii, ks. Tadeusz Dziedzic – dyrektor Papieskich Dzieł Misyjnych Archidiecezji Krakowskiej, lek. med. Norbert Rehlis – prezes Fundacji oraz ks. Andrzej Policht – prezes Stowarzyszenia SWM podjęto się współpracy w tej kwestii. Na mocy umowy zawartej dnia 10 września 2003 roku w Poznaniu pomiędzy Fundacją a Salezjańskim Wolontariatem Misyjnym ruszono z budową budynku (aneks 10). Realizacją założonego planu mieli zająć się wolontariusze Roman Sikoń i Wojciech Haręża. Prace zostały zakończone w październiku 2004 roku. Nie wiązało się to jednak z rozpoczęciem działalności przychodni. Koordynator projektu ze strony salezjańskiej, Roman Sikoń, informował po czterodniowej wizycie w Kiabakari w kwietniu 2005 roku, że pozostało jeszcze dokończenie instalacji elektrycznej, wykonanie oryynnowania, dokończenie instalacji wodnej, budowa szambo i oszklenie okien (aneks 11).

Trzy lata później Fundacja stanęła do konkursu ogłoszonego przez MSZ RP – *Pomoc Zagraniczna 2007*, by pozyskać środki na rozpoczęcie działalności (FUNDACJA POMOCY HUMANITARNEJ REDEMPTORIS MISSIO 2007). Projekt otrzymał poważne wsparcie finansowe ze strony MSZ RP w wysokości 488 tys. złotych. Wraz z wkładem organizacji w wysokości 53 721,10 zł udało się w przeciągu kilku miesięcy znacznie przyspieszyć prace. Wartę na miejscu pełniła wówczas lek. med. Gabriela Majkut. Na czas jakiś oddelegowani zostali do pomocy również Barbara i Aleksander Szanieccy, jednak to dr Majkut wraz z ks. Kościelniakiem doprowadzili realizację dłużejletniego projektu do końca. 19 lipca 2007 roku w Kiabakari gościł ówczesny ambasador Rzeczypospolitej Polskiej (RP) w Tanzanii, Ryszard Malik, który dokonał przecięcia wstęgi. Tak oficjalnie rozpoczął się etap remontu, czego stojący w surowym stanie

od 2004 roku budynek już wymagał. Dodatkowo stwierdzono konieczność wprowadzenia kilku zmian (MAJKUT 2007). Powoli dokonywano zakupów wyposażenia ośrodka.

Tabela 4. Wydatki poniesione na dokończenie budowy, wyposażenie i uruchomienie *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* w Kiabakari w roku 2007 w ramach programu Polska Pomoc.
Źródło: Sprawozdania finansowe Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*, 2008.

Wysokość budżetu:	543 290,72 zł
Dotacja Ministerstwa Spraw Zagranicznych:	488 611,05 zł
Wkład własny fundacji:	53 712,10 zł
	w tym:
	środki własne
	35 712,15 zł
	inne dofinansowanie
	17 999,95 zł
Środki partnera – Diecezja Musoma:	967,57 zł

16 grudnia 2007 roku abp Mwanzy, Anthony Mayala, poświęcił ośrodek w obecności zgromadzonych mieszkańców Kiabakari i okolicznych miejscowości, a już 30 grudnia nastąpiło uroczyste otwarcie, w którym uczestniczył ambasador RP w Tanzanii, Wojciech Bożek, wraz z rodziną, poseł do parlamentu Tanzanii, Nimrod Mkono, a także przedstawiciele lokalnych władz regionu Mara. Otwarcie części Zdrowia Matki i Dziecka – *Mother and Child Health* (MCH) dokonane zostało przez żonę i córkę polskiego ambasadora, które symbolicznie zaniósły dwa kartony zabawek dla przyszłych małych pacjentów. Władze tanzańskie przekazały ośrodkowi dwa komputery i inkubator.

Dzięki pomocy Ministerstwa Spraw Zagranicznych RP oraz dzięki zaangażowaniu około pięciu tysięcy sympatyków Fundacji wybudowaliśmy jeden z najnowocześniejszych i najlepiej wyposażonych ośrodków zdrowia w regionie Mara. (...) Dysponujemy sprzętem medycznym, który w Tanzanii dostępny jest praktycznie wyłącznie w kilku największych miastach tego kraju, m.in. analizatorem hematologicznym, aparatem USG, maszyną do wykrywania wirusa HIV we krwi metodą ELISA i Dopplerem płodowym. Jako efektów długofalowych projektu, spodziewamy się znacznie ograniczyć umieralność niemowląt i umieralność okołoporodową kobiet, zmniejszyć zapadalność na choroby możliwe do wyeliminowania dzięki szczepieniom ochronnym, zwiększyć wykrywalność chorób oraz zwiększyć możliwość ich leczenia dzięki dostępowi do profesjonalnego personelu i leków. Ośrodek zdrowia dziś to obiekt o powierzchni

733,70 m², wyposażony we wszystkie niezbędne sprzęty diagnostyczne, niezależne źródła energii elektrycznej i wody. Zdolny będzie on przyjąć 150 pacjentów dziennie, co daje ponad 40 000 rocznie – z radością informowała Fundacja w wydaniu specjalnym Biuletynu Informacyjnego *Raport* z dnia 14 marca 2008 roku (RAPORT 2008).

Dnia 18 stycznia 2008 roku o godz. 8.00 rozpoczęto przyjmowanie pacjentów. Na miejscu pracowali wówczas wraz z miejscowym personelem medycznym (dwoma pielęgniarkami, dwoma laborantami i rejestratorką) polscy lekarze – wspomniana Gabriela Majkut i Jakub Kowalczyk. Przy wejściu do ośrodka postawiono tablicę pamiątkową wspominającą o wszystkich dobroczyńcach. Pierwszy etap projektu został zakończony.

Drugi etap zakładał doprowadzenie dyspensarium do sprawnego funkcjonowania, a następnie przekazanie go miejscowym zarządzającym. Odpowiedzialność za administrację i rozwój wzięła na siebie Fundacja *Redemptoris Missio*, szykując teren dla sióstr zakonnych, które miały być sprowadzone do parafii w celu prowadzenia przedszkola i sprawowania opieki nad ośrodkiem. W międzyczasie zakończył się kontrakt dr Majkut i dr Kowalczyka. Na ich miejsce przyjechał we wrześniu 2008 roku prezes Fundacji, Mateusz Cofta. Jednym z jego zadań, poza wyżej wymienionymi, było też *przygotowanie gruntu pod współpracę Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z Bugando University College of Medical Sciences w Mwanzie* (RAPORT 2008a). Niebawem, bo w grudniu tego samego roku, dołączyła do niego lek. Jadwiga Żyłka, by wesprzeć ośrodek od strony medycznej. Na tym etapie w gronie współpracowników było już dwóch miejscowych felczerów. Przez kolejne miesiące ośrodek był doposażany, prowadzone były szkolenia dla pracowników. Polski zespół informował także zarząd i pracowników Fundacji w Polsce o potrzebach i afrykańskiej rzeczywistości funkcjonowania placówki. W lutym rozpoczęła działalność mobilna klinika. *Blessed Pier Gorgio Frassati Dispensary* przejęło część obowiązków państwowej opieki medycznej w miejscowości Nyakiswa (szczególnie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem). Dwa razy w miesiącu przygotowywano wyjazd (tzw. *mobile clinic*) części personelu organizującego *Mother and Child Health*, badania laboratoryjne, porady lekarskie i zaopatrzenie w leki w tej oddalonej 15 km od Kiabakari wiosce. Akcja ta trwała od 27 lutego do 25 września 2009 roku.

Zamierzony etap ostatecznie zakończyła dr Jadwiga Żyłka przekazując dnia 8 marca 2010 roku ośrodek w ręce s. Grace Mukupy reprezentującej Prowincję Afrykańską Zgromadzenia Sióstr Służebniczek NMP Niepokalanie Poczętej. Rozpoczął się etap trzeci –

merytoryczne wsparcie z daleka. Fundacja zobowiązała się wspierać nadal Ośrodek poprzez wolontariat, wysyłkę leków i sprzętu oraz gotowość niesienia pomocy merytorycznej.

Administrowanie ośrodka i opiekę nad nim całkowicie przejęła miejscowa Parafia wspierana przez założoną 30 września 2008 roku w Krakowie przez ks. Wojciecha Kościelniaka i dr Gabrielę Majkut Fundację Kiabakari.

Po uruchomieniu ośrodka *Blessed Pier Gorgio Frassati Dispensary* zaistniała potrzeba przeprowadzenia analizy określonych aspektów dotychczasowej pracy w celu zwiększenia efektywności pomocy rozwojowej, w tym także poprawy jakości szkoleń. Wyzwanie to wynikało bezpośrednio z doświadczeń opisywanego ośrodka, jednakże wykraczało poza, wychodząc naprzeciw konieczności weryfikacji zasad i praktyki wspomagania zagranicznych misyjnych ośrodków medycznych. Należy zaznaczyć w tym miejscu, że większość publikowanych danych dotyczących epidemiologii i kontrowersji związanych z nadrozpoznananiem lub/i niedoszacowaniem pewnych chorób powstała na podstawie danych płynących z ośrodków medycznych na szczeblu specjalistycznym. Znacznie gorzej jest z dostępnością danych ze szpitali dystryktowych i centrów zdrowia, a w zasadzie brakuje danych z najniższych poziomów opieki medycznej.

2. Cele pracy

Głównym celem pracy była analiza wybranych aspektów zdrowotnych pacjentów ośrodka medycznego Błogosławionego Piotra Jerzego Frassatiego w Kiabakari – *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* (Tanzania, Region Mara, Dystrykt Wiejski Musoma) pod kątem diagnostyki, postawionych rozpoznań i leczenia oraz podjęcie dyskusji na temat przygotowania do pracy w tropiku i organizowania pomocy medycznej w formie zaopatrzenia w leki i testy laboratoryjne.

Cele szczegółowe pracy obejmowały:

1. określenie częstości rozpoznawania chorób w misyjnym ośrodku medycznym na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej;
2. określenie zakresu przygotowania personelu medycznego do pracy w strefie tropikalnej na podstawie profilu rozpoznawanych chorób;
3. analizę częstości wykonywania badań diagnostycznych, w tym testów laboratoryjnych, ich znaczenia i wpływu na spektrum rozpoznawanych chorób;
4. przedstawienie zakresu środków farmaceutycznych najczęściej stosowanych w terapii w ośrodku zdrowia w Kiabakari i formy organizowania celowanej i efektywnej pomocy humanitarnej.

Badania zostały oparte o oryginalną dokumentację medyczną Ośrodka i nie była intencją badacza ocena występowania chorób wśród lokalnej społeczności oraz prawidłowości stawianych przez personel rozpoznań.

3. Materiał i metody

Na prowadzenie badań, które są podstawą do przygotowania niniejszej rozprawy doktorskiej, zgodę wyraziła Komisja Bioetyczna Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Uchwały nr 1018/10 i 350/11).

Badanie miało charakter retrospektywny i objęło grupę pacjentów zamieszkujących Dystrykt Wiejski Musoma (*Musoma Rural District*) w Regionie Mara (*Mara Region*) w Zjednoczonej Republice Tanzanii (*United Republic of Tanzania*).

Przeanalizowano dokumentację dotyczącą pacjentów, którzy byli przyjmowani w ramach działalności ośrodka misyjnego – Centrum Zdrowia Bł. Piotra Jerzego Frassatiego (*Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary*) – zarówno w systemie ambulatoryjnym, jak i hospitalizacyjnym (ryc. 5, 6).

Do analizy wyselekcjonowano dane dotyczące konsultacji pacjentów (n=1 440), którzy otrzymywali świadczenia medyczne w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych (*National Health Insurance Found [NHIF] – Bima ya Afya, tłum. z j. suahili: Ubezpieczalnia Zdrowotna*).

Analizie została poddana oryginalna dokumentacja medyczna Centrum Zdrowia w Kiabakari, obejmująca dane zarówno pacjentów leczonych w siedzibie ośrodka, jak i w miejscowości Nyakiswa, podczas działania mobilnej kliniki (*mobile clinic*). Dokonano szczegółowych analiz w grupie chorych ubezpieczonych w NHIF.

Na podstawie danych zawartych w kartach sprawozdawczych przygotowano charakterystykę populacji pacjentów ze względu na dane demograficzne – płeć i wiek, rodzaj wykonywanej pracy oraz przeprowadzono analizę rozpoznań, sposobu prowadzenia diagnostyki przy użyciu testów laboratoryjnych i leczenia stosowanego w Ośrodku przez miejscowy personel.

W celu analizy kontekstu historycznego i organizacji systemu opieki zdrowotnej dokonano przeglądu oficjalnych źródeł rządowych Zjednoczonej Republiki Tanzanii (MINISTRY OF HEALTH 2011, 2019) oraz skorzystano z doświadczeń własnych nabytych w czasie budowy, uruchamiania i bieżącej działalności ośrodka (wizyty w instytucjach rządowych na szczeblu centralnym, regionu i dystryktu).

Do kodowania chorób, zgodnie z regulacjami NHIF, stosowano w ośrodku przygotowaną i zaakceptowaną przez powyższą instytucję listę *International Classification of Diseases – List of Three-Digit Categories* (patrz aneks). W analizie użyto podziału na grupy chorób zgodnie ze wspomnianą wyżej klasyfikacją.

Klasyfikacja leków i ich przyporządkowanie do określonych grup została przeprowadzona według podziału stosowanego w Modelowej Liście Leków Podstawowych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO Model List of Essential Medicines).

Na podstawie dokumentacji Centrum Zdrowia w Kiabakari i archiwum Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* z Poznania dokonano przedstawienia historii ośrodka oraz charakteru i zakresu działalności ośrodka w obrębie siedziby i w ramach mobilnej kliniki.

Dane dotyczące między innymi składu osobowego personelu medycznego i pomocniczego, wyposażenia placówki w sprzęt, możliwości leczniczych i diagnostycznych zebrane zostały podczas przeglądu dokumentacji, w tym pracowniczej, dokumentacji ośrodka i fundacji prowadzonej w ramach realizowanego projektu *Dokończenie budowy i wyposażenie ośrodka zdrowia w Kiabakari* dofinansowanego przez Ministerstwo Spraw Zagranicznych Rzeczypospolitej Polskiej (Umowa nr PZ/670/90/2007). Realizującą grant uzyskany w ramach konkursu przeprowadzonego przez MSZ była Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*. Działania tej części przedsięwzięcia fundacji miały miejsce w okresie od lipca do grudnia 2007 roku.

CONFIDENTIAL
THE NHIF - HEALTH PROVIDER IN/OUT PATIENT CLAIM FORM

Form NHIF 2A & B
Regulation 18(1)
No. 08/1966453

A: PARTICULARS:

1. Name of Hospital/Health Centre/Disp: Bh Ph Filasani Kiabakari
 2. NHIF Accreditation No:
 3. Address: P.O. Box 152 Mombasa
 4. Registration Fees: Tsh 300
 5. Name of Patient: 6. Age: 2.4 7. Sex: M/F
 8. Membership No: 000100000000
 9. Occupation: 10. Type of illness (Code): D84, 599, 126, 777 11. Date of Attendance: 26/10/10

B: COSTS OF SERVICES:

INVESTIGATIONS			MEDICINE/DRUGS				IN- PATIENT		SURGERY			
Type	Codes	Costs	Type (Generic)	Codes	Quantity of Drugs	Costs	Admission (Date)	Total Costs	Type of Surgery	Codes	Costs	Total Costs
<u>BS</u>		<u>500</u>	<u>Amoxicillin Suspension (60mls)</u>		<u>1 bottle</u>	<u>500</u>	Admitted on: <u>.....</u>		Specialized			
			<u>Paracetamol Syrup</u>		<u>1 bottle</u>	<u>800</u>	Discharged on: <u>.....</u>		Major			
<u>USINAGOSI</u>		<u>500</u>	<u>Amoxicillin Syrup</u>		<u>1 bottle</u>	<u>1500</u>			Minor			
<u>STRAF</u>		<u>500</u>	<u>Mebendazole suspension</u>		<u>1 bottle</u>	<u>800</u>	No. of Days: <u>.....</u>					
			<u>Pruguanil tabs</u>		<u>7</u>	<u>4900</u>						
SUB TOTAL		<u>1500</u>			SUB TOTAL		<u>8900</u>	SUB TOTAL	SUB TOTAL			
										GRAND TOTAL	<u>Tsh 10,700</u>	

C: Name of attending Clinician: Thomas Qualifications: MD Signature:

D: Patient Certification: I certify that I received the above named services. Name: Signature: Tel. No:

E: Description of In-patient Management/any other additional information (a separate sheet of paper can be used):

F: Claimant Certification I certify that I provided the above services. Name: Yachiga Boko Signature: Official Stamp:

NB: Fill in Triplicate and please submit the original form on monthly basis, and the claim should be attached with Monthly Report. Any falsified information may subject you to prosecution in accordance with NHIF Act No. 8 of 1999.

Rycina 5. Formularz wypełniany przez personel ośrodka dla celów refundacji kosztów leczenia pacjentów ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych.
Źródło: dokumentacja ośrodka.

Badania były prowadzone podczas pobytu autora w Kiabakari w Zjednoczonej Republice Tanzanii (od września 2008 roku do czerwca 2009 roku), w listopadzie 2010 roku oraz dzięki udostępnionej dokumentacji w latach późniejszych.

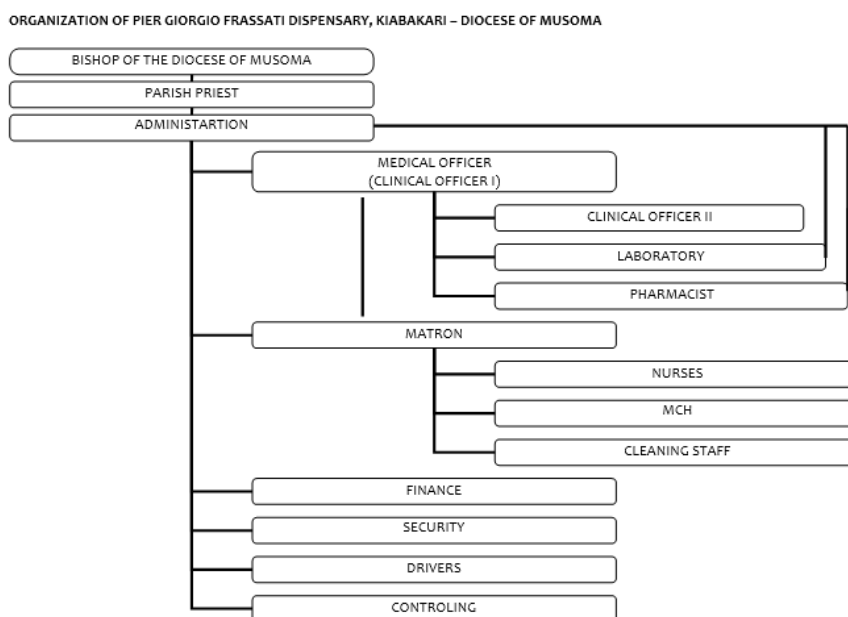
W pierwszym okresie (IX.2008-VI.2009) autor sprawował administrację ośrodkiem z ramienia Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*. Na fundacji spoczywało utrzymanie wolontariusza, wydatki związane z transportem, szczepieniami ochronnymi i ubezpieczeniem. Tym samym badania były możliwe dzięki wkładowi wyżej wymienionej organizacji. Pobyt i koszty przejazdów na trasie Mombasa-Kiabakari i Kiabakari-Nairobi w listopadzie 2010 roku był finansowany przez autora ze środków własnych z wyłączeniem przelotów z i do Europy. Podróż do Kiabakarfi była możliwa dzięki wydłużeniu pobytu związanego z realizacją filmu o malarii w ramach projektu *Stop Malaria Now* na terenie Kenii (projekt współfinansowany przez Komisję Europejską, liderem projektu była niemiecka organizacja Aktion Medeor).

Umat	7	450	3150				
Umat x	14	450	6300				
Cipro	10	100	1000				
SP	23	100	2300				
PCW	20	10	200				
			7800				
Melazol	24	500	12000				
PCW	20	10	200				
Cipro	24	100	2400				
Secnidazole	2	3000	6000				
MA	14	25	350				
Metastab	15	1500	22500				
			13000				
Multitab	30	10	300				
Prometazine	20	20	400				
SP	2	100	200				
PCW	20	10	200				
Cipro	23	100	2300				
Melanzazole	15	20	300				
			4300				
SP	23						
PCW	20						
Multitab	30						
Prometazine	20						
Melanzazole	15						
Cipro	23						
PCW	18						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine	20						
Melanzazole	15						
PCW	20						
Cipro	23						
Quinine							

4.1. Analiza organizacji pracy ośrodka zdrowia w Kiabakari i jego miejsce w systemie opieki zdrowotnej kraju

Analiza procesu leczenia pacjentów – stawianych rozpoznań, wykonywanych badań diagnostycznych i stosowanej terapii farmakologicznej – nie jest możliwa bez pełnego zrozumienia kontekstu organizacyjnego ośrodka w Kiabakari oraz jego pozycji w systemie opieki zdrowotnej Zjednoczonej Republiki Tanzanii. Wyniki muszą być interpretowane pod kątem organizacji pracy w ośrodku, dlatego przeprowadzona została dokładna analiza jego funkcjonowania.






Organizacja *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* w Kiabakari opierała się o pracę 12 pracowników zatrudnionych na umowę o pracę oraz 1-2 osób zatrudnianych do wykonania konkretnych zadań, w tym kucharka i ogrodnik. Osiem osób stanowiło personel zaangażowany w udzielanie świadczeń medycznych: 2 felczerów (clinical officer), 1 pielęgniarka/położna, 3 pielęgniarki i 2 techników laboratoryjnych. Dodatkowo, w okresie do przekazania administracji w ręce siostr zakonnych (styczeń 2008 – marzec 2010), w ośrodku pracowało jednocześnie od 1 do 2 wolontariuszy z Polski, którzy stanowili kadre zarządzającą i konsultacyjną (lekarze medycyny i magister zdrowia publicznego).











Rycina 7. Struktura organizacyjna ośrodka Błogosławionego Piotra Jerzego Frassatiego. źródło: dokumentacja ośrodka.

Za pracę całego ośrodka odpowiedzialni byli administratorzy, którymi – w okresie od uruchomienia (2008) do przekazania pod opiekę Sióstr Służebniczek (2010) – byli kolejno wolontariusze Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*: Gabriela Majkut, Jakub Kowalczyk, Mateusz Cofta, Jadwiga Żyłka. Administrator był zobowiązany, między innymi, do kontaktu z *District Medical Office* i *Regional Medical Office* oraz z dyrektorem opieki medycznej Diecezji Katolickiej Musoma. Instytucje te sprawowały nadzór i kontrolę nad ośrodkiem (Ryc. 7). Jeden z dwóch fachowych pracowników medycznych (*clinical oficer*) odpowiadających swoim wykształceniem felczerowi był odpowiedzialny za proces leczenia w ośrodku. W jego kompetencjach był także nadzór nad laboratorium i apteką. Położna, której głównym zadaniem była organizacja pracy MCH, odpowiadała za pracę zespołu pielęgniarskiego i personelu sprzątającego. Pielęgniarki wypełniały swoje obowiązki w salach chorych, w gabinecie zabiegowym, w rejestracji i aptece (tab. 5).

Tabela 5. Skład osobowy ośrodka. Luty 2009 roku.

STANOWISKO	ILOŚĆ OSÓB	
Clinical Officer/Felczer	1. Mukwaya Mosabi Daniel	
	2. Wairia Nyaikoba Thomas	
Pielęgniarka/Położna	3. Tatu Mtobi Mwita	
	4. Sarah Nyakirang'ani	
Pielęgniarka	5. Pili Alloys	

	6. Merciana Makene	
Technik laboratoryjny	7. Anna Bhoke Nchangasi	
	8. Charles Kaguta Tizilukwa	
Personel niemedyczny	9. Efraim Elkana Adera Strażnik	
	10. James Masanje Kisabari strażnik	
	11. James Matogoro Lwanga strażnik	
	12. Paulina Yoronimo sprzątaczką	
	13. Juliana Julius sprzątaczką, kucharką	

Ośrodek otwarty był od poniedziałku do soboty od 8:00 do 18:30 w trybie ciągłym. W niedziele natomiast funkcjonował w trybie dyżurów wyznaczonych pracowników. Pracownicy medyczni przypisani byli do poszczególnych działów: *mapokezi* – rejestracja, *dawa* – apteka, *maabara* – laboratorium, *clinical officer* – felczerzy, *nurse* – pielęgniarki i *mother and*

child health (MCH) – Zdrowie Matki i Dziecka, zgodnie z wykonywanym zawodem.

Przykładowy schemat organizacji pracy w ośrodku przedstawiony został na rycinie 8.

WEEK 1

days	MAPOKEZI		DAWA		MAABARA			CO			NURSES		RCH
	8-14.30	14-18.30	8-14.30	14-18.30	8-16.30	10-14.30	On call	8-16.30	10-14.30	On call	8.16-30	On call	8-16.30
mon	Red	Blue	Green	Blue	Black	Red			Green		Yellow	Blue	Merciana
Tu	Red	Blue	Green	Blue	Black	Red			Green		Yellow	Blue	
wed	Red	Blue	Green	Blue	Black	Red			Green		Yellow	Blue	
Th	Red	Blue	Green	Blue	Black	Red			Green		Yellow	Blue	
Fri	Red	Blue	Green	Blue	Black	Red			Green		Yellow	Blue	
sat	Red	Blue	Green	Blue	Black	Red			Green		Yellow	Blue	
sun	Blue	Blue	Blue	Blue	Red	Red		Green	Green		Blue	Blue	

Maria	Pili	Salima	Tatu	Bhoke	Charles	Daniel	Thomas	Nurse 2
36h	36h	48h	48h	48h	48h	48h	48h	48h

WEEK 2

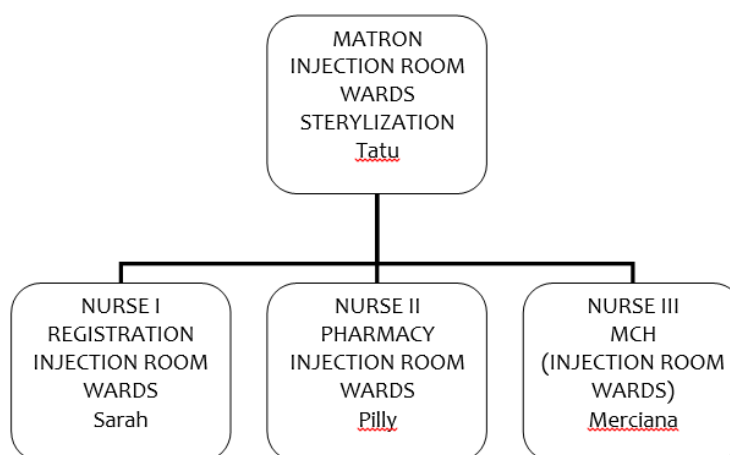
days	MAPOKEZI		DAWA		MAABARA			CO			NURSES		RCH
	8-14.30	14-18.30	8-14.30	14-18.30	8-16.30	10-14.30	On call	8-16.30	10-14.30	On call	8.16-30	On call	8-16.30
mon	Red	Green	Blue	Green	Red	Black		Green			Blue	Yellow	Merciana
Tu	Red	Green	Blue	Green	Red	Black		Green			Blue	Yellow	
wed	Red	Green	Blue	Green	Red	Black		Green			Blue	Yellow	
th	Red	Green	Blue	Green	Red	Black		Green			Blue	Yellow	
fri	Red	Green	Blue	Green	Red	Black		Green			Blue	Yellow	
sat	Red	Green	Blue	Green	Red	Black		Green			Blue	Yellow	
sun	Green	Green	Green	Green	Black	Black					Yellow	Yellow	

Maria	Pili	Salima	Tatu	Bhoke	Charles	Daniel	Thomas	Nurse 2
36h	48h	36h	48h	48h	48h	48h	48h	48h

Rycina 8. Organizacja pracy w systemie zmianowym w cyklu dwutygodniowym na przełomie 2008 i 2009 roku (*mapokezi* – rejestracja; *dawa* – leki, apteka; *maabara* – laboratorium; *co* – clinical officer; *nurses* – pielęgniarki; *MCH* – mother and child health).

Źródło: dokumentacja ośrodka.

ORGANIZATION OF NURSES IN PIER GIORGIO FRASSATI DISPENSARY, KIABAKARI



Rycina 9. Organizacja pracy pielęgniarek i położnych w ośrodku.

Źródło: dokumentacja ośrodka.

Jak wykazała analiza, zaopatrzenie w leki było jednym z najtrudniejszych aspektów organizacyjnych funkcjonowania ośrodka. Niewielka część zapasów pochodziła w badanym okresie z darowizn, jednak administratorzy ośrodka musieli regularnie kupować i dbać o zaopatrzenie w leki. W tym celu udawali się oni regularnie – przynajmniej raz w miesiącu – do oddalonej o ok. 180 km Mwanzy, drugiego co do wielkości miasta Tanzanii. Wolontariusze mieli do dyspozycji samochód osobowy marki Land Rover Defender 110 (rok prod. 1986), ale nie spełniał on swojej roli ze względu na wysokie koszty użytkowania i wysoką awaryjność, tak więc pozostawał jedynie transport publiczny: busiki i autobusy. Zakupione zapasy, w bardzo dobrze funkcjonującej aptece prowadzonej przez Hindusa, wolontariusze przywozili w plecakach na stelażach i kartonach. Leki pochodziły z fabryk z Indii, Chińskiej Republiki Ludowej, Kenii i Tanzanii.



Ryc. 10. Transport leków z Mwanza do Kiabakari.
Fot. J.Żyłka

Personel Centrum Zdrowia w Kiabakari działał w badanym okresie w dwóch miejscowościach: w wiosce Kiabakari, gdzie mieści się siedziba ośrodka i w oddalonej o około

15 kilometrów wiosce Nyakiswa. W tej trudno dostępnej wiosce klinika wyjazdowa (*mobile clinic* – mobilna klinika) była prowadzona w zabudowaniach władz wioski.



Ryc. 11. Wejście i poczekalnia ośrodka w Kiabakari. Widoczny napis *Redemptoris Missio, Poznan – Poland* w podziękowaniu za wkład Fundacji w rozwój ośrodka.
Fot. M. Cofta



Ryc. 12. Główna poczekalnia ośrodka w Kiabakari.
Fot. M. Cofta



Ryc. 13. Budynek samorządu wioski Nyakiswa, w którym prowadzona była klinika wyjazdowa.
Fot. J. Żyłka



Ryc. 14. Pacjenci oczekujący przed budynkiem w miejscowości Nyakiswa.
Fot. M. Cofta

W odpowiedzi na braki w opiece medycznej w środowisku wiejskim w Dystrykcie Wiejskim Musoma polska organizacja pozarządowa – Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* – wybudowała, wyposażała i uruchomiła ośrodek medyczny w Kiabakari. Rejestracja Ośrodka przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej Zjednoczonej Republiki Tanzanii wymagała długotrwałego oczekiwania i przebiegała według schematu: złożenie dokumentacji, wniesienie opłaty rejestracyjnej i oczekiwanie na wydanie decyzji administracyjnej. W przypadku przychodni w Kiabakari formalności te trwały około 8 miesięcy. Konieczne było dwukrotne złożenie dokumentów i wniesienie opłat z powodu zagubienia wniosku przez urzędników.

Od momentu otwarcia ośrodek cieszy się dużym zaufaniem korzystających z niego pacjentów. Przyczynia się do tego w dużej mierze personel placówki, a w szczególności sama obecność polskich wolontariuszy. Medycy pochodzący z krajów Europy czy Ameryki Północnej dają chorym nadzieję na uczciwe i właściwe traktowanie. Przeprowadzona analiza wykazała, że w niektórych przypadkach, w prowadzonych przez rodzimy personel placówkach, dochodzi do licznych nadużyć. Jednym z takich przykładów jest postępowanie techników laboratoryjnych w małych prywatnych laboratoriach. W niewielkiej ilości wydają oni wyniki negatywne przeprowadzanych przez siebie badań, a częściej pozytywne, tzn. potwierdzające występowanie choroby. Wiąże się to z tym, że wiele z tych placówek oprócz świadczenia usług laboratoryjnych zajmuje się dystrybucją leków. Chcąc maksymalizować zyski z działalności, zwiększają sprzedaż leków dzięki wydawaniu wyników poświadczających posiadanie przez pacjenta choroby. Dzieje się to szczególnie często w przypadku malarii i chorób pasożytniczych przewodu pokarmowego. Znamienna jest wypowiedź jednej z osób zamieszkujących okolice Kiabakari, z pochodzenia Norweżki: *Lubimy korzystać z laboratorium Blessed Pier Georgio Frassati Dispensary, bo wydaje ono także wyniki negatywne!*

Świadczenia medyczne oferowane w Blessed Pier Georgio Frassati Dispensary w Kiabakari nie są bezpłatne. Jednak administracja ośrodka, chcąc oferować swoją pomoc jak najszerszej grupie potrzebujących, ustalała ceny respektując możliwości także najbiedniejszych. Jako instytucja nie działająca dla zysku, ale jednak zmuszona do utrzymywania się samodzielnie, jak wiele podobnych instytucji, boryka się z dużymi problemami finansowymi.

Zasadniczo istnieją trzy źródła przychodów ośrodka. Pierwszym są opłaty wnoszone przez pacjentów, którzy płacą za poradę lekarską, badania laboratoryjne i leki. Drugim źródłem są środki otrzymywane w ramach refundacji świadczeń oferowanych pacjentom ubezpieczonym w NHIF (National Health Insurance Found). Trzecim źródłem są darowizny i dotacje. Pomimo, że ceny świadczeń nie są w ośrodku wygórowane wiele osób z ubogiej społeczności okolicznych wiosek ma problemy z ich opłaceniem. Administracja ośrodka (z doświadczeń w latach 2008-2010) starała się zaradzić sytuacjom, kiedy ktoś odstępuje od leczenia ze względów ekonomicznych. Często były bowiem sytuacje, kiedy rodzice nie leczyli swoich dzieci tłumacząc się brakiem funduszy. Rozwiązaniem, z którego korzystano było proponowanie wykonania określonej pracy na rzecz ośrodka, pożyczka finansowa (bezpośrednio z prywatnych funduszy administratorów z Polski) lub rozkładanie należności na raty. Co ciekawe, że nie zaobserwowano sytuacji, by pożyczający pieniędzy nie oddał – pomimo trudności w zarobieniu środków do życia każdy z wierzycieli starał się spłacić dług jak najszybciej. W przypadku pacjentów ubezpieczonych w NHIF liczba osób wnioskujących o rozłożenie płatności na raty była bardzo niska. Było to 5 przypadków na 1 440 osób objętych badaniem, czyli poniżej 0,5% (95% CI 0,2%-1,0%).

Blessed Pier Georgio Frassati Dispensary jest ośrodkiem, który na mocy umowy świadczy usługi osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych (NHIF). Daje to możliwość przyjmowania większej liczby pacjentów, jednak generuje pewne problemy natury organizacyjnej. Wynikają one z procedury zwrotu pieniędzy za świadczenia. Od momentu złożenia prośby o refundację popartą odpowiednimi dokumentami (dokonywane zawsze w pierwszych dniach kolejnego miesiąca) do realizacji czeku upływało (lata 2008-2010) od dwóch do trzech miesięcy. W tym czasie konieczność wydatkowania środków na bieżącą działalność (zakup leków, środków opatrunkowych, wypłat dla personelu) skutkowałą powstawaniem luki finansowej zagrażającej płynności finansowej ośrodka. Owe braki finansowe często trzeba było uzupełniać środkami pozyskanymi od sponsorów, czyli z trzeciego źródła finansowania ośrodka. Na przestrzeni od stycznia do czerwca 2009 roku darowizny od prywatnych darczyńców pozyskane przez administratorów ośrodka wyniosły około 3 454 zł. Środki, które administratorzy musieli wykładać w formie pożyczki z prywatnych funduszy, by zachować płynność finansową ośrodka wynosiły około 7 000 zł.

Ośrodek medyczny w Kiabakari, jak i inne ośrodki medyczne w Tanzanii, ma także możliwość pozyskania dotacji celowych przekazywanych przez instytucje rządowe. Od początku działalności ośrodka w latach 2008-2010 przekazano jedną dotację z District Medical Office in Musoma Rural District. W roku 2009 otrzymano 1 000 000,00 TSh (~714USD; 1 USD1 400 TSh) na przygotowanie gabinetu do przeprowadzania badań na nosicielstwo HIV. Chociaż taka dotacja jest kroplą w morzu potrzeb, jednak każde wsparcie jest w warunkach funkcjonowania wiejskiego ośrodka zdrowia w Afryce bardzo cenne.

District Medical Office w Musomie wspiera także działalność ośrodka na innych płaszczyznach. Pierwszą jest klinika zdrowia matki i dziecka (Mother and Child Health – MCH) oferująca bezpłatną opiekę dzieciom do lat pięciu i kobietom ciężarnym. Zakres pomocy District Medical Office obejmował zatrudnienie i opłacenie ze środków publicznych pielęgniarki /nurse attendant/ (pracującą od sierpnia 2008 do grudnia 2009), oraz zaopatrywanie w szczepionki dla dzieci i leków służących profilaktyce p/malarycznej dla kobiet w ciąży. District Medical Office nadzoruje także dystrybucję innych leków i materiałów laboratoryjnych rozprowadzanych przede wszystkim w ramach projektów pomocy rozwojowej krajów o wysokim dochodzie. Przykładem jest tu lek stosowany w leczeniu malarii – Coartem (Arthemeter/Lumefantrin) – sponsorowany przez Szwajcarów, czy szybkie testy na obecność HIV.

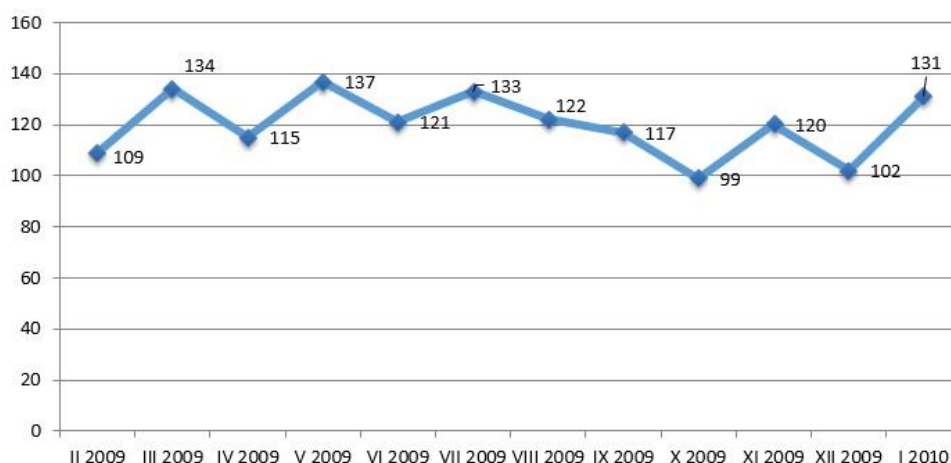
W przypadku mobile clinic wsparcie udzielane przez District Medical Office było nieco rozszerzone. Poza standardowym zaopatrzeniem w szczepionki, leki p/malaryczne i szybkie testy na HIV obejmowało ono dodatkowo 40 litrów paliwa na miesiąc do samochodu i agregatu prądotwórczego.

Przeprowadzona analiza dokumentacji ośrodka w Kiabakari i przegląd wszystkich aspektów jego działalności pokazuje, że pozyskiwanie wsparcia oferowanego przez District Medical Office nie jest sprawą łatwą. Między innymi wynika to z dystansu dzielącego Kiabakari od Musomy – siedziby władz dystryktu, co przy braku w ośrodku stałego niezależnego od komunikacji publicznej transportu sprawia dużą trudność. Część zaopatrzenia pracownicy DMO przywożą bezpośrednio do ośrodka, jednak dostawy te dotyczą głównie zapotrzebowania MCH i bywają nieregularne. Niejednokrotnie, aby pozyskiwać leki, szczepionki, testy diagnostyczne, paliwo do generatora prądu trzeba regularnie pojawiać się w biurze w Musomie. W badanym okresie administratorzy ośrodka starali się odwiedzać je raz

w tygodniu, jednak nie zawsze udało się pozyskać potrzebne materiały. Kilkakrotnie dochodziło do problemów związanych z pozyskiwaniem bezpłatnych leków p/malarycznych (Coartem – Artemether Lumefantrine). Bywały tygodnie, kiedy brakowało lekarstw w magazynach District Medical Office w Musomie, lub otrzymywano leki z krótkim terminem ważności. Uniemożliwiało to właściwą dystrybucję i skutkowało ograniczonym dostępem lekarstw dla pacjentów. Miało to niekorzystne skutki tym bardziej, że Coartem – zwany potocznie w Tanzanii *ALU* (od nazwy substancji leczniczych) – rozprowadzany jest w ośrodku *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* całkowicie bezpłatnie. Brak tego leku odczuwalny był szczególnie dla pacjentów, którzy musieli wydać więcej pieniędzy na leczenie.

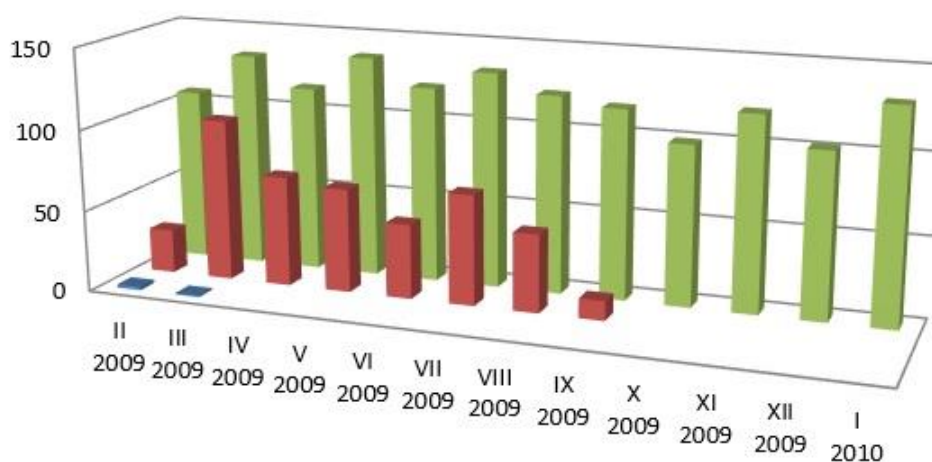
4.2. Charakterystyka badanej populacji

W badanym okresie personel ośrodka medycznego *Błogosławionego Piotra Jerzego Frassatiego* w Kiabakari przyjął 1 440 pacjentów posiadających ubezpieczenie zdrowotne NHIF (ryc. 15). Liczba pacjentów wyniosła średnio miesięcznie $120 \pm 12,4$ – najwięcej przyjęto w marcu (134), a najmniej w październiku (99). Nie obserwowano drastycznych różnic w liczbie pacjentów.



Rycina 15. Rozkład liczby zarejestrowanych wizyt pacjentów posiadających ubezpieczenie (n=1 440) dla poszczególnych miesięcy od lutego 2009 do stycznia 2010 roku.

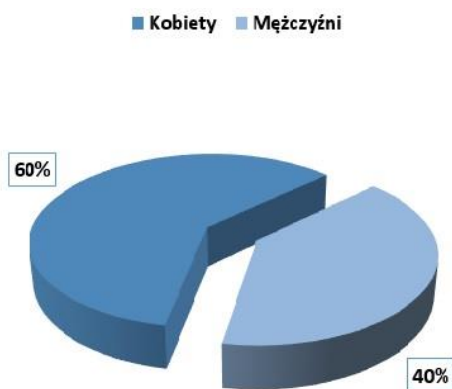
Porady zostały udzielone w dwóch miejscowościach: Kiabakari i Nyakiswa. W wiosce Nyakiswa pomocy medycznej w ramach ubezpieczenia uzyskało w badanym okresie tylko 3 pacjentów. Dla porównania, przez osiem miesięcy działania mobilnej kliniki w Nyakiswa, przyjęto 465 pacjentów nieubezpieczonych (ryc. 16). Odzwierciedla to sytuację ekonomiczną mieszkańców miejscowości, w której mało kto miał opłacone ubezpieczenie zdrowotne. Pacjenci, którzy mieli pracę, a co za tym idzie ubezpieczenie, mieli i tak środki, by leczyć się i dojeżdżać do innych ośrodków medycznych – w tym też do Kiabakari. Wioska Nyakiswa położona jest około 11 km w linii prostej i 15 km drogą od Kiabakari. Pomiędzy tymi miejscowościami znajdują się utrudniające komunikację wzniesienia terenu.



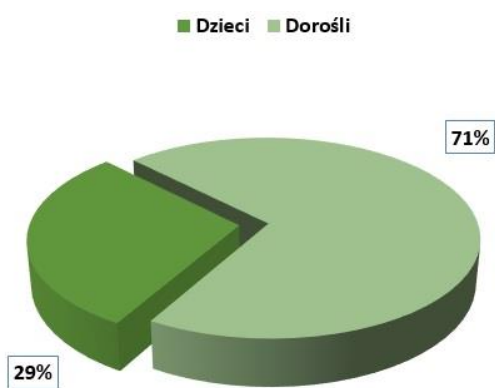
	II 2009	III 2009	IV 2009	V 2009	VI 2009	VII 2009	VIII 2009	IX 2009	X 2009	XI 2009	XII 2009	I 2010
NY U	2	1										
NY BU	27	100	68	64	46	68	48	12				
KIAB U	107	133	115	137	121	133	122	117	99	120	102	131

Rycina 16. Rozkład liczby zarejestrowanych wizyt pacjentów w ośrodku w Kiabakari (KIAB) i klinice mobilnej w Nyakiswa (NY) posiadających ubezpieczenie (U - liczba n=1 440). Dla porównania podano porady płatne podczas mobilnej kliniki w Nyakiswa (BU - n=465) dla poszczególnych miesięcy od lutego 2009 do stycznia 2010 roku.

Pacjenci, z nielicznymi wyjątkami, przybywali do ośrodka głównie z Dystryktu Wiejskiego Musoma (Musoma Rural District). Większość z 1440 pacjentów, czyli 60% (95% CI 57,4%-62,5%) w badanej grupie, stanowiły kobiety (868). Mężczyzn było 572 – pozostałe 40% (95% CI 37,5%-42,6%). Dorosłych kobiet było 685, a 334 dorosłych mężczyzn (ryc. 17). Pozostałe 421 pacjentów, czyli 29% (95% CI 26,7%-31,4%) wszystkich, były to osoby poniżej 18 roku życia (ryc. 18).



Rycina 17. Rozkład procentowy chorych zgłaszających się po poradę ze względu na płeć (n= 1 440).

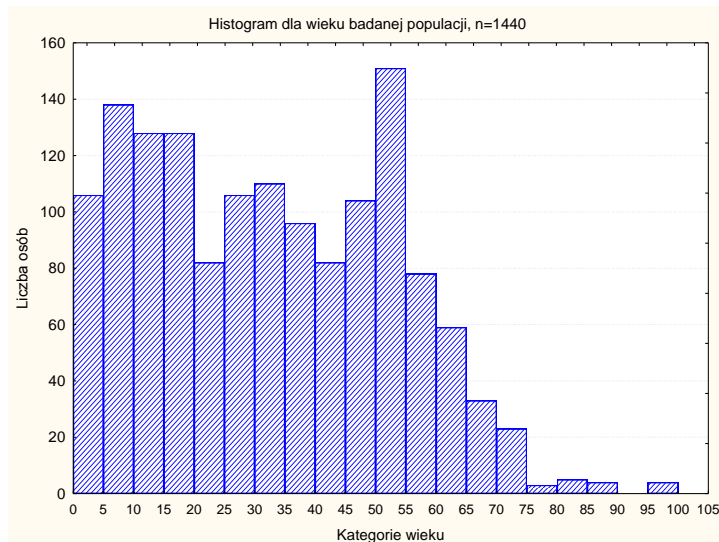


Rycina 18. Rozkład chorych zgłaszających się po poradę z uwzględnieniem dzieci oraz dorosłych (n= 1 440).

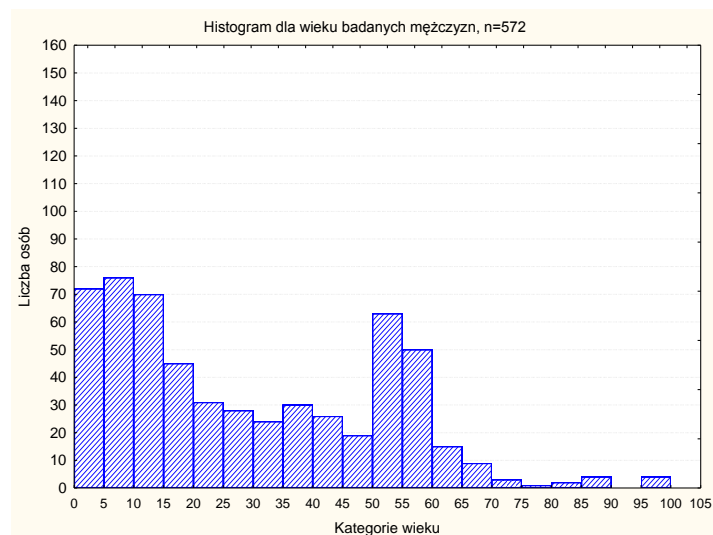
Przeanalizowano dane pacjentów w wieku od 1 do 98 roku życia (tab. 6, ryc. 19, 20, 21). Średnia wieku pacjentów diagnozowanych i leczonych przez personel ośrodka wynosiła $33,1 \pm 20,3$ lata. Średnia wieku dorosłych pacjentów wynosiła 42,1 lat. Średnia wieku pacjentów poniżej 18 roku życia wynosiła 9,4 lat.

Tabela 6. Statystyka opisowa dla wieku w badanej populacji.

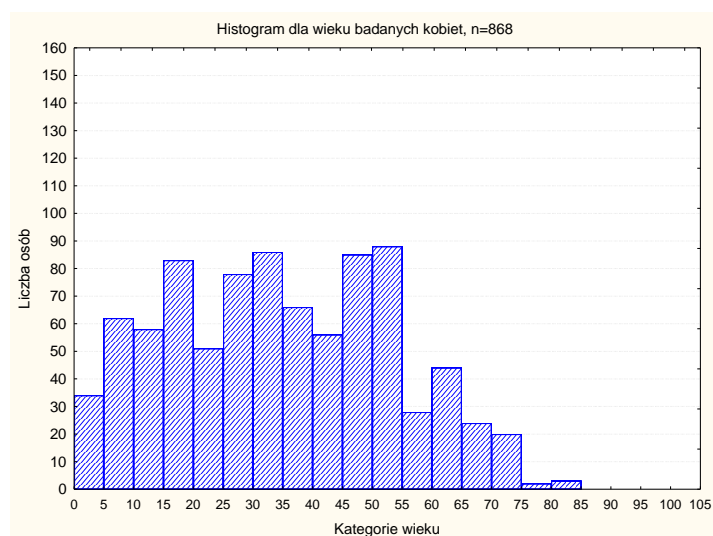
	n	Średnia \pm odch. stand.	Min - max	mediana	Zakres międzykwartyłowy
wszyscy	1 440	$33,1 \pm 20,3$	1,0 - 98,0	32,0	15,0 – 50,5
mężczyźni	572	$29,8 \pm 22,1$	1,0 - 98,0	24,0	10,0 – 51,0
kobiety	868	$35,3 \pm 18,7$	1,0 - 84,0	34,5	19,0 – 50,0



Rycina 19. Histogram dla wieku badanej populacji ośrodka w Kiabakari (n=1 440).



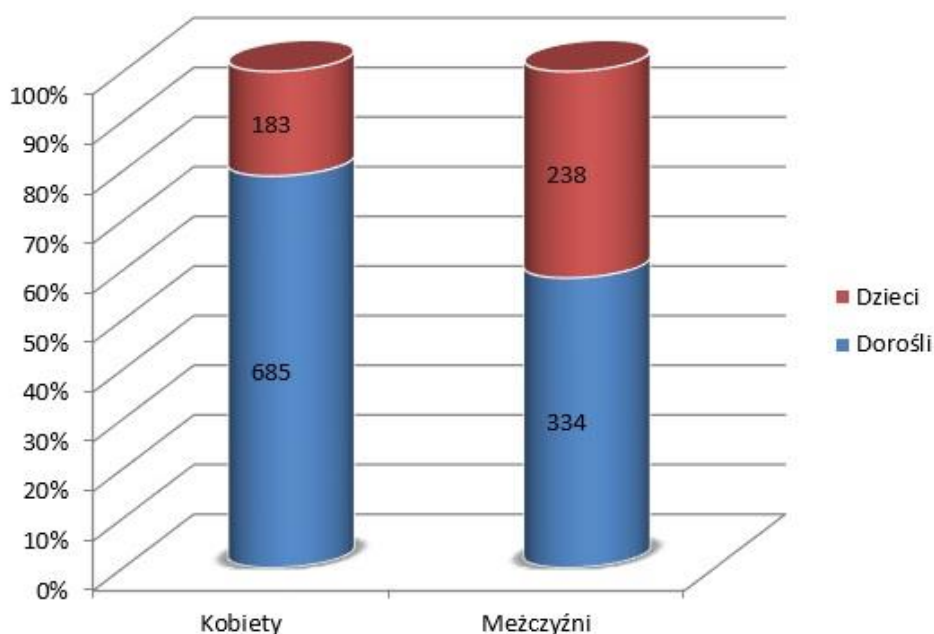
Rycina 20. Histogram dla wieku badanych w ośrodku w Kiabakari mężczyzn (n=572).



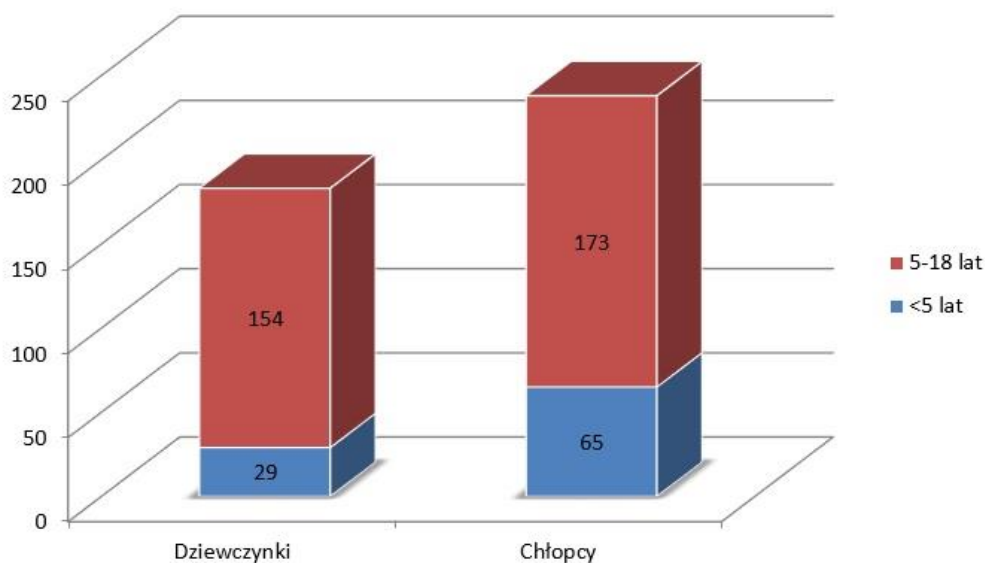
Rycina 21. Histogram dla wieku badanych w ośrodku w Kiabakari kobiet (n=868).

Procentowy udział pacjentów poniżej 18 roku życia w grupie mężczyzn (41,6%; 95% CI 37,5%-45,8%) był o blisko połowę wyższy od analogicznego w grupie kobiet (21,1%; 95% CI 18,4%-24,0%) (ryc. 22). Różnica ta wynosiła $\Delta=20,5\%$ (95% CI 15,6%-25,3%) i była znamienne statystycznie ($p<0,0001$).

W grupie pacjentów poniżej 18 roku życia 56,5% (95% CI 51,6%-61,3%) stanowili chłopcy (238), a 43,5% (95% CI 38,7%-48,4%) dziewczynki (183). Różnica wynosiła $\Delta=13,0\%$ (95% CI 6,2%-19,5%) i była znamienne statystycznie ($p=0002$). Rozkład liczebny dzieci poniżej 5 roku życia według płci kształtował się następująco: 29 dziewczynek i 65 chłopców (ryc. 23). Jest to odpowiednio 15,8% (95% CI 10,8%-21,9%) i 27,3% (95% CI 21,7%-33,4%) w stosunku do wszystkich pacjentów u każdej z płci poniżej 18 roku życia, co daje istotną statystycznie ($p<0,0001$) różnicę $\Delta=11,5\%$ (95% CI 7,2%-15,9%).

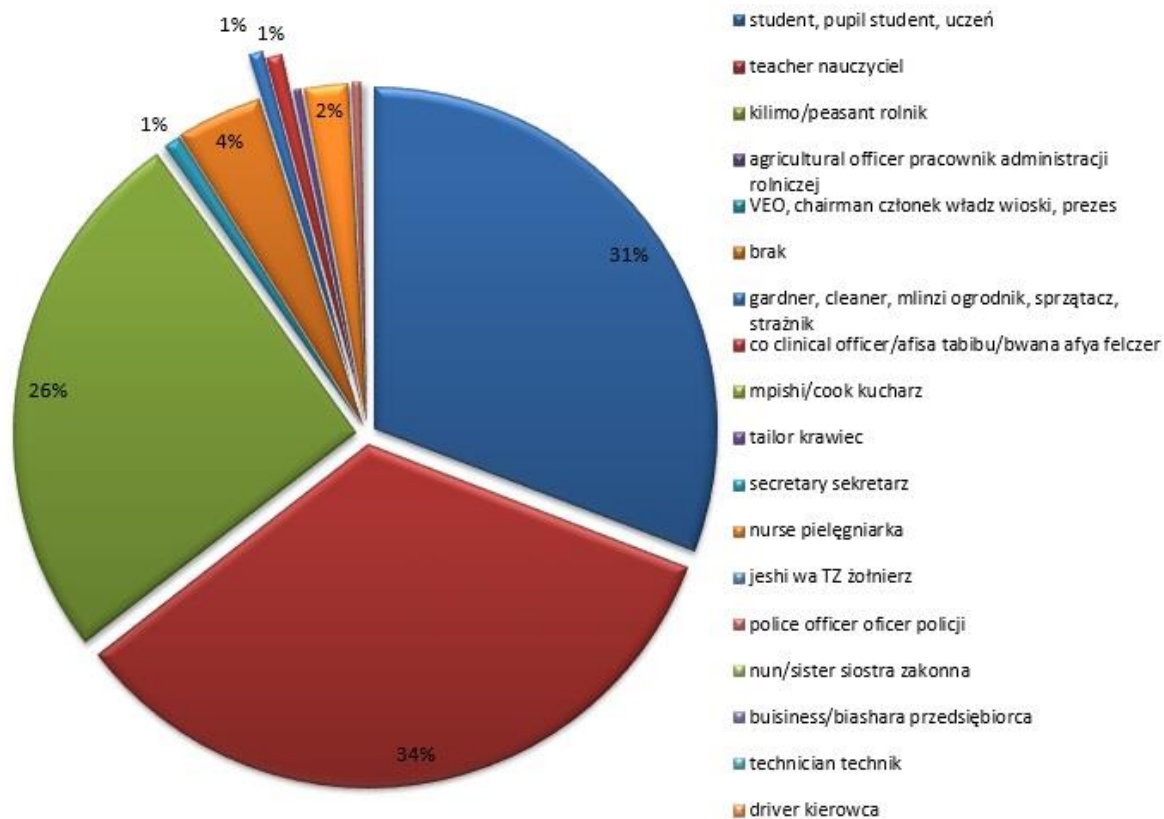


Rycina 22. Udział procentowy dzieci i młodzieży do 18 roku życia wśród ubezpieczonych pacjentów zgłaszających się po poradę ($n= 1\ 440$) z uwzględnieniem płci.



Rycina 23. Rozkład ilościowy pacjentów poniżej 5 roku życia oraz do 18 roku życia wśród ubezpieczonych pacjentów zgłaszających się po poradę (n= 1 440).

Zgodnie z deklaracjami pacjentów, które zostały odnotowane w analizowanej dokumentacji, oprócz 4% (58) osób, którzy nie podali zawodu lub nie został on zapisany przez personel, reprezentowali oni szesnaście grup zawodowych oraz grupę uczniów i studentów (ryc. 21). Najliczniej reprezentowani byli nauczyciele w liczbie 485 (33,68%; 95% CI 31,2%-36,2%). Drugą – uczniowie i studenci 444 (30,83%; 95% CI 28,5%-33,3%), trzecią – rolnicy 369 (25,62%; 95% CI 23,4%-28,0%). Kolejnymi grupami – poniżej 2% każda – byli w kolejności: pielęgniarki (29), przedstawiciele władz wioski i kadry zarządzającej (12); felczerzy (11); ogrodnik, sprzątacznik, strażnik (10); policjanci (6); krawcy (5); sekretarz (2); żołnierz (2); pracownik administracji rolniczej (2); kucharz (1); zakonnica (1); przedsiębiorca (1); technik (1) i kierowca (1). Pacjenci należący do grup, gdzie liczebność nie przekroczyła 30 osób stanowili łącznie 5,8% (84; 95% CI 4,7%-7,1%) wszystkich pacjentów.



Rycina 24. Udział procentowy poszczególnych grup zawodowych wśród diagnozowanych pacjentów (n= 1 440).

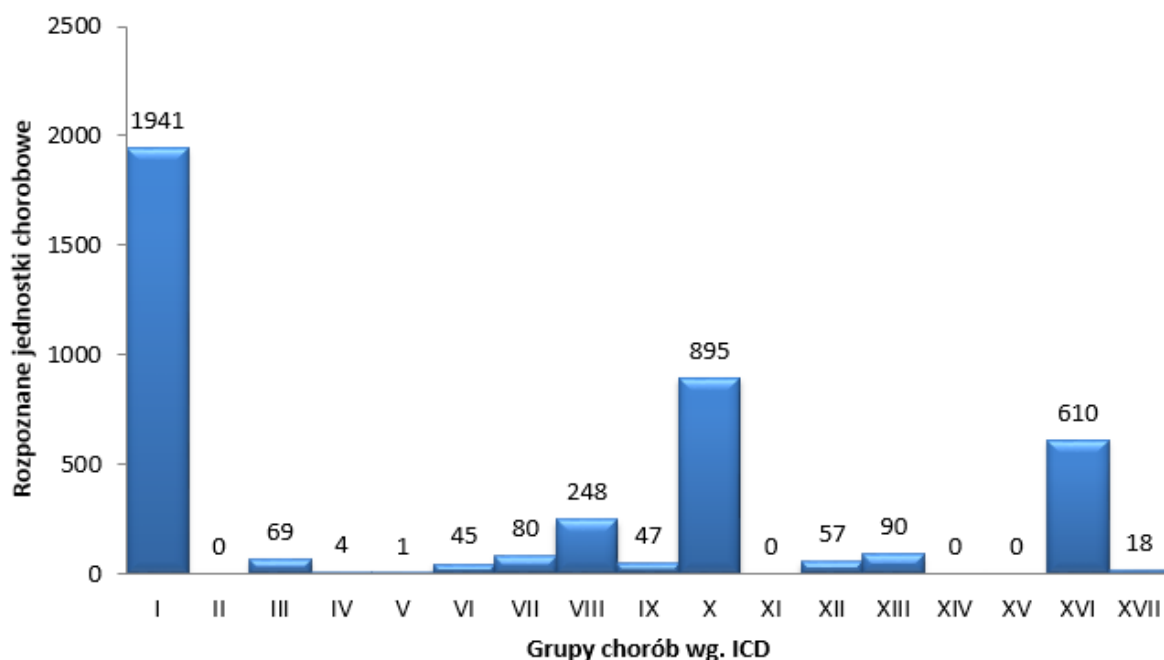
4.3. Występowanie chorób na podstawie dostępnej dokumentacji

Do kodowania chorób, zgodnie z regulacjami NHIF, stosowano w ośrodku przygotowaną i zaakceptowaną przez powyższą instytucję listę *International Classification of Diseases – List of Three-Digit Categories* (patrz aneks). Pacjentom uzyskującym w badanym okresie dwunastu miesięcy porady w ramach działalności ośrodka Błogostawionego Piotra Jerzego Frassatego postawiono diagnozy w sumie 4 105 jednostek chorobowych. Wynika z tego, że na jedną wizytę przypadało określenie średnio $2,9 \pm 1,03$ rozpoznań (4 105 na 1 440 wizyt); w zakresie od 1 do 7 na wizytę (tab. 7).

Tabela 7. Liczba i udział procentowy pacjentów uzyskujących określoną liczbę rozpoznań podczas jednej wizyty (n=1 440).

Liczba rozpoznań:	1	2	3	4	5	6	7
Liczba pacjentów:	131	395	560	273	75	5	1
Procent populacji badanej:	9,1%	27,4%	38,9%	19,0%	5,2%	0,3%	0,1%
95% CI	7,7%-10,7%	25,1%-29,8%	36,4%-41,5%	17,0%-21,1%	4,1%-6,5%	0,1%-0,7%	0,0%-0,4%

Na podstawie analizy dokumentacji ośrodka przedstawiono na rycinie 25 rozkład ilościowy rozpoznanych jednostek chorobowych (n=4 105) według grup ICD dla pacjentów objętych ubezpieczeniem (n=1 440). W okresie dwunastu miesięcy od lutego 2009 do stycznia 2010 roku, posługując się wspomnianą klasyfikacją, najczęściej przypadków chorób zaobserwowano w grupie I – *chorób zakaźnych i pasożytniczych* (1 941 przypadków), co stanowi 47,3% (95% CI 45,8% to 48,8%) wszystkich rozpoznań (ryc. 26). Drugą liczebnie grupą (895 przypadków) były choroby należące do *chorób układu moczowo-płciowego* 21,8% (95%CI 20,5%-23,1%) – grupa X (ryc. 27), a trzecią i czwartą odpowiednio: grupa XVI – 610 rozpoznań – *objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych gdzie indziej niesklasyfikowane* (14,8%; 95% CI 13,7%-15,9%) (ryc. 28) i grupa VIII – 248 rozpoznań – *choroby układu oddechowego* (6,0%, 95% CI 5,3%-6,8%) (ryc. 29). Inne choroby – *takie jak choroby układu kostno-mięśniowego i tkanki łącznej* (90), *jak i choroby układu krążenia* (80), *zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia, przemiany metabolicznej i zaburzenia mechanizmów immunologicznych* (69) stanowiły około 2% i mniej ze wszystkich zdiagnozowanych jednostek chorobowych. Wśród diagnozowanych chorób nie ma chorób z czterech grup ICD: II – *nowotwory*, XI – *komplikacja związane z ciążą, porodem i okresem poporodowym*, XIV – *wady rozwojowe wrodzone*, XV – *niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym*.



I. CHOROBY ZAKAŻNE I PASOŻYTNICZE	INFECTIOUS AND PARASITIC DISEASES
II. NOWOTWORY	NEOPLASMS
III. ZABURZENIA WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, STANU ODŻYWIENIA, PRZEMIANY METABOLICZNEJ I ZABURZENIA MECHANIZMÓW IMMUNOLOGICZNYCH	ENDOCRINE, NUTRITIONAL AND METABOLIC DISEASES AND IMMUNITY DISORDERS
IV. CHOROBY KRWI I NARZĄDÓW KRWIOTWÓRCZYCH	DISEASES OF BLOOD AND BLOOD-FORMING ORGANS
V. ZABURZENIA PSYCHICZNE	MENTAL DISORDERS
VI. CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO I ORGANÓW ZMYŚLÓW	DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM AND SENSE ORGANS
VII. CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA	DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM
VIII. CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO	DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM
IX. CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO	DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM
X. CHOROBY UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO	DISEASES OF THE GENITOURINARY SYSTEM
XI. KOMPLIKACJE ZWIĄZANE Z CIAŻĄ, PORODEM I OKRESEM POPORODOWYM	COMPLICATIONS OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE PUERPERIUM
XII. CHOROBY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ	DISEASES OF THE SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE
XIII. CHOROBY UKŁADU KOSTNO-MIĘŚNIOWEGO I TKANKI ŁĄCZNEJ	DISEASES OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM AND CONNECTIVE TISSUE
XIV. WADY ROZWOJOWE WRODZONE	CONGENITAL ANOMALIES
XV. NIEKTÓRE STANY ROZPOCZNAJĄCE SIĘ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM	CERTAIN CONDITIONS ORIGINATING IN THE PERINATAL PERIOD
XVI. OBJAWY, CECHY CHOROBOWE ORAZ NIEPRAWIDŁOWE WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH GDZIE INDEJ NIESKLASYFIKOWANE	SYMPTOMS, SIGNS AND ILLDEFINED CONDITIONS
XVII. URAZY I ZATRUCIA	INJURY AND POISONING

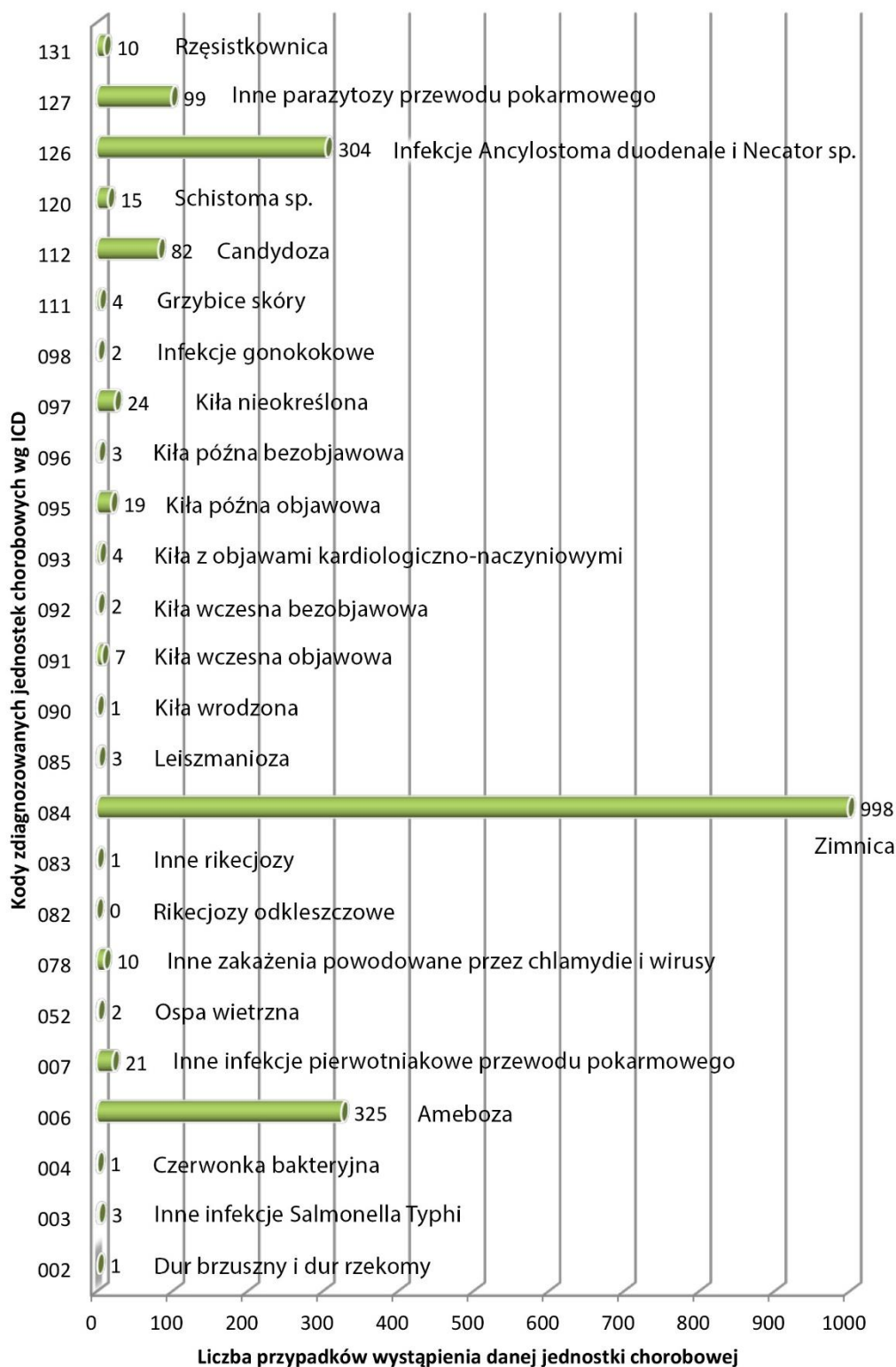
Rycina 25. Rozkład ilościowy rozpoznanych jednostek chorobowych (n=4 105) według grup ICD dla pacjentów objętych ubezpieczeniem (n=1 440) wraz z nazwami poszczególnych grup chorób zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób (*International Classification of Diseases*) używaną w ośrodku według procedur NHIF.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że oprócz chorób tropikalnych, takich jak malaria (zimnica), występująca u 69,3% (998/1440; 95% CI 66,8%-71,7%) pacjentów, ameboza – u 22,6% (325/1440; 95% CI 20,5%-24,8%) i schistosomoza – u 1,0% (15/1440; 95% CI 0,5%-1,7%) pacjentów oraz parazytozy przewodu pokarmowego: tęgoryjce u 21,1% (304/1440; 95% CI 19,0%-23,3%) glistnica u 6,9% (99/1440; 95% CI 5,6%-8,3%) najczęstszymi schorzeniami leczonymi w ośrodku były: choroby układu moczowego obecne u 62,1% (895/1440; 95% CI 59,5%-64,6%) pacjentów, zapalenie płuc zdiagnozowane u 9,9% (143/1440; 95% CI 8,4%-11,6%), infekcje oportunistyczne takie jak kandydoza zdiagnozowana u 5,7% (82/1440; 95% CI 4,6%-7,0%) pacjentów, infekcje przenoszone drogą płciową zdiagnozowane u 4,3% (62/1440; 95% CI 3,3%-5,5%) pacjentów, choroby górnych dróg oddechowych zdiagnozowane u 3,9% (56/1440; 95% CI 3,0%-5,0%) przyjętych pacjentów.

Infekcje układu moczowego 62.1% % (95CI 59.5%-64.6%) występowały wprawdzie rzadziej niż malaria 69.3% (95CI 66,8%-71,7%), różnica była znamienna statystycznie $\Delta=7,2\%$ (95CI 3,7%-10,6%; $p<0,0001$) jednak częściej niż inne choroby tropikalne zaczynając od pełzakowicy 22,6% (95CI 20,5%-24,8%) gdzie różnica wynosiła $\Delta=39,5\%$ (95CI 36,1%-42,7%) i była znamienna statystycznie ($p<0,0001$). Czyli, że infekcje układu moczowego były równie ważne jak choroby tropikalne.

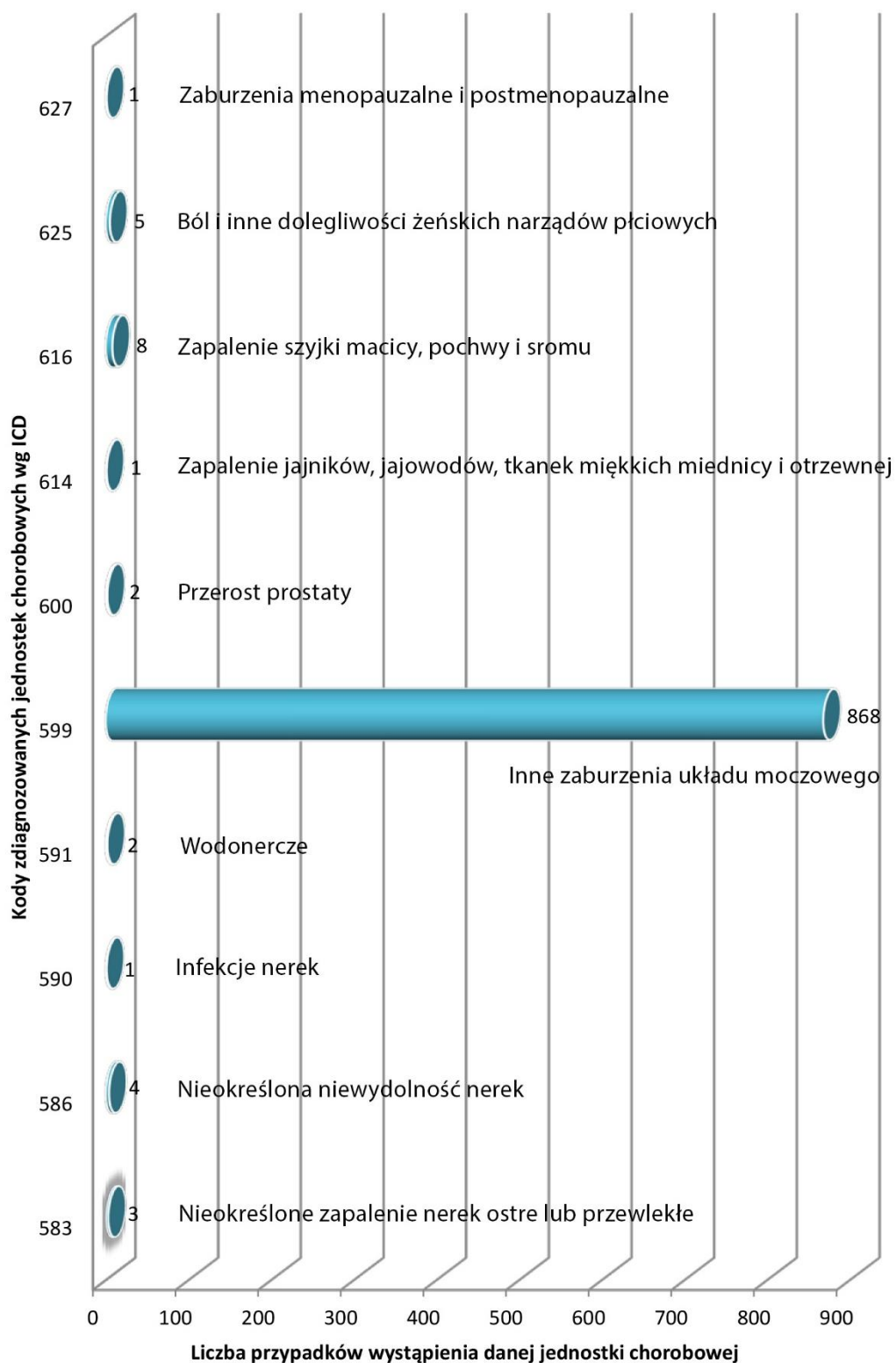
Podane na poniższych rycinach grupy najczęściej rozpoznawanych chorób zostały umieszczone według liczebności rozpoznań w kolejności: *choroby zakaźne i pasożytnicze* (ryc. 26), *choroby układu moczowo-płciowego* (ryc. 27), *objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych gdzie indziej niesklasyfikowane* (ryc. 28) i *choroby układu oddechowego* (ryc. 29).

Grupa I choroby zakaźne i pasożytnicze



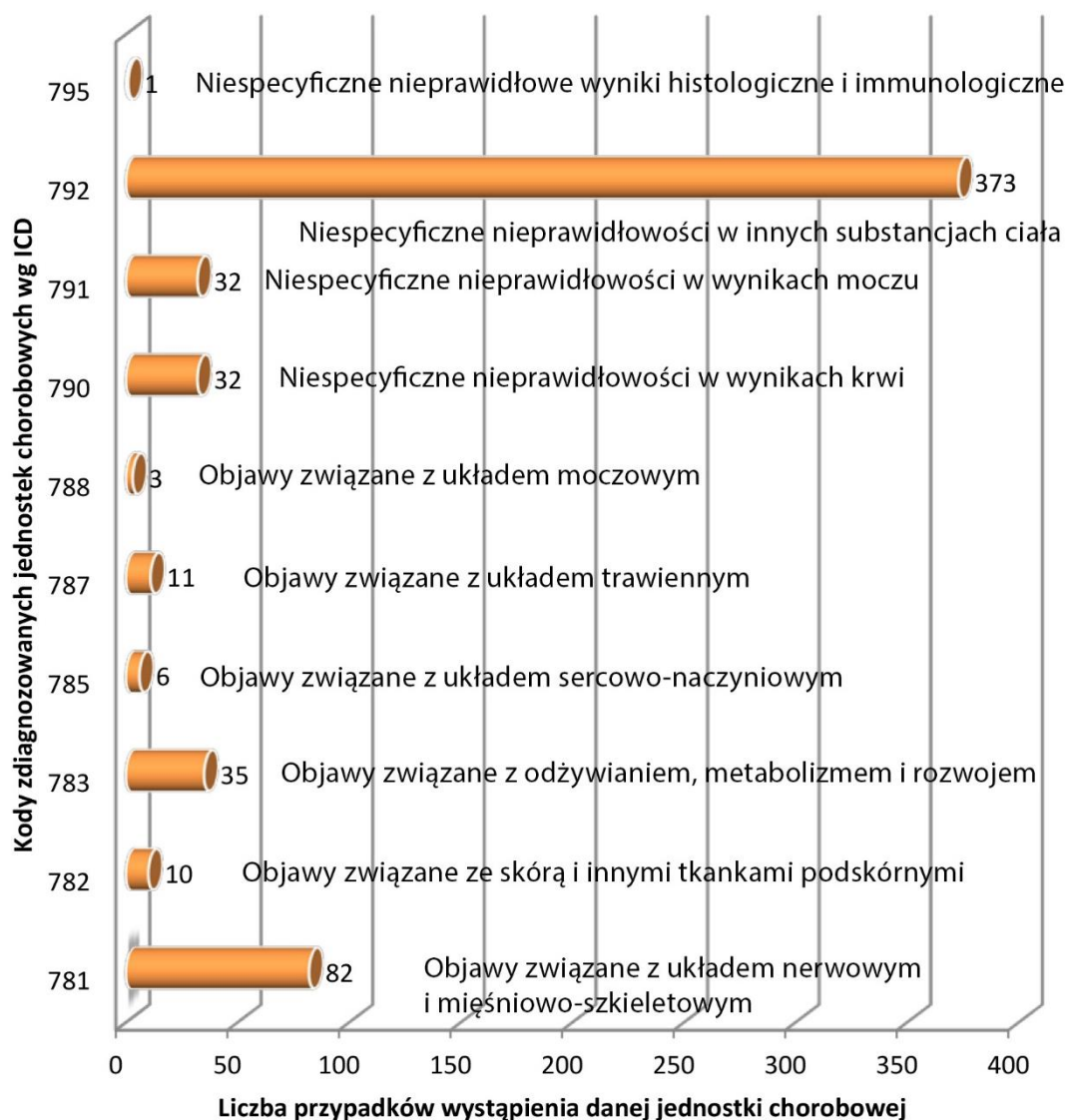
Rycina 26. Występowanie zdiagnozowanych u pacjentów ośrodka (n=1 440) chorób zakaźnych (n=1 941).

Grupa X choroby układu moczowo-płciowego



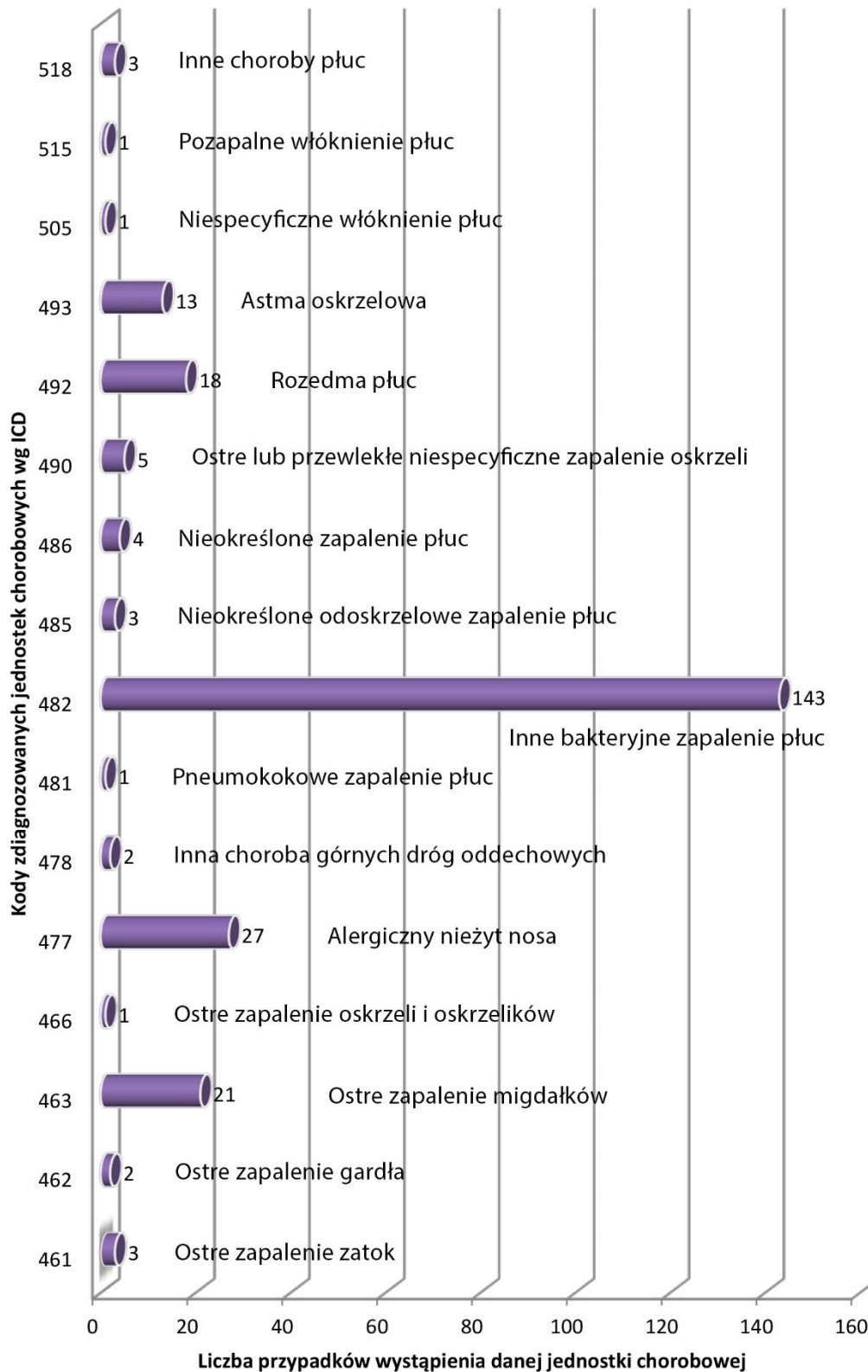
Rycina 27. Występowanie zdiagnozowanych chorób układu moczowo-płciowego (n=895) u pacjentów ośrodka (n=1 440).

Grupa XVI objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych gdzie indziej niesklasyfikowane



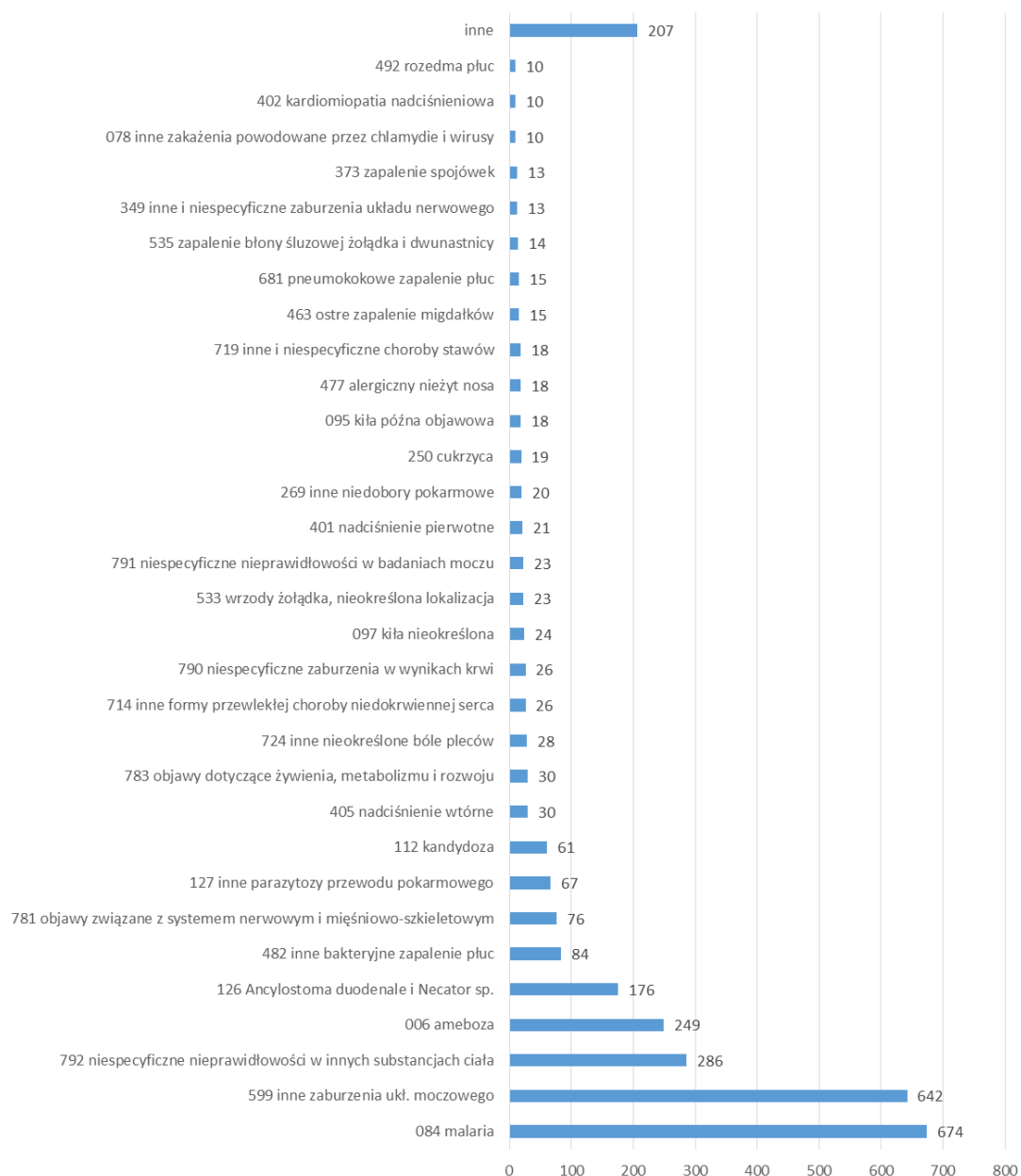
Rycina 28. Występowanie objawów, cech chorobowych oraz nieprawidłowych badań klinicznych gdzie indziej niesklasyfikowanych (n=610) u pacjentów ośrodka (n=1 440).

Grupa VIII choroby układu oddechowego

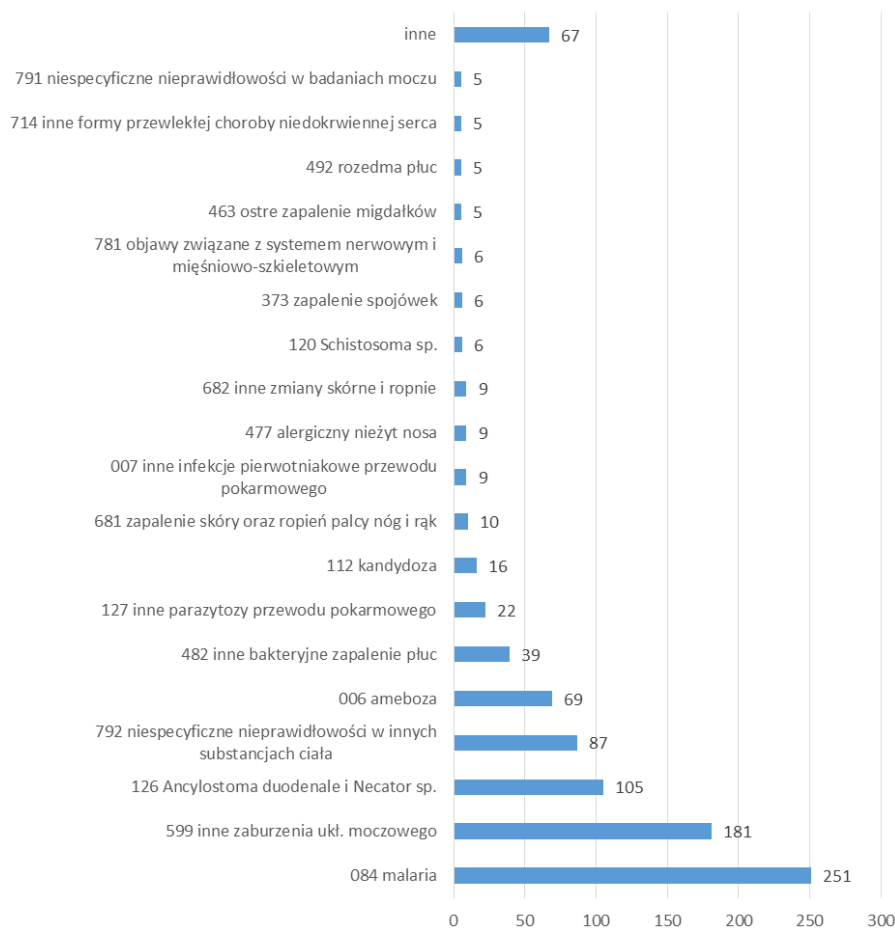


Rycina 29. Występowanie zdiagnozowanych chorób układu oddechowego (n=248) u pacjentów ośrodka (n=1 440).

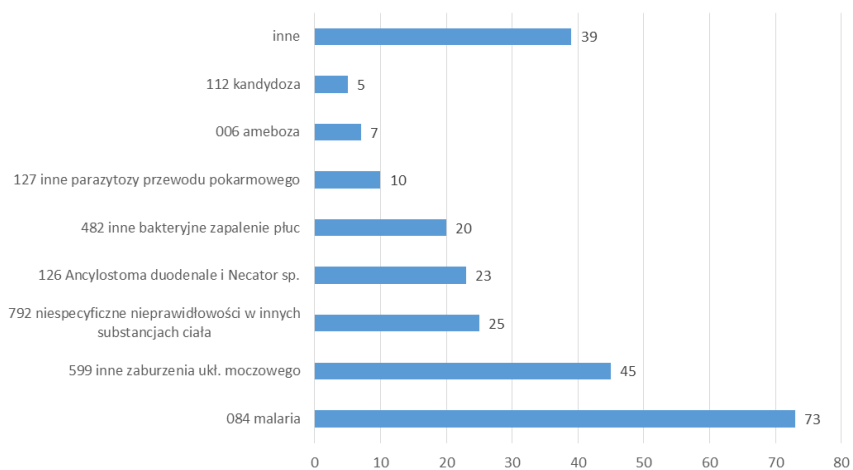
Rozpoznania stawiane w różnych grupach wiekowych pacjentów Ośrodka wykazywały różnice pod względem liczby (ryc. 30, 31, 32). Rozpoznanie malarii, które było najczęstsze w każdej z grup: poniżej 5 r.ż., od 5 do 18 i powyżej 18 r.ż., u pacjentów powyżej 18 roku życia było stawiane proporcjonalnie rzadziej: o $\Delta=10,7\%$ (95% CI 5,1%-15,9%) niż u pacjentów w wieku od 5 do 18 r.ż. ($p=0,0003$), a o $\Delta=11,6\%$ (95% CI 1,8%-19,4%) niż u pacjentów poniżej 5 r.ż. ($p=0,0221$), co w obu przypadkach dawało różnicę istotną statystycznie.



Rycina 30. Schorzenia rozpoznawane w grupie pacjentów powyżej 18 roku życia (n=1 019) z uwzględnieniem najczęściej występujących.



Rycina 31. Schorzenia rozpoznawane w grupie pacjentów od 5 do 18 roku życia (n=327) z uwzględnieniem najczęściej występujących.



Rycina 32. Schorzenia rozpoznawane w grupie pacjentów do 5 roku życia (n=94) z uwzględnieniem najczęściej występujących.

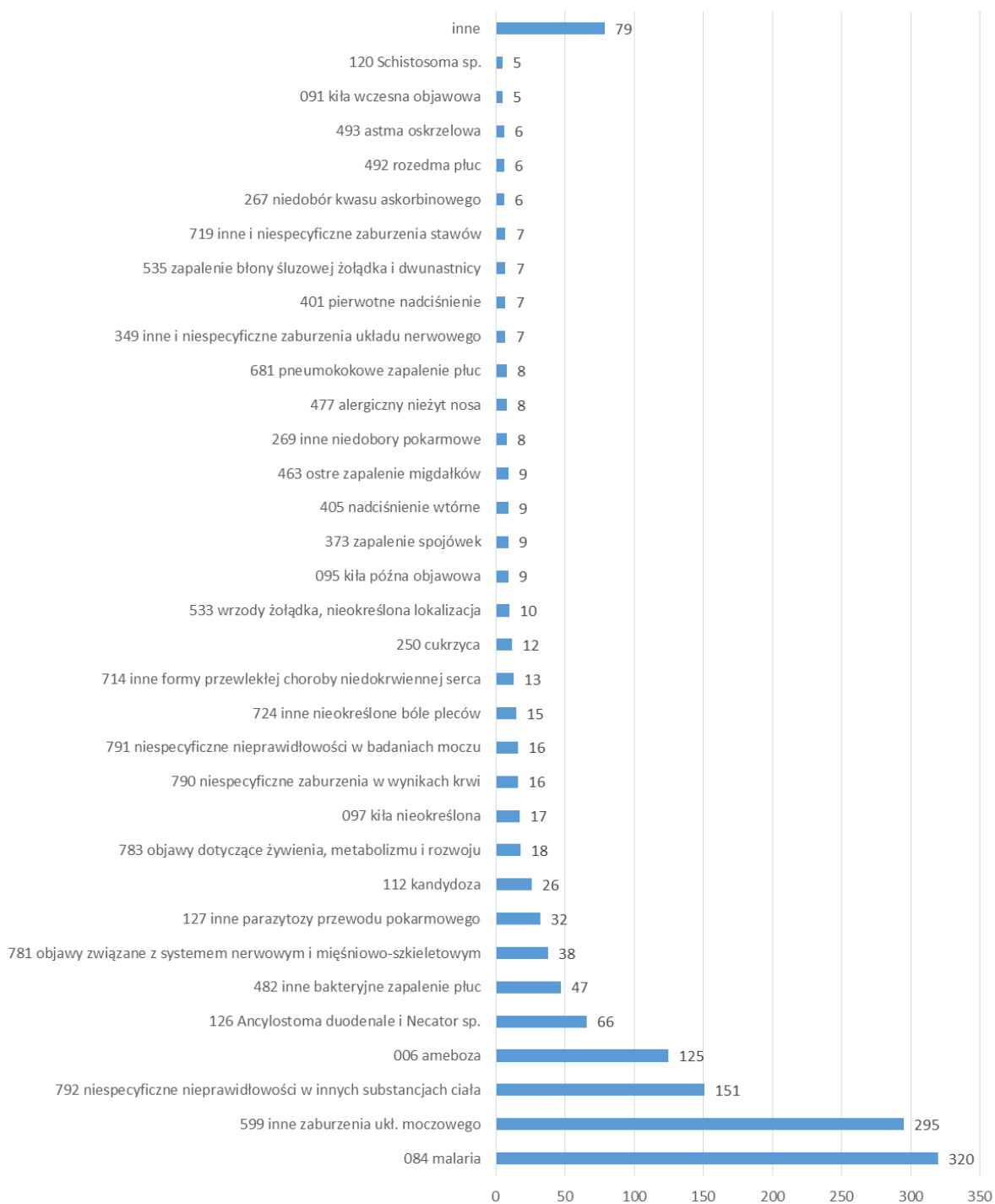
Istotną statystycznie różnicę wykazuje także porównanie diagnozy *inne bakteryjne zapalenie płuc*, które poniżej 5 r.ż. było postawione u 21,3% (95% CI 13,5%-31,0%) pacjentów, więc zdecydowanie częściej niż w pozostałych dwóch grupach: w stosunku do pacjentów

powyżej 18 r.ż. różnica wynosiła $\Delta=13,1\%$ (95% CI 5,8%-22,5%; $p<0,0001$), w stosunku do pacjentów pomiędzy 5 a 18 r.ż. $\Delta=9,4\%$ (95% CI 1,3%-19,2%, $p=0,02$).

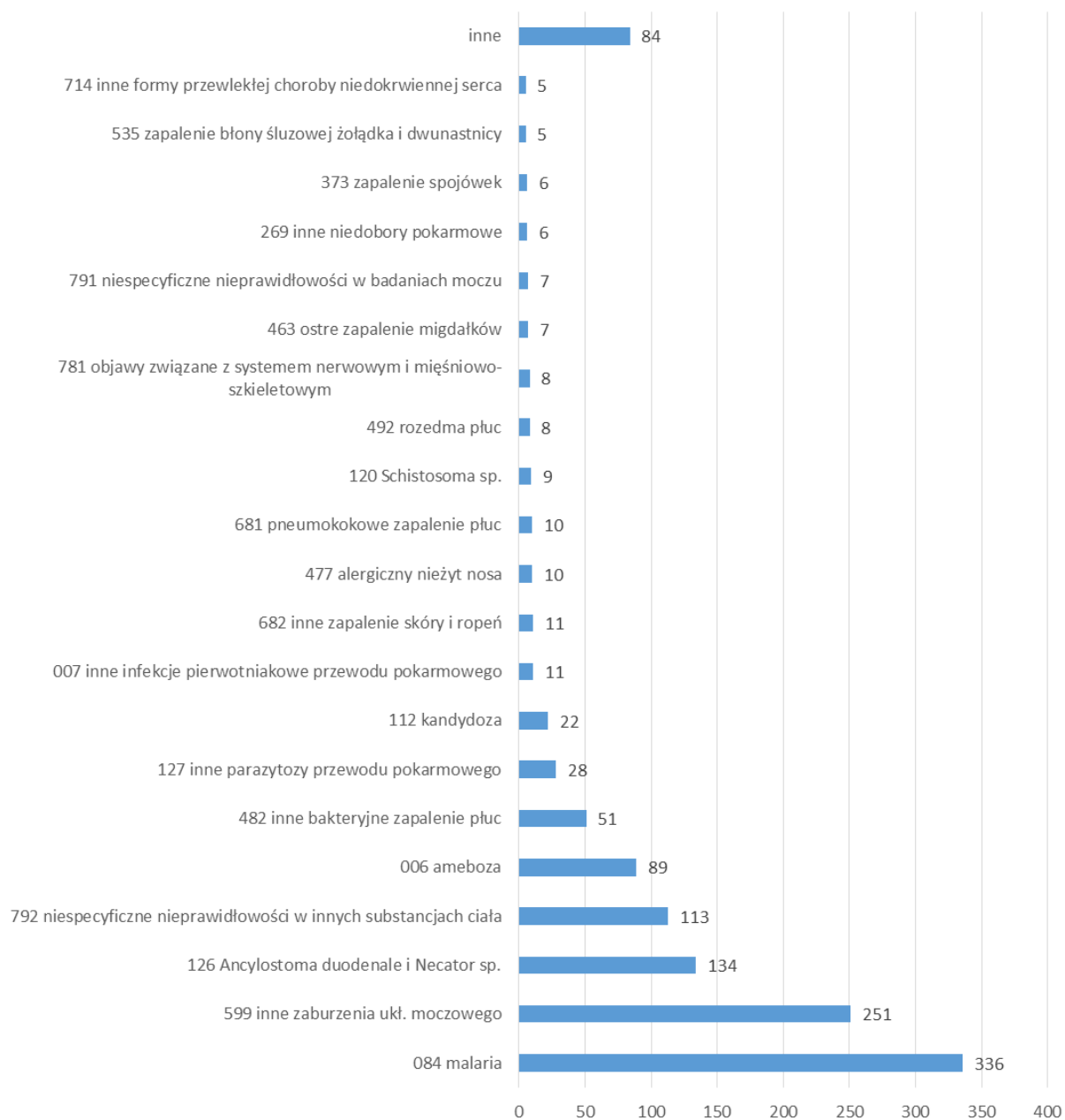
Analogicznie do powyższej, przeprowadzono analizę częstości stawianych rozpoznań w trzech najliczniejszych grupach zawodowych pacjentów ośrodka *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary*. Obrazuje to tabela 8 oraz ryciny 33, 34, 35. W grupie uczniów i studentów malaria rozpoznana została u 75,7% badanych, co jest o $\Delta=7,1\%$ (95% CI 0,9%-13,3%) więcej niż u rolników i o $\Delta=9,7\%$ (95% CI 3,8%-15,4%) więcej niż u nauczycieli. Różnice były istotne statystycznie (odpowiednio: $p=0,0241$ i $p=0,0012$). Na szczególną uwagę zasługuje rozpoznanie schorzenia o kodzie 126 – tęgoryjce (*Infekcje Ancylostoma duodenale i Necator sp.*), które występowało u uczniów i studentów jako trzecia co do częstości choroba (134 rozpoznania na 444 pacjentów, czyli 30,2%; 95% CI 26,0%-34,7%). Było to więcej o $\Delta=16,6\%$ w stosunku do liczby tego rozpoznania u nauczycieli (13,6%; 95% CI 10,7%-17,0%), co dawało różnicę istotną statystycznie ($p<0,0001$). Rolnicy natomiast otrzymali rozpoznanie infekcji tęgoryjców w 21,7% (95% CI 17,6%-26,3%), co było o $\Delta=8,1\%$ (95% CI 3,0%-13,4%) więcej niż u nauczycieli ($p=0,0019$), ale o $\Delta=8,5\%$ (95% CI 2,4%-14,4%) mniej niż u uczniów ($p=0,0062$).

Tabela 8. Porównanie najczęściej rozpoznawanych chorób w grupach zawodowych (nauczyciele, $n=485$; studenci i uczniowie, $n=444$; rolnicy, $n=369$).

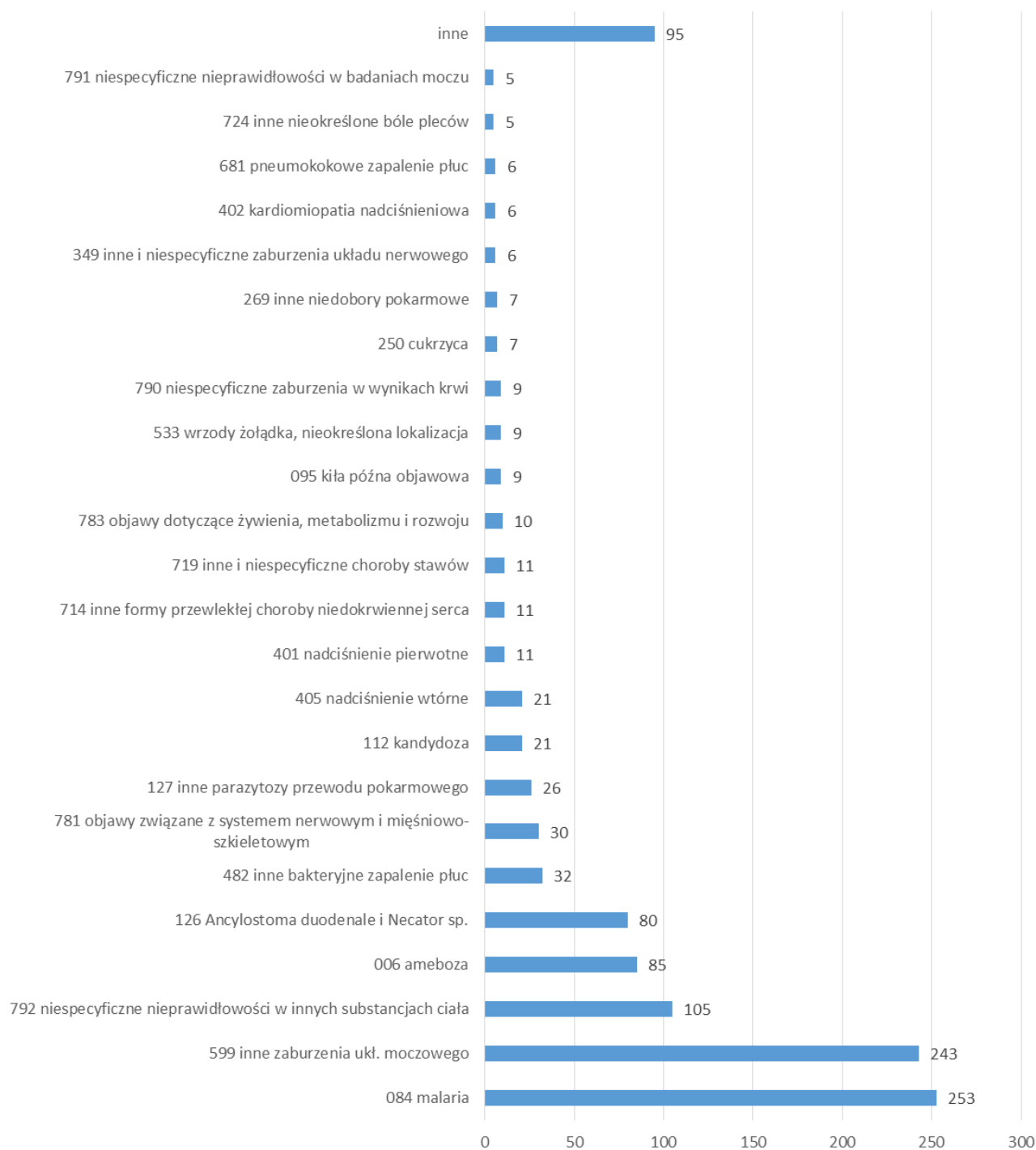
	1	2	3	4	5	6
nauczyciele n=485	084 malaria	599 inne zaburzenia ukł. moczowego	792 Niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała	006 ameboza	126 Infekcje Ancylostoma duodenale i Necator sp.	482 inne bakteryjne zapalenie płuc
	320 66,0%	295 60,8%	151 31,1%	125 25,8%	66 13,6%	47 9,7%
studenci i uczniowie n=444	084 malaria	599 inne zaburzenia ukł. moczowego	126 Infekcje Ancylostoma duodenale i Necator sp.	792 Niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała	006 ameboza	482 inne bakteryjne zapalenie płuc
	336 75,7%	251 56,5%	134 30,2%	113 25,5%	89 20,0%	51 11,5%
rolnicy n=369	084 malaria	599 inne zaburzenia ukł. moczowego	792 Niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała	006 ameboza	126 Infekcje Ancylostoma duodenale i Necator sp.	482 inne bakteryjne zapalenie płuc
	253 68,6%	243 65,9%	105 28,5%	85 23,0%	80 21,7%	32 8,7%



Rycina 33. Schorzenia rozpoznawane w grupie nauczycieli (n=485) z uwzględnieniem najczęściej występujących.



Rycina 34. Schorzenia rozpoznawane w grupie uczniów i studentów (n=444) z uwzględnieniem najczęściej występujących.



Rycina 35. Schorzenia rozpoznawane w grupie rolników (n=369) z uwzględnieniem najczęściej występujących.

4.4. Diagnostyka laboratoryjna i inne badania diagnostyczne w ośrodku

W badanym okresie grupie 1 440 pacjentów zlecono i wykonano 3 221 badań diagnostycznych. Z tego 3 214 były to testy laboratoryjne. Oprócz tego przeprowadzono 5 badań elektrokardiograficznych i 2 badania USG. Jakkolwiek badania EKG były wykonywane przez lokalny personel ośrodka pod nadzorem lekarza z Polski, jednak badanie USG wykonywał tylko on sam. Wolontariusze z Polski rozpoczęli wprowadzić szkolenie felczerów (CO) w tym zakresie, ale – szczególnie nauka wykonywania badania ultrasonograficznego – napotykała trudności wynikające w dużej mierze z braku dostatecznej wiedzy o anatomicznej budowie ciała.

Tabela 9. Liczba przeprowadzonych badań (n=3 221) wśród pacjentów ośrodka (n=1 440).

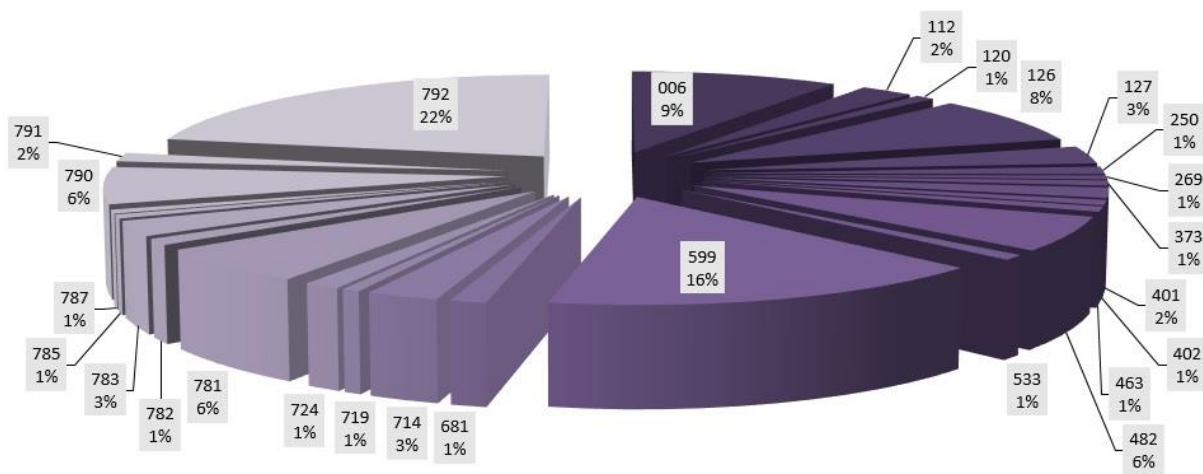
badanie	
Badanie grubej kropli i cienkiego rozmazu krwi włośniczkowej	1 141
Badanie moczu	1 018
Badanie kału	932
Diagnostyka kiły – RPR (ang. rapid plasma reagin card)	94
Pomiar stężenia glukozy we krwi	18
Badania krwi obwodowej	8
Odczyn Biernackiego - OB (ang. erythrocyte sedimentation rate , ERS)	2
Odczyn Widala	1
Elektrokardiografia	5
Ultrasonografia (USG)	2

Badanie grubej kropli i cienkiego rozmazu krwi włośniczkowej

Badanie grubej kropli i cienkiego rozmazu krwi włośniczkowej jest złotym standardem w diagnostyce malarii. Gruba kropla służy do stwierdzenia obecności rozwojowych form *Plasmodium* spp a więc jako metoda jakościowa. Barwienie metodą Giemsy uwidacznia formy rozwojowe zarodźców obecnych wcześniej w erytrocytach. W grubej kropli obecnych jest nawet 50x więcej form rozwojowych niż w cienkim rozmazie co zwiększa znacząco prawdopodobieństwo wykrycia zimnicy. Do oceny wysokości parazytemii oraz określenia

gatunku bądź gatunków wywołujących chorobę niezbędne jest wykonanie cienkiego rozmazu. Wówczas utrwalone metanolem i wybarwione krwinki czerwone ułożone są obok siebie i pozwalają na ocenę morfologii form rozwojowych zarodźców w mikroskopie optycznym pod 1000x powiększeniem z immersją (KUDŁOWSKA, FRĄCKOWIAK 2016)

W ośrodku Kiabakari, w okresie analizowanym w pracy doktorskiej, wykonano łącznie 1 141 takich badań na 1 440 przypadków leczonych w ośrodku. W wielu przypadkach, ze względu na brak czasu, laboranci badali tylko grubą kroplę. Spośród konsultacji, w ramach których wykonano badanie w 147 przypadkach nie postawiono diagnozy *malaria*, w 4 przypadkach postawiono rozpoznanie zimnicy bez wykonania badania gruba kropla cienki rozmaz. Najczęściej osoby z wykonanym rozmazem ale bez rozpoznania malarii miały następujące rozpoznania: *niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała* (22%; 95% CI 15,6%-29,6%), *zakażenia ukł. moczowego* (16%; 95% CI 10,5%-22,9%), *ameboza* (9%; 95% CI 4,9%-14,8%).



Rycina 36. Rozpoznania chorych, u których przeprowadzono badania grubej kropli, a nie rozpoznano malarii (n=147).

Badanie moczu

Jednym z najstarszych i najczęściej wykonywanych badań laboratoryjnych o wysokiej wartości diagnostycznej jest analiza moczu. Badanie ogólne moczu polega na ocenie cech fizyko-chemicznych oraz mikroskopowej analizie osadu moczu. Parametry takie jak: ciężar właściwy, pH, obecność glukozy, obecność związków ketonowych, azotynów, białka, barwników żółciowych (bilirubina, urobilinogen), erytrocytów/hemoglobiny i leukocytów

rutynowo ocenia się z użyciem testów paskowych (ĆWIKLIŃSKA, DĄBROWSKA, KOWALSKI, FIJAŁKOWSKA 2016). W ośrodku Kiabakari, w okresie analizowanym w pracy doktorskiej, przeprowadzono łącznie 1 018 analiz moczu na 1 440 przypadków.

Badanie kału

Badanie kału stosowane jest jako podstawowa diagnostyka w rozpoznawaniu pasożytów przewodu pokarmowego. By stwierdzić obecność form dorosłych pasożytów lub ich jaj używa się szeroko metod mikroskopowych. Na badanie kału składa się jego ocena makroskopowa (konsystencja, obecność śluzu, krwi, postaci dorosłych lub fragmentów pasożytów) oraz mikroskopowa z wcześniejszym odpowiednim przygotowaniem materiału. W ośrodku Kiabakari, w analizowanym w pracy doktorskiej okresie, wykonano łącznie 932 analizy stolca na 1 440 przypadków leczonych wówczas w ośrodku.

Tabela 10. Profil rozpoznań postawionych u pacjentów, u których wykonano pojedyncze badanie laboratoryjne.

test lab.	Ilość wyk. badań					
BS	82	82 084 malaria	15 482 inne bakteryjne zapalenie płuc	10 792 niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała	9 781 objawy ze strony układu nerwowego i mięśniowo-szkieletowego	2 783 objawy żywienia, metabolizm i rozwój
bad. moczu	81	72 599 inne zaburzenia układu moczowego	10 112 Candydoza	6 269 inne niedobory żywieniowe	6 719 inne nieokreślone choroby stawowe	4 405 wtórne nadciśnienie
bad. kału	33	18 006 ameboza	11 126 tęgoryjce	8 127 inne pasożyty przew. pok.	3 112 Candydoza	3 792 niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała

Analizując trzy najczęściej wykonywane badania diagnostyki laboratoryjnej (badanie grubej kropli, badanie moczu oraz kału) zaobserwowano, że u 196 pacjentów zlecono i wykonano tylko jeden z wymienionych testów (tab. 10). 82 pacjentom, czyli 100% osób (95% CI 95,6%-100%), którym wykonano tylko badanie grubej kropli postawiono diagnozę *malariai*. Oprócz tego 15 osób w tej grupie – 18,3% (95% CI 10,6%-28,4%) – miało *inne bakteryjne zapalenie płuc*, 10 osób – 12,2% (95% CI 6,0%-21,3%) – *niespecyficzne nieprawidłowości innych substancjach ciała*, 9 osób – 11,0% (95% CI 5,2%-19,8%) – *objawy ze strony układu nerwowego i mięśniowo-szkieletowego*, a 2 osoby – 2,4% (95% CI 0,3%-8,5%) – *objawy związane z odżywianiem, metabolizmem i rozwojem*. U 88,9% (95% CI 80,0%-94,8%) pacjentów (72 osób z 81), u których badanie moczu było jedynym z wymienionych trzech, postawiono diagnozę *inne zaburzenia układu moczowego*, a następnie: u 12,3% (95% CI 6,1%- 21,5%) *candydozę* (10), u 7,4% (95% CI 2,8%-15,4%) *inne niedobory żywieniowe* (6) oraz *inne nieokreślone choroby stawowe* (6), a u 4,9% (95% 1,3%-12,1%) *wtórne nadciśnienie* (4). Wśród 33 osób, u których badano kał jako jedyne z trzech wymienionych testów, rozpoznano następujące jednostki chorobowe: *amebozę* (54,5%; 95% CI 36,3%-71,9%) tej grupy, *tęgoryjce* (33,3%; 95% CI 17,9%-51,8%), *inne pasożyty przewodu pokarmowego* (24,2%; 95% CI 11,1%-42,2%), *candydozę* oraz *niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała* (po 6,1%; 95% CI 0,8%-20,3%).

U 626 chorych z całej badanej populacji, czyli u 43,5% (95% CI 40,9%-46,1%) z nich, wykonano jednocześnie badania krwi (gruba kropla/cienki rozmaz), badanie moczu i badanie kału. Tabela 11 przedstawia najczęściej stawiane rozpoznania w tej grupie.

Tabela 11. Profil rozpoznań postawionych u pacjentów, u których wykonano jednocześnie trzy badania laboratoryjne: badanie grubej kropli (i cienkiego rozmazu krwi włośniczkowej), badanie moczu, badanie kału.

n=626	084 malaria	n=546	87,9% 95% CI 85,1%-90,3%
	599 inne zaburzenia układu moczowego	n=503	80,0% 95% CI 76,5%-83,1%
	792 niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała	n=299	47,8% 95% CI 43,8%-51,8%
	006 ameboza	n=212	33,9% 95% CI 30,2%-37,8%
	126 Ancylostoma duodenale i Necator sp.	n=194	31,0% 95% CI 27,4%-34,8%
	482 inne bakteryjne zapalenie płuc	n=65	10,4% 95% CI 8,1%-13,1%
	127 inne pasożytozy przewodu pokarmowego	n=53	8,5% 95% CI 6,4%-11,0%
	112 kandydoza	n=16	2,5% 95% CI 1,4%-4,0%
	007 Innei nfekcje pierwotniakowe przewodu pokarmowego	n=14	2,2% 95% CI 1,2%-3,7%
	120 schistosomoza	n=13	2,1% 95% CI 1,1%-3,5%

Badania krwi obwodowej

Ocena morfologii krwi obwodowej to jedno z rutynowych badań prowadzonych w medycznych laboratoriach diagnostycznych. Zwykle wykonywane jest przy pomocy specjalistycznych analizatorów hematologicznych i obejmuje m.in. pomiar stężenia hemoglobiny (HGB), opis populacji erytrocytów poprzez określenie średniej objętości krwinki czerwonej (MCV), średniej zawartości hemoglobiny w erytrocycie (MCH), średniego stężenia hemoglobiny w erytrocycie (MCHC) wyliczanych z liczby erytrocytów (RBC), stężenia hemoglobiny (HGB), oraz wartości hematokrytu (HCT). (KOŚCIELNIAK, KOWALCZYK, MANDA, SZTEFKO, TOMASIK 2015). Badanie morfologii krwi służy również ocenie populacji leukocytów (WBC) – w tym neutrofilii, eozynofili, bazofili, limfocytów i monocytów oraz płytek krwi.

Analizy biochemiczne krwi obwodowej mogą posłużyć w celu oceny stanów chorobowych lub patologii narządowych. Jest to możliwe na podstawie określania aktywności określonych enzymów w surowicy (np. aminotrasferaz, gamma-glutamylotransferazy, amylazy), zaburzeń metabolizmu lipoprotein, gospodarki wodno-elektrolitowej, hormonalnej i innych.

W ośrodku Kiabakari, w analizowanym w pracy doktorskiej okresie, wykonano jedynie 8 analiz krwi obwodowej na 1440 przypadków odnotowanych w kartotece przy użyciu automatycznego analizatora hematologicznego Mindray BC-2800 (Rycina G).



Rycina 37. Automatyczny analizator hematologiczny MINDRAY BC-2800 będący na wyposażeniu laboratorium ośrodka. Fot. M.Cofta

Odczyn Biernackiego - OB (ang. erythrocyte sedimentation rate , ERS)

Odczyn opadania krwinek czerwonych, opisany jako parametr diagnostyczny przez prof. Edmunda Biernackiego, należy do najstarszych, rutynowo wykonywanych badań laboratoryjnych. OB jest proste w wykonaniu i łatwo dostępne, oparte na założeniach, że szybkość opadania krwinek czerwonych jest stosunkowo stała u osób zdrowych i zmienia się w różnych stanach chorobowych. Wśród wskazań do wykonania OB są podejrzenia stanu zapalnego, monitorowanie przebiegu stanów klinicznych, podejrzenie choroby autoimmunizacyjnej czy nowotworowej. Warto podkreślić, że pomimo znacznej czułości badania, jest ono mało specyficzne. (POLIŃSKA, MATOWICKA-KARNA, KEMONA 2015). W ośrodku Kiabakari, w okresie analizowanym w pracy doktorskiej, przeprowadzono łącznie 2 oznaczenia OB na 1 440 konsultacji.

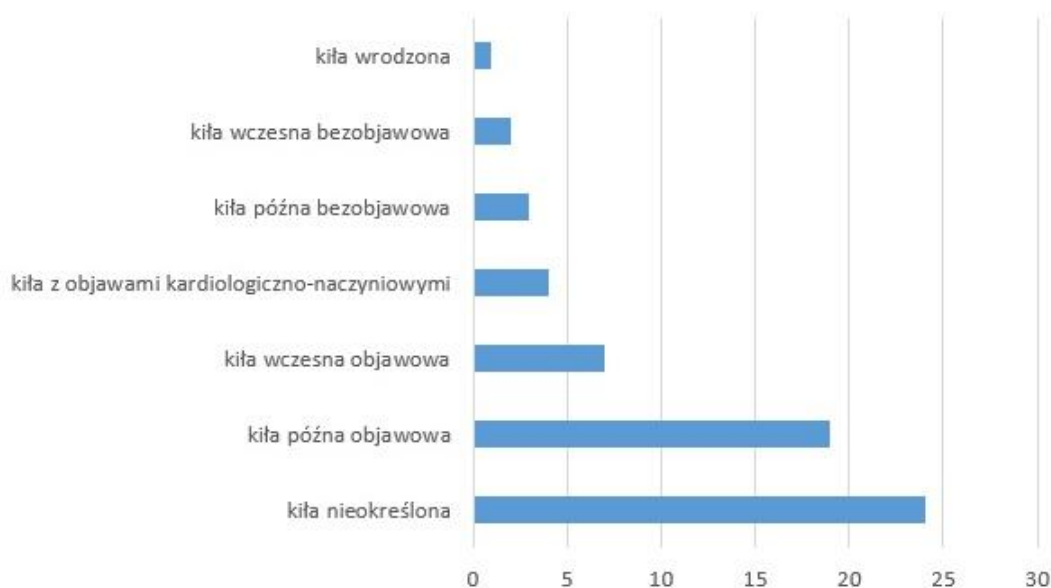
Pomiar stężenia glukozy we krwi

Cukrzyca jest definiowana jako grupa chorób metabolicznych która charakteryzuje się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Stan ten utrzymujący się przewlekłe wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością narządów, przy czym najczęściej zgłaszane powikłania dotyczą nerek, oczu, nerwów, serca i naczyń

krwionośnych. W celu rozpoznania zaburzeń gospodarki węglowodanowej wykonuje się głównie pomiar glikemii przygodnej czyli stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej w celu stwierdzenia objawów hiperglikemii, pomiar glikemii na czczo, doustny test tolerancji glukozy (OGTT). W ośrodku Kiabakari, w okresie analizowanym w pracy doktorskiej, u pacjentów ubezpieczonych wykonano jedynie 18 oznaczeń poziomu glukozy we krwi na 1 440 przypadków w kartotece. W 15 przypadkach były to osoby co najmniej w wieku 50 r. ż. i powyżej. Najmłodszy pacjent z pomiarem poziomu glukozy we krwi miał 37 lat, najstarsi 75.

Diagnostyka kiły – RPR (ang. rapid plasma reagin card)

Rozpoznanie kiły (syphilis) jest możliwe na podstawie obrazu klinicznego choroby, wywiadu epidemiologicznego a także w oparciu o wyniki badań laboratoryjnych – diagnostyka serologiczna. Wśród odczynów niekrętkowych - klasycznych, nieswoistych, które za pomocą antygenów lipidowych wykrywają reaginy kiłowe, wyróżnić możemy m.in. badanie RPR – *rapid plasma reagin card*. Czulość wszystkich odczynów niekrętkowych jest zmienna w zależności od okresu choroby, przy czym najwyższa dla kiły II okresu i utajonej wczesnej – 100% a najniższa dla kiły utajonej i objawowej późnej – 71%. Odczyn serologiczny RPR pojawia się po okresie 5-6 tygodni od zakażenia i może być przydatny zarówno w ustaleniu rozpoznania, kontroli po leczeniu i weryfikacji odczynów serologicznych (JAKUBOWICZ 2010). W ośrodku Kiabakari, w okresie analizowanym w pracy doktorskiej, wykonano 94 oznaczenia RPR w kierunku kiły na 1440 przypadków w kartotece. W efekcie pozwoliło to u 60 osób (63,8%; 95% CI 53,2%-73,5%) postawić rozpoznanie tej choroby. CO rozpoznali: u 24 pacjentów kiłę nieokreśloną (40,0%; 95% CI 27,6%-53,5%), u 19 kiłę późną objawową (31,7%; 95% CI 20,3%-45,0%), u 7 kiłę wczesną objawową (11,7%; 95% CI 4,8%-22,6%), u 4 kiłę z objawami kardiologiczno-naczyniowymi (6,7%; 95% CI 1,9%-16,2%), u 3 kiłę późną bezobjawową (5,0%; 95% CI 1,0%-13,9%), u 2 kiłę wczesną bezobjawową (3,3%; 95% CI 0,4%-11,5%) i u 1 kiłę wrodzoną (1,7%; 95% CI 0,05%-9,0%).



Rycina 38. Liczba rozpoznanych przypadków kiły z podziałem na postać (n=60).

Odczyn Widala

Dur brzuszny wywołany jest przez bakterie *Salmonella typhi* i jest ostrą chorobą zakaźną - chorobą „brudnych rąk”. Według NIZP-PZH w Polsce rejestruje się obecnie pojedyncze zachorowania, natomiast rocznie w skali świata nawet 16-33 milionów zachorowań oraz 500 000 zgonów. Najwięcej przypadków odnotowuje się na terenie Azji Południowej i Wschodniej, w Afryce oraz Ameryce Środkowej i Południowej (<http://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/dur-brzusznym/>). Odczyn aglutynacji probówkowej Widala, opracowany w 1896r., polega na identyfikacji przeciwciał rozpoznających pałeczki *Salmonella*, które w surowicy pojawiają się po upływie 3 – 4 tygodni od zakażenia. Badanie stosowane jest pomocniczo, głównie w diagnostyce duru brzusznego i durów rzekomych. W ośrodku Kiabakari, w okresie analizowanym w pracy doktorskiej, wykonano 1 takie badanie na łącznie 1 440 konsultacji.

Inne badania diagnostyczne

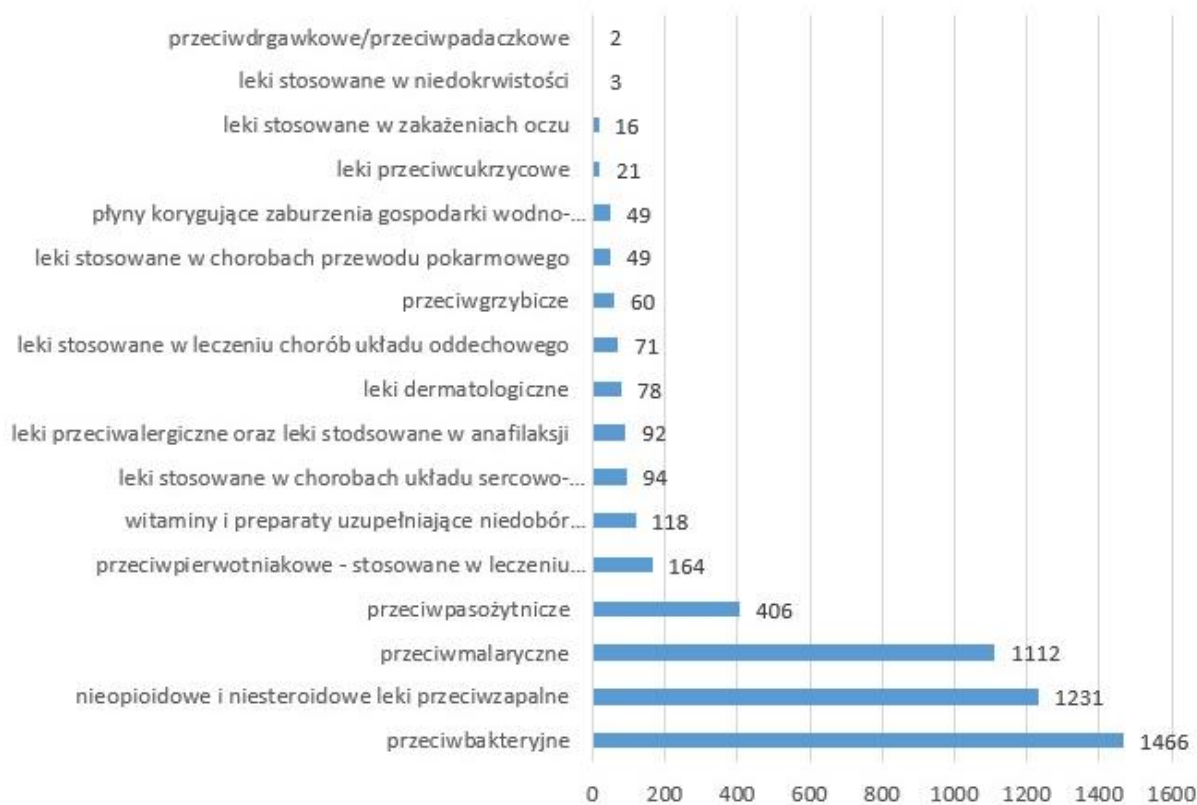
Posiadany w ośrodku sprzęt umożliwiał wykonywanie badań ultrasonograficznych i elektrokardiografii. Te drugie badania, których wykonano pięć, przeprowadzone były przez miejscowy personel po odpowiednim instruktażu polskich wolontariuszy.

Ultrasonografia jest w krajach rozwiniętych powszechnie dostępną, nieinwazyjną metodą diagnostyczną opartą o zjawisko rozchodzenia się, rozpraszania i odbicia fali ultradźwiękowej na granicy ośrodków. Badanie jest bezpieczne i nie ma przeciwwskazań do jego wykonywania. Z zastosowaniem USG możliwe jest więc obrazowanie m.in. narządów jamy brzusznej, układu moczowego, piersi, tarczycy. W ośrodku w Kiabakari, w okresie analizowanym w pracy doktorskiej, wykonano jedynie dwa badania USG na 1 440 konsultacji. Pierwsza osoba miała postawione rozpoznania pięciu jednostek chorobowych: *ameboza* (kod 006), *Infekcje Ancylostoma duodenale i Necator sp.* (kod 126), *krwotok śródmózgowy* (kod 431), *zaburzenia menopauzalne i postmenopauzalne* (kod 627) i *niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała* (kod 792). Drugiej osobie określono *inne zaburzenia układu krążenia* (kod 459). Badanie było wykonywane przez polskich lekarzy.

4.5. Leki stosowane przez personel medyczny *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* w Kiabakari

Jednym z najistotniejszych problemów w misyjnym ośrodku medycznym w Kiabakari było prowadzenie racjonalnej gospodarki lekami. Pacjenci otrzymujący kompleksową opiekę mieli na miejscu możliwość wykupienia lub otrzymania w ramach ubezpieczenia z ewentualną dopłatą przepisanych przez personel środków leczniczych. Leki stosowane w leczeniu pacjentów w analizowanym okresie zostały podzielone na grupy zgodne z podziałem stosowanym w Modelowej Liście Leków Podstawowych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO Model List of Essential Medicines) (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2009).

Zużycie leków wg grup zostało przedstawione na rycinie 39.



Rycina 39. Leki stosowane w ośrodku według grup, przepisane pacjentom (1 440) w badanym okresie.

W Ośrodku Błogosławionego Piotra Jerzego Frassatiego w Kiabakari chorym ubezpieczonym w NHIF przepisywano osiemdziesiąt różnych substancji leczniczych należących do siedemnastu grup (tabela XVI). Pacjentom przepisano łącznie 5 032 preparaty, które zostały im wydane przez aptekę w ośrodku w ramach ubezpieczenia NHIF lub podane podczas pobytu w placówce.

Tabela 12. Zużycie leków w Ośrodku w okresie od lutego 2009 do stycznia 2010 zapisywanych pacjentom ubezpieczonym. *Ilość wydań leku dla pacjenta.

GRUPA LEKÓW	LEK	ILOŚĆ*
nieopiodowe i niesteroidowe leki przeciwzapalne	kwas acetylosalicylowy	11
	diklofenak	163
	diklofenak + paracetamol + chlorzoksazon	1
	ibuprofen	18
	indometacyna	9
	paracetamol	1029
leki przeciwalergiczne oraz leki stosowane w anafilaksji	hydrokortyzon	17
	prednizolon	54
	prometazyna	21

GRUPA LEKÓW	LEK	ILOŚĆ*
przeciwdrgawkowe/przeciwpadaczkowe	diazepam	2
przeciw pasożytnicze	albendazol	73
	lewamizol	1
	mebendazol	317
	prazykwantel	15
przeciwbakteryjne - beta-laktamy	amoksycylina	514
	amoksycylina + kwas klawulanowy	4
	ampicylina	14
	ampicylina + kloksacylina	21
	benzylopenicylina benzatynowa	44
	cefaleksyna	78
	fenoksymetylpenicylina	29
	kloksacylina	57
	przeciwbakteryjne inne	chloramfenikol
cyprofloksacyna		79
doksycyklina		20
erytromycyna		207
gentamycyna		19
kotrimoksazol (trimetoprimu + sulfametoksazol)		117
metronidazol		196
norfloksacyna		1
norfloksacyna + tynidazol		62
przeciwgrzybicze	ketokonazol	37
	gryzeofulwina	1
	nystatyna	22
przeciw pierwotniakowe - stosowane w leczeniu pełzakowicy i giardiozy	tynidazol	21
	seknidazol	143
przeciw pierwotniakowe - stosowane w leczeniu malarii	amodiachina	44
	artemeter + lumefantryna	244
	chinina	368
	prokwanil	5
	sulfadoksyna + pirymetamina	451
leki stosowane w zakażeniach oczu	deksametazon + neomycyna (krople do oczu)	14
	gentamycyna (krople do oczu)	2
leki stosowane w niedokrwistości	kwas foliowy	3
leki stosowane w chorobach układu sercowo-naczyniowego	diazotan izosorbitu	3
	digoksyna	4
	atenolol	4
	kaptopryl	13
	metyldopa	12
	nifedypina	34
	furosemid	21
	spironolakton	3
leki dermatologiczne	klotrimazol	42
	jodopowidon	4
	sól srebrowa sulfatiazolu	2
	klobetazolu propionian	4
	deksametazon	22
	benzoesan benzylu	4

GRUPA LEKÓW	LEK	ILOŚĆ*
leki stosowane w chorobach przewodu pokarmowego	ranitydyna	4
	omeprazol	22
	preparat magnezu	7
	metoklopramid	1
	bisakodyl	9
	roztwór sodu i glukozy - płyn glukozowo-elektrolitowy hipoosmolarny; Preparaty rehydratacyjne do podawania doustnego	6
	loperamid	4
	tlenek cynku i tlenek żelaza	2
leki przeciwcukrzycowe	glibenklamid	16
	metformina	5
leki stosowane w leczeniu chorób układu oddechowego - leki stosowane w leczeniu astmy oskrzelowej, POChP oraz stanów zapalnych	aminofilina	7
	salbutamol	13
	maleinian chlorfenaminy , chlorek amonu, mg cytrynian sodu, mentol	51
płyny korygujące zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej oraz równowagi kwasowo-zasadowej	chlorek sodu	1
	mleczan Ringera (chlorek sodu, chlorek potasu, chlorek wapnia, mleczan sodu)	3
	dekstroza (D-glukoza)	30
	woda do iniekcji	9
witaminy i preparaty uzupełniające niedobór składników mineralnych	kwas askorbinowy	22
	tlenek cynku, galusan bizmutawy, balsam peruwiański, tlenek bizmutu	3
	witaminy z grupy B	30
	preparat wielowitaminowy	63

Do leczenia najczęściej wykorzystywano leki przeciwbakteryjne i antybiotyki, które otrzymało 82,4% (1187/1440; 95% CI 80,3%-84,3%) pacjentów. Najczęściej stosowanym antybiotykiem była amoksycylina – 35,1% wszystkich podanych antybiotyków (95% CI 32,7%-37,6%).

Nieopiodowe i niesteroidowe leki przeciwzapalne podano 78,7% (1133/1440; 95% CI 76,5%-80,8%) pacjentów. Najczęściej podawano paracetamol 83,6% (1029/1231; 95% CI 81,4%-85,6%) z wszystkich podawanych leków przeciwzapalnych (zgodnie z używaną klasyfikacją WHO) oraz dikofenak 13,2% (163/1231; 95% CI 11,4%-15,2%) z wszystkich podawanych leków przeciwzapalnych.

Leki przeciwmalaryczne podano 69,9% (1007/1440; 95% CI 67,5%-72,3%) pacjentów, z czego najczęściej podawano fansidar (Sulphadoxyna/Pirymethamina) 40,6% (451/1112; 95% CI 37,7%-43,6%), następnie chininę – 33,3% (368/1112; 95% CI 30,5%-36,2%), Co-artem

(artemeter i lumefantryna) – 21,9% (244/1112; 95% CI 19,5%-24,5%) wszystkich podanych leków przeciwmalarycznych.

Leki przeciw pasożytnicze podano 27,9% pacjentów (402/1440; 95% CI 25,7%-30,4%) z czego najczęściej podawano mebendazol, który stanowił 78,1% (317/406; 95% CI 73,8%-82,0%) wszystkich podanych leków przeciw pasożytniczych oraz albendazol, który stanowił 18,0% (73/406; 95% CI 14,4%-22,1%) podanych leków przeciw pasożytniczych.

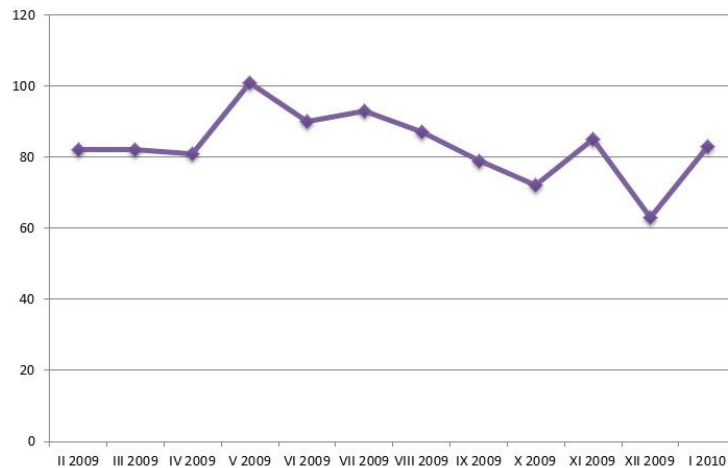
Preparaty farmakologiczne o działaniu przeciwcukrzycowym (glibenklamid i metforminę) podano 1,5% (21/1440; 95% CI 0,9%-2,3%) pacjentów. Stanowi to 0,4% (95% CI 0,2%-0,6%) wszystkich środków farmaceutycznych przepisanych pacjentom w badanym okresie.

4.6. Malaria jako najczęstszy problem w badanej populacji

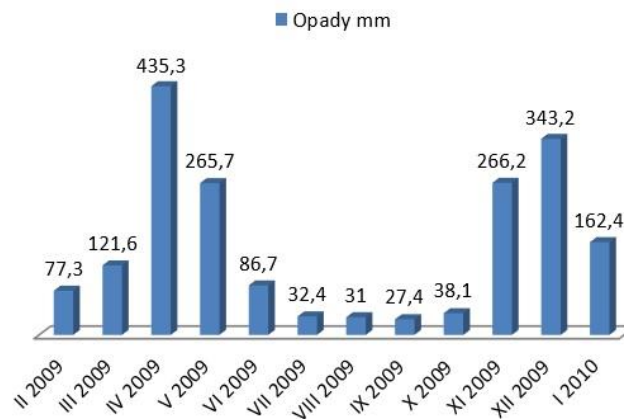
Pod kątem liczby pacjentów, malaria (zimnica) stanowiła największy problem medyczny w ośrodku *Błogosławionego Piotra Jerzego Frassatiego* w Kiabakari. Podczas 1 440 wizyt objętych analizą 998 razy zdiagnozowano malarię, co stanowi 69,3% (95% CI 66,3%-72,1%). Liczba rozpoznań w poszczególnych miesiącach została przedstawiona na rycinie 40. Najwięcej przypadków zanotowano w maju, co nastąpiło bezpośrednio po okresie najobfitszych opadów w regionie (ryc. 41).

Malarię zdiagnozowano u 400 pacjentów płci męskiej i 598 płci żeńskiej, czyli u 69,9% (95% CI 66,0%-73,6%) mężczyzn i 68,9% (95% CI 65,7%-72,0%) kobiet. Nie ma istotnej statystycznej różnicy w częstości zachorowania wśród pacjentów płci męskiej i żeńskiej – różnica wynosi $\Delta=1\%$ (95% CI -3,9%-5,8%; $p=0,6874$). Procentowy rozkład płci pacjentów z rozpoznaniem malarii ($n=998$) obrazuje rycina 44.

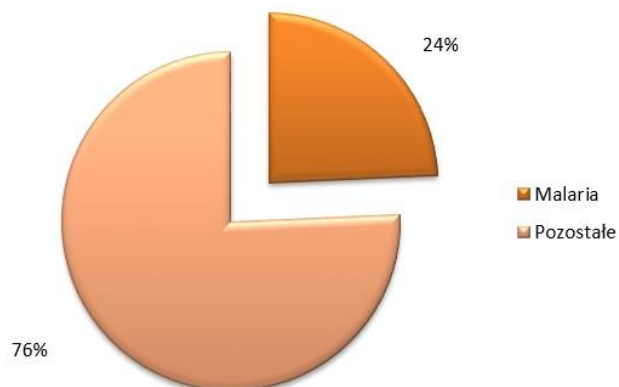
998 rozpoznań malarii stanowiło 24% (95% CI 22,7%-25,3%) wszystkich postawionych rozpoznań jednostek chorobowych (4 105) (ryc. 42).



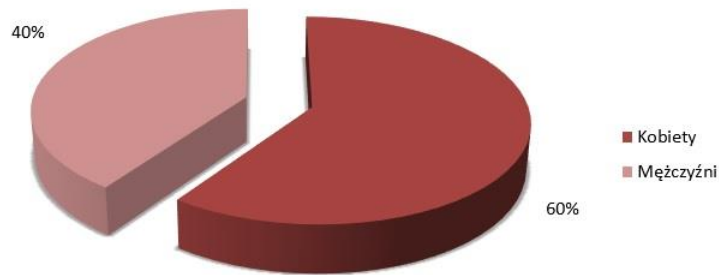
Rycina 40. Rozkład liczby zarejestrowanych wizyt pacjentów posiadających ubezpieczenie u których zdiagnozowano malarię (liczba n=998) dla poszczególnych miesięcy od lutego 2009 do stycznia 2010 roku.



Rycina 41. Średnie opady dla poszczególnych miesięcy od lutego 2009 do stycznia 2010 roku (WORLD WEATHER 2018).



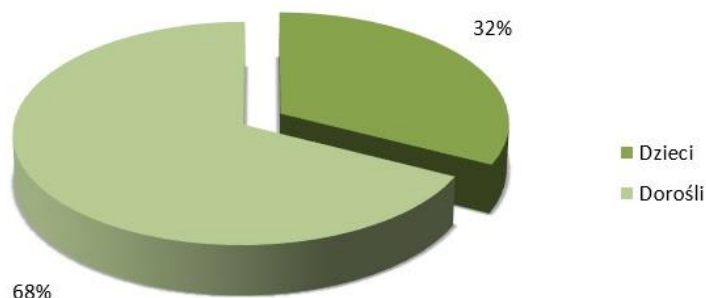
Rycina 42. Rozkład procentowy zdiagnozowanych przypadków malarii w stosunku do pozostałych jednostek chorobowych (n= 4 105) dla pacjentów ubezpieczonych.



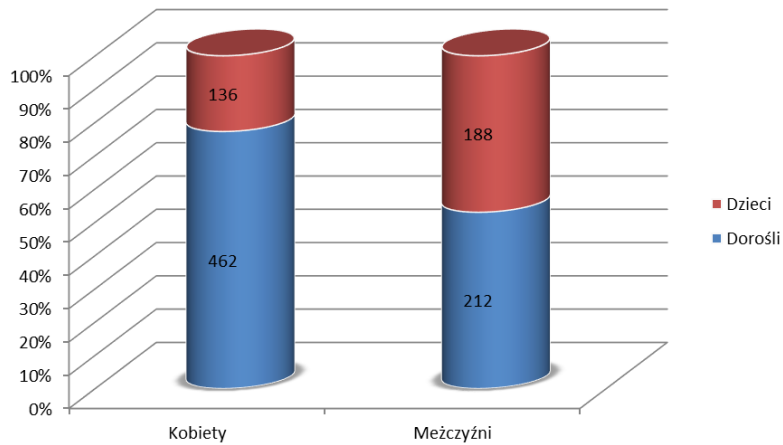
Rycina 43. Rozkład procentowy chorych, u których zdiagnozowano malarię z podziałem na płeć (n=998).

Około jedna trzecia pacjentów z malarią (324/998) byli to pacjenci poniżej 18 roku życia. W grupie tej było 136 dziewczynek (42,0%; 95% CI 36,6%-47,6%) i 188 chłopców (58,0%; 95% CI 52,4%-63,4%). Liczba bezwzględna chłopców przewyższała liczbę dziewczynek o 52 osoby, wykazując istotną statystycznie ($p < 0,0001$) różnicę $\Delta = 16\%$ (95% CI 8,3%-23,4%). Analizując w grupach według płci, dziewczynki poniżej 18 roku życia stanowiły 22,7% (136/598; 95% CI 19,4%-26,3%), w grupie mężczyzn natomiast, chłopcy stanowili 47,0% (188/400; 95% CI 42,0%-52,0%). Różnica udziału procentowego w poszczególnych grupach między dziewczynkami i chłopcami wynosi $\Delta = 24,3\%$ (95% CI 18,3%-30,1%), co wykazuje istotność statystyczną ($p < 0,0001$).

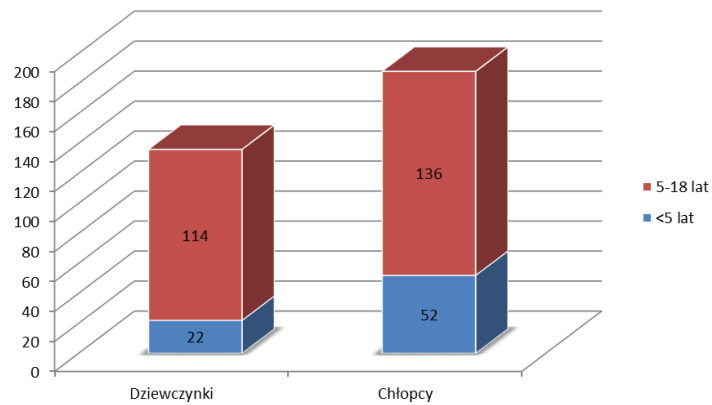
Średnia wieku osoby ze zdiagnozowaną malarią $31,4 \pm 20,1$ lata.



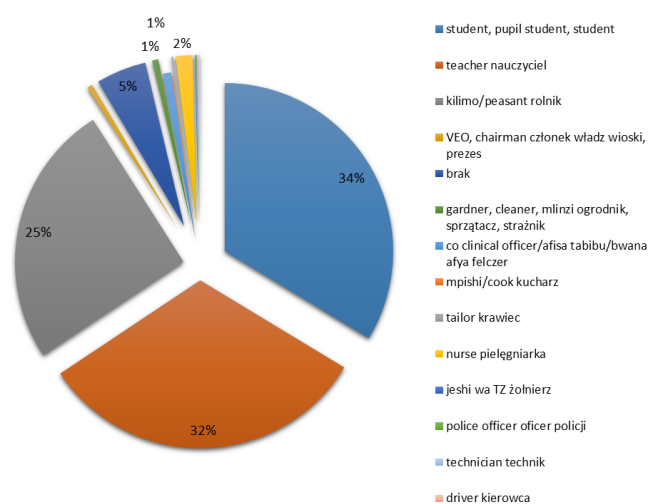
Rycina 44. Rozkład procentowy chorych według wieku, u których zdiagnozowano malarię (n= 998).



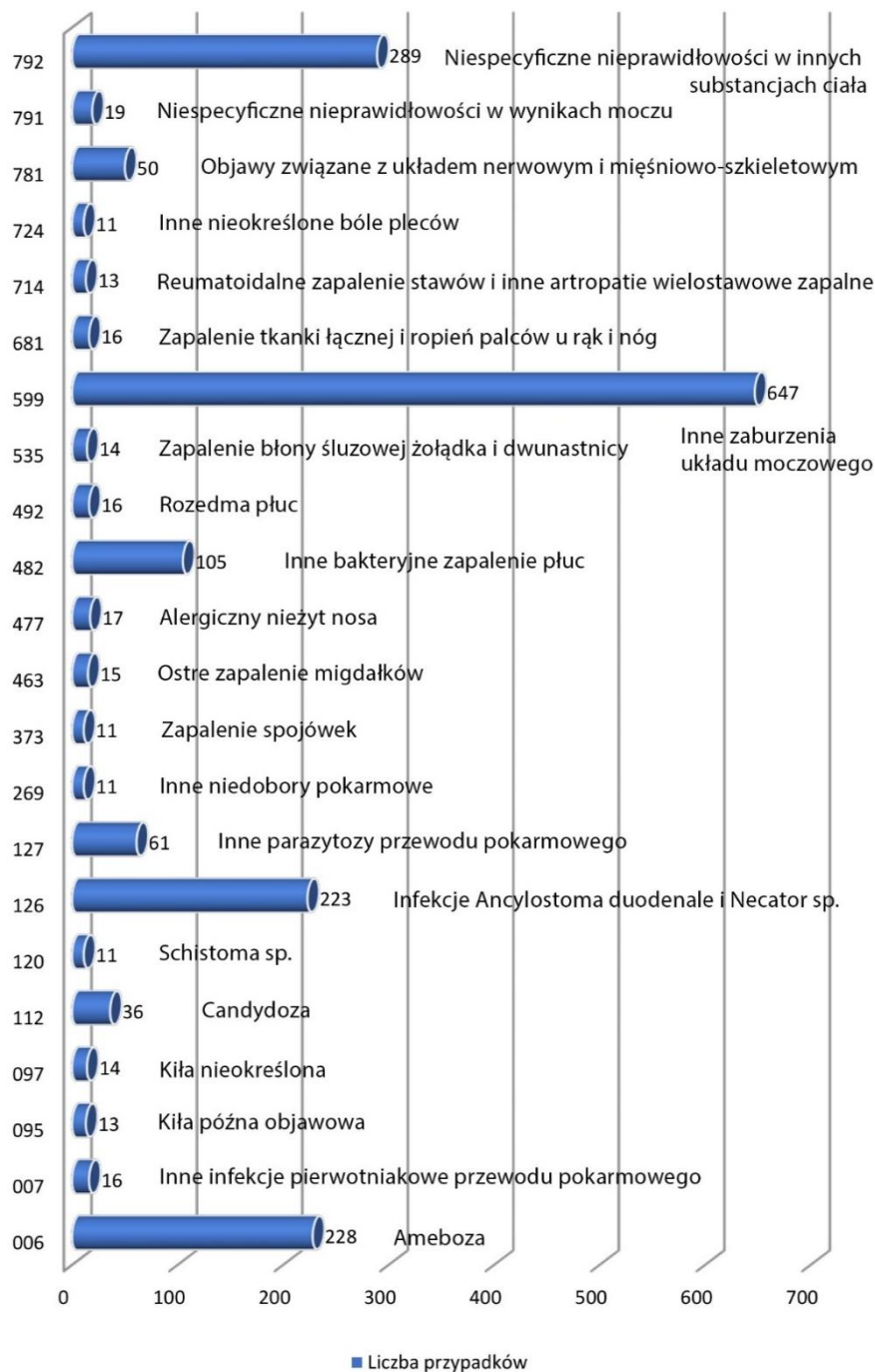
Rycina 45. Udział procentowy dzieci i młodzieży do 18 roku życia wśród ubezpieczonych pacjentów ze zdiagnozowaną malarią (n= 998).



Rycina 46. Rozkład ilościowy dzieci poniżej 5 roku życia oraz dzieci i młodzieży do 18 roku życia wśród ubezpieczonych pacjentów ze zdiagnozowaną malarią (n= 998).



Rycina 47. Udział procentowy poszczególnych grup zawodowych wśród pacjentów ze zdiagnozowaną malarią (n= 998).



Rycina 48. Najczęściej współdiagnozowane (powyżej 10 przypadków) z malarią jednostki chorobowe u 998 osób.

U pacjentów, u których postawiono rozpoznanie malarii najczęściej, bo u 64,8% (95% CI 61,8%-67,8%) diagnozowano również *inne zaburzenia układu moczowego*. Oprócz tego, u 29,0% (95% CI 26,2%-31,9%) *niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała*, u 22,8% (95% CI 20,2%-25,5) *amebozę*, u 22,3% (95% CI 19,8%-25,0%) *infekcje *Ancylostoma duodenale* i *Necator sp.**, u 10,5% (95% CI 8,7%-12,6%) *inne bakteryjne zapalenie płuc*, u 6,1% (4,7%-7,8%) *inne pasożyty przewodu pokarmowego*.

5. Dyskusja

Polska, zgodnie z klasyfikacją przygotowywaną przez agendę Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. rozwoju (UNDP – United Nations Development Program) (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM 2018a), należy do krajów bardzo wysoko rozwiniętych. Jako taki kraj, zobowiązana jest do świadczenia pomocy rozwojowej dla populacji państw o niskim dochodzie. Rząd Rzeczypospolitej Polskiej określa kraje priorytetowe dla pomocy, na którą przeznaczane są środki publiczne (MINISTERSTWO SPRAW ZAGRANICZNYCH DEPARTAMENT WSPÓŁPRACY ROZWOJOWEJ). Zadania publiczne zostają często powierzone do wykonania organizacjom z trzeciego sektora, czyli organizacjom pozarządowym. W Polsce działa ponad 123 975 organizacji pozarządowych (GUMKOWSKA 2017). Organizacją, która wielokrotnie – z merytorycznym wsparciem Uniwersytetu Medycznego (głównie Katedry i Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych) – wykonywała zadania publiczne jest Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*.

Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* powstała 28 maja 1992 roku przy Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (obecnie Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego). Jej założenie miało na celu zapewnienie medycznego wsparcia polskim misjonarzom pracującym wśród najuboższych. Idea misyjna była niejako kontynuacją myśli misyjnej obecnej wśród poznańskich akademików od dawna, bowiem na styczeń 1927 roku datuje się powstanie Akademickiego Koła Misyjnego, a na rok 1931 powołanie przez prof. Adama Wrzoska Sekcji Pomocy Medycznej.

Fundacji nadano nazwę *Redemptoris Missio* czerpiąc z encykliki Jana Pawła II o takim właśnie tytule (*Redemptoris Missio. O stałej aktualności posłania misyjnego*). Założycielami Fundacji byli – prof. Zbigniew Pawłowski (wówczas kierownik Kliniki Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej), ks. dr Ambroży Andrzejak, misjolog, oraz Norbert Rehlis, ówczesny student medycyny, a dziś dr nauk medycznych. Nieżyjąca już dziś dr h.c. Wanda Błęńska, członek Rady Fundacji, w 20 rocznicę jej powstania miała się wyrazić, że *to była*

*pierwsza organizacja, która otwierała serce i umysł na szeroki świat misyjny, potrzebujący naszego serca i pomocy (...)*¹.

Fundacja realizuje wyznaczone na początku lat 90-tych cele: organizuje zbiórki i wysyłkę leków, środków opatrunkowych oraz sprzętu medycznego, a także wyjazdy lekarzy, pielęgniarek i studentów medycyny do szpitali i przychodni w krajach misyjnych. Jednym z celów jej działalności jest również edukacja młodzieży szkolnej i akademickiej oraz profesjonalne przygotowanie wyjeżdżających do pracy w tropiku, stąd współorganizowane wraz z Katedrą i Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych szkolenia dotyczące problemów zdrowotnych w krajach misyjnych.

O swojej działalności Fundacja informuje darczyńców i wolontariuszy w konsekwentnie wydawanym biuletynie zatytułowanym *Raport* (ISSN-1642-8773). Regularnie wydawane jest też przez Fundację czasopismo *Medicus Mundi Polonia* (ISSN-1641-604 X) traktujące o problemach medycznych w krajach tropikalnych.

W roku 1997 Fundacja została członkiem stowarzyszonym organizacji *Medicus Mundi International*, która zrzesza instytucje pozarządowe z różnych krajów, głównie Europy i Afryki, zajmujące się wspieraniem rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej. Idea ta przyświeca zgodnie z trendami zapoczątkowanymi na konferencji WHO, która odbyła się w Ałma-Ata w Kazachstanie w 1978 roku (CHAN 2008). To właśnie wydarzenie stało się kamieniem milowym w dziedzinie zdrowia publicznego i wskazało podstawową opiekę zdrowotną jako klucz do osiągnięcia postawionego celu zawartego w haśle *Zdrowie dla wszystkich* (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1978). W ostatnich dekadach wytyczone przez wspólnotę międzynarodową cele – najpierw Milenijne Cele Rozwoju (*Millenium Development Goals*)² i w następstwie Zrównoważone Cele Rozwoju (*Sustainable Development Goals*) (MORTON, PENCHEON, SQUIRES 2017), wpisują się w tę troskę stawiając kwestie zdrowia w centrum uwagi. Członkostwo Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptris Missio* – jako instytucji zaangażowanej w sprawy zdrowia globalnego – oraz działalność w sieci *Medicus Mundi International*, która jest w oficjalnych relacjach z WHO, jest więc bardzo istotne.

Fundacja przez lata swojego funkcjonowania objęła działalnością kilkadziesiąt

¹ <http://www.medicus.ump.edu.pl/onas/o-fundacji> (Dostęp: 10.10.2018)

² Millenium Development Goals Report 2015, United Nations 2015

misyjnych szpitali, przychodni i punktów medycznych w Tanzanii, Kamerunie, Zambii, Etiopii, Ugandzie, Kenii, Czadzie, Indiach, Gwatemali, Boliwii, na Madagaskarze, Jamajce, Papua Nowej Gwinei, Białorusi i w Kazachstanie. Wraz z nowym tysiącleciem pojawiło się dla niej nowe wyzwanie – budowa dyspensarium we Wschodniej Afryce, w Tanzanii. Ośrodek medyczny w Kiabakari w Dystrykcie Wiejskim Musoma w Rejonie Mara był bardzo oczekiwany przez miejscową społeczność, ale i przez środowisko akademickie Poznania. Wiązano z tym miejscem nadzieję na zorganizowanie bazy dla prowadzonego szkolenia personelu medycznego zarówno z Polski, jak i rodzimego w Tanzanii.

Personel pracujący w ośrodku, w którym prowadzone były badania był bardzo dobrze przygotowany do pracy i posiadał duże doświadczenie. Było tak pomimo, że tylko dwóch felczerów (*clinical officer*) oraz jedna położna i zarazem pielęgniarka posiadali dyplomy ukończenia szkół medycznych. Inne pielęgniarki były *de facto* pomocami pielęgniarskimi (*nurse attendant*), a technicy laboratoryjni odbyli jedynie wymagane kursy przygotowawcze. Trzeba przyznać, że pomimo tego zakres ich umiejętności pozwalał im reagować i kompetentnie działać w nawet bardzo trudnych sytuacjach medycznych. Pielęgniarki, na przykład, dość często wykonywały drobne zabiegi chirurgiczne, takie jak zszywanie ran, a technik laboratoryjny potrafił przyjąć poród.

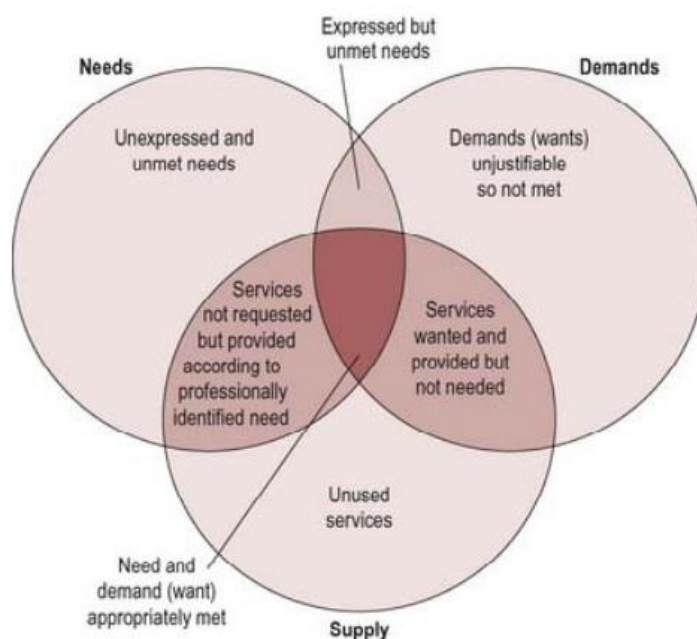
Publikowane w 2018 roku przez Światową Organizację Zdrowia dane statystyczne wskazują, że śmiertelność dzieci do lat pięciu kształtuje się w Tanzanii na poziomie 66,0 zgonów na 1000 zdrowych urodzeń (WORLD HEALTH STATISTICS 2018). Jest to duża korzystna zmiana, gdyż w roku 2006 ten sam wskaźnik wynosił 118 zgonów na 1000 zdrowych urodzeń (WORLD HEALTH STATISTICS 2008). W Regionie Mara od 2004 roku, gdzie śmiertelność do lat 5 wynosiła 172,3, przez rok 2010 – 152,6, do roku 2015 zredukowano ją do poziomu 92,7. Jest to jednak o 26,7 lat więcej niż średnia dla całej Tanzanii. Analiza ta wykazuje pozytywny trend spadkowy, obserwowany aktualnie w większości krajów świata (UN INTER-AGENCY FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION 2018).

Jakkolwiek pozytywne zmiany wskaźników śmiertelności dzieci do lat pięciu w Tanzanii na przestrzeni tych kilku lat mogą napawać optymizmem, jednak w zestawieniu

z analogicznymi wskaźnikami z roku 2014³ w krajach europejskich – chociażby Finlandii – 2,5; Niemczech – 3,9; Polsce – 5,0; Rumunii – 10,0 – widoczny jest kontrast pomiędzy światem bogatej północy i krajami ubogiego południa (UN INTER-AGENCY FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION 2018A). Jest to mobilizujące dla pracowników organizacji pomocowych, także z Polski, działających szczególnie w sektorze zdrowia.

Ośrodek zdrowia w Kiabakari jest przykładem realizacji projektu z zaangażowaniem wielu interesariuszy, co wydaje się być bardzo istotne w pomocy rozwojowej. Stwarza to jednak wyzwanie odpowiedniego koordynowania i wypracowania płaszczyzny wzajemnego zrozumienia. Odpowiadając na potrzeby lokalnej społeczności, ale i – z punktu widzenia lokalnych władz medycznych – na potrzeby systemu opieki zdrowotnej w dystrykcie, uzyskano wsparcie rządu Rzeczypospolitej Polskiej, pozyskano organizację pozarządową (Fundację *Redemptoris Missio*) i publiczną instytucję naukową (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu). Według rekomendacji międzynarodowych organizacji, w tym ONZ, idea pomocy rozwojowej powinna opierać się na rzetelnej analizie potrzeb. W przypadku doświadczenia realizacji projektu w Kiabakari zadajemy pytanie, czy Ośrodek spełnia swoją rolę jako jednostka podstawowej opieki zdrowotnej w wiejskim rejonie afrykańskiego państwa. Czy osoby mające określone potrzeby zdrowotne, uświadomione lub nieuświadomione, znajdują adekwatną pomoc (BRADSHAW, COOKSON, SAINSBURY, GLENDINNING 2013). Istotnym wydaje się, by przeprowadzić pogłębione badania potrzeb populacji, na rzecz której pracuje dany ośrodek medyczny. Istnieje wiele schematów takich badań (ryc. 49). W obliczu większej świadomości zagrożeń, osoby korzystające z świadczeń medycznych powinny mieć większą świadomość i, co za tym idzie, domagać się przeprowadzania określonych testów (na przykład glikemii, czy mierzenia ciśnienia). Odpowiednia edukacja zdrowotna w tym względzie musi więc wywołać zapotrzebowanie na wykonywanie określonej diagnostyki.

³ Demographic Health Survey 2015-2016 (Direct) 2014



Rycina 49. Needs, supply and demand. (NURSE KEY 2017)

Przeprowadzona analiza pokazała, że trudności w rozpoczęciu pracy i funkcjonowaniu misyjnego ośrodka medycznego pojawiały się na wielu płaszczyznach. Pomimo napotykaných przeszkód organizacyjnych i finansowych, placówka przyjęła pierwszych pacjentów po dwunastu latach: od rozeznania potrzeby budowy ośrodka w 1996, przez 2003 rok, kiedy stanął budynek w stanie surowym, do uruchomienia działalności leczniczej w 2008 roku.

Pracownicy Ośrodka wykazywali duże poczucie odpowiedzialności za funkcjonowanie i kondycję placówki, co nie jest rzeczą zwyczajną w tego typu instytucjach (na podstawie wymiany doświadczeń administratorów podobnych ośrodków w innych częściach Afryki). W Kiabakari każdy pracownik miał świadomość, że dyspensarium daje okolicznym mieszkańcom właściwą opiekę, a zatrudnionemu personelowi stabilną pracę. Przyjęty schemat organizacji pracy ośrodka medycznego *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* był wynikiem zgromadzonych doświadczeń miejscowego proboszcza i wolontariuszy Fundacji przebywających w placówce w okresie budowy i uruchamiania placówki. Okazał się on być odpowiedni zarówno dla pacjentów, jak i fachowych pracowników medycznych. Troską administratorów Ośrodka było objęcie opieką jak największej populacji, stąd zdecydowano o uruchomieniu zamiejscowego punktu medycznego w formie *mobile clinic*. Część placówek próbuje świadczyć pomoc w podobny sposób, jednak z doświadczeń Ośrodka w Kiabakari

wynika, że powinno to być zorganizowane w ścisłej kooperacji z lokalną społecznością – w rozważanym przypadku współpraca z VEO, usytuowanie w centrum wioski i w czasie trwania dnia targowego (w dwa piątki w miesiącu). Prośzenie lokalnej populacji o radę i branie pod rozwagę ich punktu widzenia rzutuje na korzystanie z oferowanych świadczeń organizacji wychodzącej z określoną propozycją.

Ośrodek był od początku działalności w styczniu 2008 roku zarejestrowany w rejestrze ministerialnym jako dyspensarium. Dzięki dobremu wyposażeniu placówki oraz odpowiedniej liczbie i kwalifikacji personelu (powyżej standardów przewidzianych dla tego poziomu opieki medycznej), NHIF zdecydował o traktowaniu jej jak centrum zdrowia, to znaczy o jeden poziom referencyjny wyżej. Skutkowało to wyższą refundacją kosztów za świadczenia na rzecz ubezpieczonych i szerszą gamą oferowanych procedur. Takie traktowanie, w pewnym sensie wyjątkowe, przyniosło satysfakcję organizatorom z docenienia wysokiego poziomu opieki i dawało większe bezpieczeństwo finansowe. Współpraca z NHIF nie była jednak pozbawiona trudności; nie zawsze zwracano pełną kwotę należną, a czas oczekiwania na czek bankowy był nie krótszy niż dwa miesiące (kalkulując czas potrzebny na uzyskanie pieniędzy, należy dodać także trzy tygodnie na realizację czeku przez bank).

W obliczu powyższych trudności, aby zachować płynność finansową, polscy wolontariusze na przykład rezygnowali z używania samochodu (stary samochód z wysokim zużyciem paliwa) na rzecz podróżowania transportem publicznym. Dzięki temu Ośrodek funkcjonował przy stosunkowo niskich kosztach administracyjnych, a przy tym zawsze był dobrze zaopatrzony i działał bez przestojów, co nie jest oczywistością w wiejskich rejonach Afryki subsaharyjskiej.

Dla celów określenia zakresu pomocy na danym terenie istotna jest jak najlepsza wiedza o populacji i jej potrzebach. Analizę zawartą w niniejszej pracy przeprowadzono w kilku obszarach, co pozwoliło określić charakterystykę populacji, następnie zidentyfikować rodzaj i częstość problemów zdrowotnych, rodzaj i ilość zastosowanych testów laboratoryjnych oraz stosowanych preparatów farmaceutycznych. Analiza struktury populacji zgłaszającej się do ośrodka zwróciła uwagę na zdecydowaną przewagę liczebności pacjentów płci męskiej wśród dzieci, zarówno w wieku poniżej 5 roku życia (w Tanzanii dla tej populacji świadczenia powinny być bezpłatne), jak i między 5. a 18. rokiem życia. Odzwierciedla to prawdopodobnie utrzymujące się nierówności społeczne i uwarunkowania kulturowe, skutkujące większą

troską o dzieci płci męskiej. Świadomość takich dysproporcji i – w pewnym sensie – dyskryminacji powinna towarzyszyć organizatorom opieki medycznej i znaleźć się także w zakresie szkoleń – zarówno wolontariuszy, jak i miejscowego personelu. W dalszej perspektywie miałyby to zmierzać do pogłębienia świadomości problemu i prowadzenia edukacji lokalnej społeczności w tym zakresie. Autor ma świadomość wielkiego wyzwania w tym obszarze, bowiem jest to ingerencja w dotychczasowe schematy kulturowe. Organizacja i szkolenie jest bardzo ważne zarówno wśród pracowników medycznych działających w instytucjach, jak i lokalnych (wiejskich) wolontariuszy lub pracowników – *community health services* (MULLER , SNYMAN, SLOGROVE, COUPER 2019). Można rozważyć możliwość prowadzenia szkoleń w formie edukacji na odległość za pośrednictwem odpowiednich platform internetowych i aplikacji (e-learning) (AMREF HEALTH AFRICA 2019). Wydaje się to być dobrym rozwiązaniem rozwijającym wyzwania współczesnej telemedycyny.

Ciekawą obserwacją jest, że najliczniejsze i porównywalne grupy zawodowe stanowili nauczyciele (34%), uczniowie (31%) i rolnicy (26%). Może więc cieszyć fakt, że grupa rolników jest zbliżona wielkością do największej grupy świadczeniobiorców – stać ich na ubezpieczenie zdrowotne, podobnie jak nauczycieli, którzy mają zagwarantowane stabilne dochody i przez to świadczenia medyczne. Z drugiej strony nieumiejętne korzystanie z pewnego rodzaju bezpieczeństwa finansowego może skłonić ich do zmiany stylu życia sprzyjającego rozwojowi chorób cywilizacyjnych typowych dla krajów rozwiniętych. Dodatkowo, udokumentowana globalna tendencja wydłużania życia, także w Tanzanii, jest przesłanką, by z większą troską podchodzić do chorób niezakaźnych, w tym chorób przewlekłych, np. metabolicznych, sercowo-naczyniowych i nowotworów (IDF 2017). Także te kwestie wymagają włączenia do strategii postępowania medycznego, by w przyszłości profilaktyka chorób w Afryce była na światowym poziomie.

Utrzymująca się wysoka częstość występowania chorób zakaźnych nie powinna uśpić czujności w przewidywaniu zwiększenia występowania chorób zależnych od stylu życia. Potrzebne są rzetelne informacje na ten temat i kontynuowanie pogłębionych badań rozpatrywane w kontekście możliwych odmienności uwarunkowań terenów wiejskich i miejskich. Zastanawia fakt stawiania przez felczerów diagnoz, które sugerują brak rozpoznania problemu do końca (*niespecyficzne nieprawidłowości w innych substancjach ciała, inne zaburzenia układu moczowego*). Jest to dowód na konieczność pogłębienia wiedzy personelu

i poprawy możliwości diagnostycznych ośrodka oraz lepszej współpracy z władzami medycznymi w dystrykcie. Wspomnieć tu można też brak wykonywania badań w kierunku gruźlicy, które zależą od dostawy odczynników z DMO.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że oprócz chorób tropikalnych takich jak malaria, występująca u 69,3% pacjentów, ameboza – u 22,6% i schistosomoza – u 1,0% pacjentów oraz pasożyty przewodu pokarmowego: tęgoryjce u 21,1% glistnica u 6,9% najczęstszymi schorzeniami leczonymi w ośrodku były: choroby układu moczowego, obecne u 62,1% pacjentów, zapalenie płuc zdiagnozowane u 9,9%, infekcje oportunistyczne takie jak kandydoza, zdiagnozowana u 5,7% pacjentów, infekcje przenoszone drogą płciową zdiagnozowane u 4,3% pacjentów, choroby górnych dróg oddechowych zdiagnozowane u 3,9% przyjętych pacjentów.

Infekcje układu moczowego (62.1%) występowały wprawdzie rzadziej niż malaria (69.3%) – różnica była znamienne statystycznie $\Delta=7,2\%$ ($p<0,0001$) – jednak częściej niż inne choroby tropikalne, np. pełzakowica (22,6%), gdzie różnica wynosiła $\Delta=39,5\%$ i była znamienne statystycznie ($p<0,0001$). Można z tego wnioskować, że infekcje układu moczowego były równie ważnym powodem szukania kwalifikowanej pomocy medycznej jak choroby tropikalne.

Wielu autorów donosi, że istnieje rosnąca tendencja w występowaniu chorób niezakaźnych (NCD) w Afryce Subsaharyjskiej (Int. J. E, 2011). Należy zwrócić szczególną uwagę na choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory i choroby metaboliczne, takie jak cukrzyca i otyłość. Populacje krajów o niskich i średnich dochodach borykają się z podwójnym obciążeniem chorobami (*double burden of diseases*) – chorobami zakaźnymi i niezakaźnymi (MATHERS, LONCAR 2006). Historycznie patrząc większa uwaga odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci skupiała się na zdrowiu dzieci i matek w okresie okołoporodowym oraz na chorobach infekcyjnych.

Przeanalizowana dokumentacja dotyczyła populacji pacjentów ubezpieczonych, a więc, w praktyce, grupy osób mających stałe środki utrzymania. Ludzie ci należą do najbardziej narażonych – mając pracę i większe niż przeciętna populacja środki do życia, przyjmują co raz bardziej styl życia krajów rozwiniętych. Redukując swoją aktywność fizyczną i spożywając więcej kalorii, konsekwentnie nabywają czynników ryzyka cukrzycy i chorób sercowo-

naczyniowych. Lata zmagania z tym zagadnieniem i wyniki badań w duchu medycyny opartej na faktach, pozwoliły opracować listę czynników ryzyka cukrzycy typu 2 i stworzyć standardy postępowania profilaktycznego w tym obszarze.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, w oparciu o wytyczne Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej (International Diabetes Federation, IDF), potwierdza konieczność prowadzenia badań przesiewowych w kierunku cukrzycy (POLSKIE TOWARZYSTWO DIABETOLOGICZNE 2019), ponieważ u ponad połowy chorych nie występują objawy hiperglikemii. Badanie w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić raz w ciągu 3 lat u każdej osoby powyżej 45. roku życia. Niezależnie od wieku, badanie to należy wykonać co roku u osób dorosłych z następujących grup ryzyka:

- z nadwagą lub otyłością: BMI \geq 25 kg/m² i/lub obwód talii > 80 cm (kobiety); > 94 cm (mężczyźni);
- z cukrzycą występującą w rodzinie (rodzice bądź rodzeństwo);
- mało aktywnych fizycznie;
- z grupy środowiskowej lub etnicznej częściej narażonej na cukrzycę;
- u których w poprzednim badaniu stwierdzono stan przedcukrzycowy;
- u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową;
- u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała > 4 kg;
- z nadciśnieniem tętniczym (\geq 140/90 mm Hg);
- z dyslipidemią: stężenie cholesterolu frakcji HDL < 40 mg/dl (< 1,0 mmol/l) i/lub triglicerydów > 150 mg/dl (>1,7 mmol/l);
- u kobiet z zespołem policystycznych jajników;
- z chorobą układu sercowo-naczyniowego.

W aktualnych zaleceniach Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (American Diabetes Association, ADA) znajdujemy rekomendacje dotyczące skriningu w kierunku cukrzycy typu 2 oraz stanów przedcukrzycowych (STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES 2019), co wybitnie podnosi rangę medycyny profilaktycznej.

International Diabetes Federation (IDF) cyklicznie, co dwa lata publikuje, szczegółowe dane dotyczące cukrzycy na świecie. W aktualnie obowiązującej publikacji tj. Diabetes Atlas 2017 wydanie ósme (IDF DIABETES ATLAS 2017), w Afryce ok. 15,5 (9,8-27,8) mln osób dorosłych w wieku 20-79 lat ma rozpoznana cukrzycę, co stanowi ok. 6% tej populacji. Największa częstość występowania choroby jest obserwowana między 55 a 64 r.ż. Dla Afryki został wyliczony najwyższy wskaźnik nierozpoznawalności cukrzycy na świecie: 69,2% chorych nie jest zdiagnozowanych. Prognozy IDF dla tego regionu zakładają zwiększenie do 2045 roku liczby osób z cukrzycą typu 2 o 162% oraz osób ze stanem przedcukrzycowym (upośledzona tolerancja glukozy) o 154%. Według raportu IDF systemy opieki medycznej w Afryce nie nadążają za narastaniem ryzyka występowania cukrzycy typu 2 w tym regionie – wciąż są skupione głównie na chorobach infekcyjnych.

Wyniki moich analiz potwierdzają obserwacje IDF. Na 1 440 pacjentów objętych opieką Ośrodka w Kiabakari ocenę glikemii przeprowadzono jedynie u 18 osób. Byli to pacjenci, u których stwierdzono kliniczne objawy hiperglikemii. Takie postępowanie nie spełnia kryteriów badania profilaktycznego. Tymczasem 484 osoby były powyżej 45 roku życia i powinny podlegać badaniu profilaktycznemu według standardów światowych – o czym powyżej (ADA, IDF, PTD). Podstawowym narzędziem w screeningu cukrzycy typu 2 jest ocena glikemii. Podnosi to znaczenie testów laboratoryjnych i ich udział w organizacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Z całą mocą należy zaznaczyć, że obserwowany w opisywanym ośrodku medycznym, co może być zbieżne z sytuacją w innych miejscach, brak zauważanej rzetelności w rozpoznawaniu schorzeń przewlekłych o charakterze cywilizacyjnym, w tym na przykład nadciśnienia tętniczego i cukrzycy, może stać się istotnym wyzwaniem dla modyfikacji sposobu działania. Szpitale oraz ośrodki zdrowia na każdym szczeblu w regionie afrykańskim muszą być przygotowane na zmierzenie się z pytaniami o występowanie tych schorzeń. Będą także musiały – jak się wydaje – zmierzyć się z wdrożeniem postępowania w tym zakresie. Może się to wiązać z istotną zmianą zakresu działalności.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że najczęściej wykonywanymi badaniami laboratoryjnymi były: badanie grubej kropli (i cienkiego rozmazu krwi włośniczkowej), badanie moczu, badanie kału.

Badanie krwi, grubej kropli i cienkiego rozmazu, w kierunku malarii, będące najczęściej wykonywanym badaniem laboratoryjnym w ocenianym okresie, stanowiło spore wyzwanie dla pracowników laboratorium. Liczba zleconych badań i presja czasu powodowały odstępowanie od pełnej procedury badania – laboranci badali tylko grubą kroplę krwi. Z informacji uzyskanych z analogicznych ośrodków wynika, że nie jest to przypadek odosobniony. Trzeba jednak podkreślić, że pierwsza część badania była wykonywana z niezwykle starannością. Istnieje ewidentna potrzeba szkolenia kadry i zwiększenia liczby pracowników laboratorium dla spełnienia wymaganych standardów.

Jednym z najstarszych i najczęściej wykonywanych badań laboratoryjnych o wysokiej wartości diagnostycznej jest analiza moczu. Jest ona pomocna zarówno w rozpoznawaniu i monitorowaniu funkcji nerek i dróg moczowych jak i homeostazy organizmu. Nieinwazyjny sposób pozyskiwania materiału biologicznego do badań wpływa na ogólnie łatwą JEGO dostępność (WOJTYSIĄK-DUMA 2011). Rozwój technik analitycznych pozwolił na oznaczanie obecnie kilkunastu parametrów w sposób półautomatyczny lub automatyczny. Badanie ogólne moczu polega na ocenie cech fizyko-chemicznych oraz mikroskopowej analizie osadu moczu. Parametry takie jak: ciężar właściwy, pH, obecność glukozy, obecność związków ketonowych, azotynów, białka, barwników żółciowych (bilirubina, urobilinogen), erytrocytów/hemoglobiny i leukocytów rutynowo ocenia się z użyciem testów paskowych (ĆWIKLIŃSKA, DĄBROWSKA, KOWALSKI, FIJAŁKOWSKA *et al.* 2016).

Badanie kału jest wykonywane nie tylko w sytuacjach podejrzenia chorób trzustki, krwawienia z przewodu pokarmowego, nowotworów czy upośledzenia wchłaniania ale również w celach diagnostyki chorób pasożytniczych lub bakteryjnych. W Polsce jest ono w tym kierunku obowiązkowo wykonywane m.in. wśród osób pracujących w branży gastronomicznej. Pomimo, iż współczesna parazytologia wykorzystuje wiele metod diagnostycznych, to w celu rozpoznawania pasożytów jelitowych nie wypracowano dotychczas złotego standardu. Na świecie występuje znaczna różnorodność metodologiczna w tym zakresie, przy czym podstawowe w rozpoznawaniu pasożytów są metody mikroskopowe badania kału w kierunku obecności form dorosłych pasożytów lub ich jaj. Na badanie kału składa się jego ocena makroskopowa (konsystencja, obecność śluzu, krwi, postaci dorosłych lub fragmentów pasożytów) oraz mikroskopowa z wcześniejszym odpowiednim przygotowaniem materiału. Zaletą diagnostyki parazytologicznej w mikroskopii świetlnej jest

prostota jej wykonania i szybkość uzyskiwania wyników. Z drugiej strony mogą pojawiać się trudności w identyfikacji niektórych gatunków pasożytów. Konieczne staje się również dysponowanie wyszkolonym i doświadczonym personelem medycznym, który w diagnostyce parazytologicznej ma kluczowe znaczenie (KORZENIEWSKI 2016).

Analizując funkcjonowanie Ośrodka w Kiabakari i innych placówek w Rejonie Mara należy z większą uwagą przyrzeć się roli obrotu lekami w tych instytucjach. Sprzedaż leków pozwala placówkom takim jak *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* zwiększyć obroty i tym samym utrzymać płynność finansową całej placówki. Choć połączenie jednostki leczniczej lub diagnostycznej z instytucją sprzedającą leki wydaje się być zupełnie niewłaściwe, praktyka sprzedawania leków pacjentom w tym miejscu, w którym wcześniej rozpoznano chorobę jest powszechnym zjawiskiem w wielu krajach Afryki subsaharyjskiej. Funkcjonowanie w trudnych warunkach ekonomicznych wymaga od administratorów podejmowania dużego wysiłku i szukania możliwości zwiększania przychodów i generowania zysku. Działalność apteki jest dla ośrodków medycznych nierzadko niezbędnym gwarantem utrzymania, ale dostrzega się tu potencjalne zagrożenia skutkujące szkodą pacjentów. Należy zwrócić uwagę, że konieczne jest poszukiwanie administracyjnych sposobów zapobiegania praktykom oszukiwania pacjentów w systemie opieki zdrowotnej. Być może częste rozpoznawanie malarii jest wynikiem złe rozumianej troski personelu medycznego przychodni medycznych o swój zakład pracy, ale też wynikać z chęci pewnego rodzaju asekuracji (GWER, NEWTON, BERKLEY 2007). Z drugiej strony cieszy fakt, że Ośrodek w Kiabakari nie pozwalał sobie na nadszarpnięcie dobrej opinii i utratę zaufania pacjentów, co potwierdzają ich opinie.

Bardzo ciekawe jest rozważenie roli opłat wnoszonych przez pacjentów, którzy bardzo często wykazują świadomość, że dzięki opłatom ośrodek medyczny może funkcjonować, a tym samym oferować bezpieczeństwo ciągłości opieki zdrowotnej na danym terenie. Trzeba przyznać, że nawet jeśli pacjenci, by zapłacić za świadczenia pożyczali pieniądze od wolontariuszy z Polski, lub prosili o rozłożenie opłaty na raty (5 przypadków w badanej populacji), nie odnotowano przypadku, by prędzej czy później nie dopełnili formalności.

W regionach świata, w których braki personelu medycznego są porównywalne z problemami wielu krajów Afryki subsaharyjskiej, istnieją przykłady ciekawych i skutecznych rozwiązań w organizacji opieki zdrowotnej na najniższym poziomie (w praktyce głównie na terenach wiejskich). Znane są systemowe rozwiązania z Pakistanu, gdzie w latach 90-tych

wprowadzono funkcję *Lady Health Worker* – pracownika na szczeblu *community health services*, który podejmował pracę po 18 miesiącach kursu (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2010). Kryterium zakwalifikowania do programu przewiduje skończenie 8 lat edukacji podstawowej. W praktyce może być to w wielu miejscach trudne do zrealizowania ze względu na niemożność znalezienia osób o odpowiednich kwalifikacjach (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2008). Widać jednak wyraźnie, jak istotne jest organizowanie kształcenia i doksztalcania nie tylko wykwalifikowanego personelu medycznego, ale i osób ze społeczności lokalnej, którzy będą pracowali na jej rzecz. Autor rozumie, że proste przełożenie i zaadoptowanie takich rozwiązań (np. *Lady Health Worker*) może napotkać na społeczny (kulturowy) sprzeciw, ale troską udzielających pomocy jest dążenie do korzystania z takich doświadczeń. Z resztą opublikowany w 2010 roku Globalny Kodeks Postępowania w sprawie Międzynarodowej Rekrutacji Personelu Medycznego (*WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*) pobudza kraje, które go ratyfikowały do działania na rzecz współpracy – szczególnie na osi północ-południe (FUNDACJA POMOCY HUMANITARNEJ REDEMPTORIS MISSIO 2013).

Badanie, które zostało przeprowadzone przez autora, dało obraz problemów organizacyjnych także w zakresie gospodarki lekami. Jest to kwestia szczególnie istotna w kontekście pomocy rozwojowej. Musimy mieć świadomość, że zaopatrzenie w leki powinno podlegać określonym zasadom, które z jednej strony kazały zwracać uwagę na potrzeby populacji, a z drugiej brać poważnie pod uwagę kierunki polityki państwa w zakresie zdrowia (GLOBAL BURDEN OF DISEASE HEALTH FINANCING COLLABORATOR NETWORK 2019). Zostało to już zauważone ponad dwie dekady temu przez wiele instytucji pracujących na rzecz potrzebujących (AUTIER *et al.* 1990). Wyraz troski wspólnoty międzynarodowej znalazł wyraz w opublikowanych po raz pierwszy w 1996, a edytowanych w 1999 i 2010 roku, instrukcjach Światowej Organizacji Zdrowia (*Guidlines for Drug Donations*; obecnie *Guidlines for Medicine donations*) (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2011). Problem został zauważony, zdiagnozowany i zaproponowano rozwiązania. Trzeba wykazać świadomość, że nieodpowiedzialnymi działaniami (bez odpowiedniego przygotowania) – szczególnie w pomocy humanitarnej w postaci zaopatrzenia (transportów) leków – można doprowadzić ośrodki, dla których pomoc jest organizowana oraz instytucje je nadzorujące do problemów finansowych, a nawet do katastrof przyrodniczych (np. konieczność utylizacji odpadów medycznych i złe jej przeprowadzenie).

Najczęstszy w badanej populacji problem medyczny, czyli malaria, stanowi dobry przykład, by pokazać próbę wytyczenia kierunku rozwoju medycznych ośrodków misyjnych, co przyświecało autorowi przy przygotowywaniu niniejszej rozprawy. Ważnym jest, by – w miarę możliwości – patrząc przez pryzmat mądrej pomocy rozwojowej każdy problem medyczny został rozłożony na czynniki pierwsze i poddany analizie. Przyglądanie się poszczególnym aspektom procesu diagnostycznego, leczniczego bądź profilaktycznego od ogółu do szczegółu – jak to uczyniono w przygotowanej publikacji, może stanowić asumpt do zapewnienia skuteczniejszej i optymalnej pomocy rozwojowej.

6. Wnioski

Analiza rozpoznań stawianych pacjentom ośrodka *Błogostawionego Piotra Jerzego Frassatiego* w Kiabakari oraz analiza częstości wykonywanych badań laboratoryjnych wraz z proponowanym leczeniem pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Mimo istnienia zwiększonego zagrożenia tropikalnymi chorobami zakaźnymi w Dystrykcie Musoma istnieje uzasadniona potrzeba prowadzenia diagnostyki różnicowej w kierunku cywilizacyjnych chorób niezakaźnych, takich jak nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, cukrzyca czy nowotwory, które nie były rozpoznawane.

2. Przygotowanie do pracy w tropiku powinno obejmować nie tylko szkolenie z zakresu chorób tropikalnych, ale również z zakresu innych chorób infekcyjnych, takich jak zakażenia dróg moczowych, układu oddechowego oraz zakaźnych i pasożytniczych infekcji oportunistycznych.

3. Niewykonywanie badań w kierunku chorób niezakaźnych lub wewnętrznych może mieć wpływ na brak rozpoznań chorób niezakaźnych i powinno być uwzględnione w ciągłym szkoleniu zawodowym miejscowego personelu medycznego.

4. Organizowanie pomocy humanitarnej obejmujące zaopatrzenie w leki ośrodków w krajach tropikalnych powinno odzwierciedlać spektrum epidemiologiczne występujących lokalnie jednostek chorobowych oraz obejmować ukierunkowany dobór antybiotyków, nieopiodowych i niesteroidowych leków przeciwzapalnych, preparatów przeciwmalarycznych i przeciw pasożytniczych.

Streszczenie

W praktyce opieki medycznej w krajach rozwijających się niezbędne jest prowadzenie refleksji na temat optymalnego diagnozowania i leczenia społeczeństw poszczególnych regionów.

Ośrodek medyczny Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary w Kiabakari powstał dzięki Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* działającej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz pomocy finansowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych Rządu Rzeczypospolitej Polskiej.

Celem pracy była analiza wybranych aspektów zdrowotnych pacjentów medycznego ośrodka misyjnego *Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary* w Kiabakari (Musoma Rural District, Mara Region) w Tanzanii (Afryka Wschodnia) pod kątem określenia priorytetów w organizowaniu pomocy humanitarnej do krajów tropikalnych i przygotowania do pracy w tropiku.

Analizę i wnioski oparto na dokumentacji medycznej 1 440 pacjentów ośrodka. Analiza ta obejmowała rozpoznania, prowadzoną diagnostykę laboratoryjną i zaproponowane leczenie.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że oprócz chorób tropikalnych takich jak: malaria, występująca u 69,3% (998/1440) pacjentów, ameboza – u 22,6% (325/1440) i schistosomoza u – 1,0% (15/1440) pacjentów oraz pasożyty przewodu pokarmowego (tęgoryjce u 21,1%, 304/1440; glistnica u 6,9%, 99/1440) najczęstszymi schorzeniami leczonymi w ośrodku były: choroby układu moczowego obecne u 62,1% (895/1440) pacjentów, zapalenie płuc zdiagnozowane u 9,9% (143/1440), infekcje oportunistyczne takie jak kandydoza zdiagnozowana u 5,7% (82/1440) pacjentów, infekcje przenoszone drogą płciową zdiagnozowane u 4,3% (62/1440) pacjentów, choroby górnych dróg oddechowych zdiagnozowane u 3,9% (56/1440) przyjętych pacjentów.

Najczęściej wykonywanymi badaniami laboratoryjnymi były: gruba kropla (w diagnozowaniu malarii) wykonane u 79,2% (1141/1440), badanie moczu wykonane u 70,7% (1018/1440) pacjentów, badanie kału wykonane u 64,7% (932/1440), testy serologiczne w kierunku kiły (Rapid plasma reagent test - RPR) wykonane u 6,5% (94/1441) pacjentów, badanie poziomu cukru we krwi wykonane tylko u 1,2% (18/1440) pacjentów, morfologia wykonana tylko u 0,2% (4/1440) pacjentów oraz odczyn Biernackiego wykonana u 0,1% (2/1440) pacjentów.

Do leczenia najczęściej wykorzystywano leki przeciwbakteryjne i antybiotyki, które otrzymało 82,4% (1187/1440) pacjentów (najczęściej stosowanym antybiotykiem była amoksylicyna – 35,1% wszystkich podanych antybiotyków); nieopiodowe i niesteroidowe leki przeciwzapalne podano u 78,7% (1133/1440), z czego najczęściej podawano paracetamol 83,6% (1029/1231) z wszystkich podawanych leków przeciwzapalnych (klasyfikacja zgodna z użytą modelową listą WHO) oraz dikofenak 13,2% (163/1231) z wszystkich podawanych leków przeciwzapalnych; leki przeciwmalaryczne podane 69,9% (1007/1440) pacjentów, z czego najczęściej podawano fansidar (Sulphadoxyna/Piry methamina) 40,6% (451/1112); Chinina 33,3% (368/1112); Co-artem (artemeter i lumefantryna) 21,9% (244/1112) wszystkich podanych leków przeciwmalarycznych; oraz leki przeciw pasożytnicze podane 27,9% (402/1440) z czego najczęściej podawano mebendazol, który stanowił 78,1% (317/406) wszystkich podanych leków przeciw pasożytniczych oraz albendazol, który stanowił 18,0% (73/406) podanych leków przeciw pasożytniczych.

Na podstawie zebranego materiału wyciągnięto następujące wnioski:

1. Mimo istnienia zwiększonego zagrożenia tropikalnymi chorobami zakaźnymi w Dystrykcie Musoma istnieje uzasadniona potrzeba prowadzenia diagnostyki różnicowej w kierunku cywilizacyjnych chorób niezakaźnych, takich jak nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, cukrzyca czy nowotwory, które nie były rozpoznawane.

2. Przygotowanie do pracy w tropiku powinno obejmować nie tylko szkolenie z zakresu chorób tropikalnych, ale również z zakresu innych chorób infekcyjnych, takich jak zakażenia dróg moczowych, układu oddechowego oraz zakaźnych i pasożytniczych infekcji oportunistycznych.

3. Niewykonywanie badań w kierunku chorób niezakaźnych lub wewnętrznych może mieć wpływ na brak rozpoznań chorób niezakaźnych i powinno być uwzględnione w ciągłym szkoleniu zawodowym miejscowego personelu medycznego.

4. Organizowanie pomocy humanitarnej obejmujące zaopatrzenie w leki ośrodków w krajach tropikalnych powinno odzwierciedlać spektrum epidemiologiczne występujących lokalnie jednostek chorobowych oraz obejmować ukierunkowany dobór antybiotyków, nieopiodowych i niesteroidowych leków przeciwzapalnych, preparatów przeciwmalarycznych i przeciw pasożytniczych.

Słowa kluczowe: *choroby tropikalne, pomoc humanitarna, podstawowa opieka zdrowotna, leczenie, diagnostyka.*

Executive summary

This research aimed in analysis of case management of patients of missionary health centre '*Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary*' in Kiabakari in Mara Region of the United Republic of Tanzania to conclude and initiate discussion about priorities in organizing humanitarian assistance to tropical countries and preparations for the work in the tropics. The health centre '*Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary*' in Kiabakari was established thanks to technical and financial support of the Foundation of Humanitarian Aid '*Redemptoris Missio*' of the Karol Marcinkowski Poznan University of Medical Sciences and financial support of the Ministry of Foreign Affairs, Government of the Republic of Poland.

The conclusions of the research were based on analysis of the medical documentation of 1 440 patients of the health centre. The research included diagnosis, laboratory tests and prescribed treatment of the patients.

The analysis of the examinations and medical documentation revealed that apart from tropical diseases such as malaria prevalent in 69,3% (998/1440) patients, amebiasis diagnosed in 22,6% (325/1440), schistosomiasis diagnosed in 1,0% (15/1440) of patients and parasitic infections of intestinal track with geohelminths such as hookworms present in 21,1% (304/1440) or ascariasis present in 6,9% (99/1440) of patients, the following diseases, listed below, were the most common diagnosed diseases in the Health Centre: urinary tract infections present in 62,1% (895/1440) of the patients, pneumonia diagnosed in 9,9% (143/1440) of the patients, opportunistic infections such as candidiasis diagnosed in 5,7% (82/1440) patients, sexually transmitted infections (STIs) present in 4,3% (62/1440) and upper respiratory tract infections (URTI) diagnosed in 3,9% (56/1440) of admitted patients.

The following examinations were the most common laboratory tests performed in admitted patients: thick blood smear (for malaria) performed in 79,2% (1141/1440) of patients; urine examination performed in 70,7% (1018/1440) of patients; microscopy examination of stool samples done in 64,7% (932/1440) of patients; serological examination for syphilis (Rapid Plasma Reagent Test - RPR) performed in 6,5% (94/1440); blood sugar level examination performed in 1,2% (18/1440) of patients; morphology and complete blood count (CBC) done in 0,2% (4/1440) of patients and erythrocyte sedimentation rate (ESR) done only in 0,1% (2/1440) of patients.

Antibiotics and other anti-bacterial drugs were the most common treatment prescribed in 82,4% (1187/1440) patients (with amoxicillin as the most often used antibiotic representing 35,1% of all prescribed antibiotics); non-opioid analgesic and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) prescribed in 78.7% (1133/1440) patients with paracetamol constituting 83,6% (1029/1231) and diclofenac 13,2% (163/1231) of all prescribed non-opioid analgesic and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Antimalarial drugs were prescribed in 69,9% (1007/1440) of patients with Fansidar (sulfadoxine/pyrimethamine) being the most commonly prescribed and constituting 40,6% (451/1112) of all prescribed anti-malarials; Quinine representing 33,3% (368/1112) and Co-artem (Artemether-lumefantrine) 21.9% (244/1112) of all prescribed anti-malarial drugs. Anti-parasitic drugs were prescribed in 27.9% (402/1440) of patients with mebendazol constituting 78.1% (317/406) and albendazol making up 18,0% (73/406) of all prescribed anti-parasitic drugs.

The following conclusions were formulated based on analysis of the above mentioned data:

1. Only communicable (infectious) diseases were diagnosed in the health centre in Kiabakari. Non communicable diseases such as hypertension, diabetes and neoplasms were not detected though it does not mean they were not present in the communities.
2. Preparation of medical professionals for work in the topics should include not only training in parasitic and tropical diseases but also in other infectious diseases such as urinary tract infections (UTI) , infections of upper and lower respiratory track (URTI and LRTI) and opportunistic infections.
3. Malaria test, syphilis test, and microscopy examinations of stool were the most common laboratory tests. Low utilization of other laboratory tests can contribute to lack of diagnosis of non-communicable diseases. Local health professionals should be trained in performance and analysis of tests used for deduction of non-communicable diseases.
4. Organization of humanitarian assistance to medical centres in tropical countries, in the form of drug donations, should reflect the epidemiological situation of the region and include as priority antibiotics, non-opioid analgesic drugs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), anti-malarial drugs and anti-parasitic drugs as the most common utilized medicines.

Key words: *tropical diseases, humanitarian assistance, primary health care, laboratory tests, treatment.*

9. Bibliografia

AFRICAN STUDIES CENTER UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA

2011 <http://www.africa.upenn.edu/NEH/treligion.htm> (dostęp: 15.12.11).

ALTMAN D.G., MACHIN D., BRYANT T.N., GARDNER M.J. (EDS)

2000 Statistics with confidence, 2nd ed., s. 49.

ANDRZEJAK A.

2001 Z dziejów Akademickiego Ruchu Misyjnego w Polsce. Rozmowa z prof. Ireną Dobrzycką, *Annales Misiologicae Posnanienses*, tom 12 , s. 191-193.

ANDRZEJAK A., COFTA M., PAWŁOWSKI Z., REHLIS N.

2004 Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” (Medicus Mundi Poland) 1992-2004. Kalendarium działalności, *Annales Misiologicae Posnanienses*, tom 14 , s. 199-225.

AMREF HEALTH AFRICA

2019 Midwives and nurses in Tanzania enhance skills through eLearning

<https://icd.amref.org/midwives-and-nurses-in-tanzania-enhance-skills-through-elearning>, 27.02.2019 (dostęp: 13.05.2019)

AUTIER P. et al.

1990 Drug supply in the aftermath of the 1988 Armenian earthquake, *Lancet*, 335(8702), s.1388-90.

BAHN P. G. [RED.]

2003 *Atlas. Archeologia Świata*, Warszawa.

BRADSHAW J.R., COOKSON R.A., SAINSBURY R., GLENDINNING C.

2013 The taxonomy of social need, w: *Jonathan Bradshaw on social policy*, York.

CAMPBELL I.

2007 Chi-squared and Fisher-Irwin tests of two-by-two tables with small sample recommendations, *Statistics in Medicine* 26, s. 3661-3675.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. THE WORLD FACTBOOK

2018 <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html> (dostęp: 15.12.18).

CHAN M.

2008 Return to Alma-Ata, *The Lancet*, Volume 372, s. 865-866.

ĆWIKLIŃSKA A., DĄBROWSKA M., KOWALSKI R., FIJAŁKOWSKA A. *et al.*

2016 Ocena jakości badania moczu za pomocą testów paskowych oraz oznaczeń ciężaru właściwego i osmolalności moczu na podstawie wyników polskich laboratoriów uczestniczących w programie zewnętrznej oceny jakości (EQA) w latach 2011-2016, *Diagnosta laboratoryjny* 52(3), s. 185-196.

DALAL S., BEUNZA J.J., VOLMINK J., ADEBAMOWO C. *et al.*

2011 Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: what we know now, *International Journal of Epidemiology*, Volume 40, Issue 4, August 2011, Pages 885–901, <https://doi.org/10.1093/ije/dyr050>

ENCYKLOPEDIA POWSZECHNA PWN

2009-2010 *Tanzania*.

FUNDACJA POMOCY HUMANITARNEJ REDEMPTORIS MISSIO

2000 list ks. Tadeusza Dziedzica, dyrektora Papieskich Dzieł Misyjnych Archidiecezji Krakowskiej. Sekretariat Misyjny. Kraków, 17 stycznia 2000 roku, archiwum fundacji

2000a list ks. Wojciecha Kościelniaka z dnia 18 lipca 2000 roku, archiwum fundacji

2007 Projekt nr 670/2007: Dokończenie budowy i wyposażenie ośrodka zdrowia w Kiabakari, dofinansowany ze środków MSZ RP, archiwum fundacji

2007a list ks. Wojciecha Kościelniaka z dnia 18 kwietnia 2007 roku do MSZ RP, archiwum fundacji

2013 Przewodnik po Globalnym Kodeksie Postępowania WHO w sprawie Międzynarodowej Rekrutacji Personelu Medycznego, Poznań 2013

GLOBAL BURDEN OF DISEASE HEALTH FINANCING COLLABORATOR NETWORK

2019 Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050, *The Lancet*, Volume 393, ISSUE 10187, s. 2233-2260.

GUMKOWSKA M.

2017 Ile organizacji jest w Polsce i na świecie, *ngo.pl Portal organizacji pozarządowych*, <https://publicystyka.ngo.pl/ile-organizacji-jest-w-polsce-i-na-swiecie> (dostęp: 1.06.17)

GWER S., NEWTON C., BERKLEY J.A.

2007 Over-diagnosis and co-morbidity of severe malaria in African children: A guide for clinicians. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 77 (6 Suppl), s. 6–13.

IDF DIABETES ATLAS

2017 *International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas*, 8th edn., Brussels, <http://www.idf.org/diabetesatlas> (dostęp: 3.05.19).

JAKUBOWICZ O.

2010 Kiła – realne zagrożenie – część II. *Nowiny Lekarskie*, 79, 4, s. 334–336.

-
- KOŚCIELNIAK B., KOWALCZYK P., MANDA A., SZTEFKO K., TOMASIK P.
2015 Wpływ czynników przedanalizy na wynik badania morfologii krwi, *Diagnosta laboratoryjny*, 51(4), s. 271-276.
- KORZENIEWSKI K.
2016 Choroby pasożytnicze przewodu pokarmowego w Polsce. *Forum Medycyny Rodzinnej*, tom 10, nr 1, s. 423-431.
- KŁUDKOWSKA M., FRĄCKOWIAK K.
2016 Malaria – pytania najczęściej zadawane przez diagnostów laboratoryjnych oraz pacjentów, *Diagnosta laboratoryjny*, 1(42).
- MAĆKOWIAK Z., MUSIELAK M.
2000 *Adam Wrzosek: życie i działalność*; Wydawnictwo Poznańskie, Poznań.
- MACHA J., KUWAWENARUA A., MAKAWIA S., MTEI G., BORGHI J.
2014 Determinants of community health fund membership in Tanzania: a mixed methods analysis. *BMC Health Services Research*, 14, s. 538.
- MAJKUT G.
2007 *Biuletyn Informacyjny Sympatyków i Wolontariuszy Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”*, nr 2/2007 (37).
- MATHERS C.D., LONCAR D.
2006 Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, *PLoS Medicine*, vol. 3, s. e442.
- MINISTERSTWO SPRAW ZAGRANICZNYCH DEPARTAMENT WSPÓŁPRACY ROZWOJOWEJ
2019 <https://www.polskapomoc.gov.pl/Komu,pomagamy,1401.html> (dostęp: 1.06.19).
- MINISTRY OF HEALTH (MOH) [Tanzania]
2000 *Health statistics abstract*, Dar es Salaam.
2011 <https://www.moh.go.tz/en/> (Dostęp: 21.11.2011)
2019 <https://www.moh.go.tz/en/> (Dostęp: 12.04.2019)
- MORTON S., PENCHEON D., SQUIRES N.
2017 Sustainable Development Goals (SDGs), and their implementation: A national global framework for health, development and equity needs a systems approach at every level., *British Medical Bulletin*, Dec 1;124(1), s. 81-90, doi: 10.1093/bmb/ldx031.
- MULLER J., SNYMAN S., SLOGROVE A., COUPER I.
2019 The value of interprofessional education in identifying unaddressed primary health-care challenges in a community: a case study from South Africa, *Journal of Interprofessional Care*, May 19:1-9, doi: 10.1080/13561820.2019.1612332. [Epub ahead of print]
- MYDEL R., GROCH J. [RED.]
1998 *Popularna Encyklopedia Powszechna. Przeglądowy Atlas Świata*, Kraków.

NURSE KEY

2017 Assessing health needs. <https://nursekey.com/assessing-health-needs>, (dostęp: 25.05.2019)

POLIŃSKA B., MATOWICKA-KARNA J., KEMONA H.

2015 Rola odczynu opadania krwinek czerwonych w diagnostyce różnych stanów klinicznych, *Diagnosta laboratoryjny*, 51(4), s. 321-326.

POLSKIE TOWARZYSTWO DIABETOLOGICZNE

2019 Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2019. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia praktyczna*, 2019, 5, 1-100

RAPORT

2008 Centrum zdrowia Kiabakari, *Biuletyn Informacyjny Sympatyków i Wolontariuszy Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”*, nr 2/2008 (39).

2008a Wiadomość z Centrum Giorgio Frassatiego w Kiabakari, *Biuletyn Informacyjny Sympatyków i Wolontariuszy Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”*, nr 4/2008.

SOBALA L.

2017 Ks. Czesław Białek SJ, *Encyklopedia Solidarności*, http://www.encycol.pl/wiki/Czes%C5%82aw_Bia%C5%82ek (dostęp: 24.03.18)

STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES

2019 American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes – 2019. *Diabetes Care*; 42 (Suppl. 1), s. 1-193.

STOERMER M., HANLON P., TAWA M., MACHA J., MOSHA D.

2012 *Community Health Funds (CHFs) in Tanzania: Innovations Study*. Dar es Salaam.

THE UNITED REPUBLIC OF TANZANIA NATIONAL WEBSITE

2011 <http://www.tanzania.go.tz/profile1f.html> (dostęp: 7.01.11)

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME

2018 Human development indices and indicators

2018a UNDP Report 2018

UN INTER-AGENCY GROUP FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION

2018 Levels & Trends in Child Mortality. Report 2018

2018a Child Mortality Estimation. <https://childmortality.org/data> (dostęp: 25.05.2019)

WOJTYSIAK-DUMA B.

2011 Mocz jako materiał do badań laboratoryjnych, *Diagnosta laboratoryjny*, 1 (22).

WORLD HEALTH ORGANIZATION

1978 Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR (obecnie Kazachstan), 6-12 września 1978 roku

2008 Pakistan's Lady Health Worker Programme; Global Health Workforce Alliance, World Health Organization, Case study.

2009 WHO Model List of Essential Medicines, 16th list, March 2009.

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> (dostęp: 20.10.10)

2010 Doctors&Nurses, film Global Health Workforce Alliance.

2011 Guidelines for Medicine Donations - revised 2010. World Health Organization.

2015 United Republic of Tanzania WHO statistical profile.

2018 Monitoring Health for SDGs, 2018

WORLD HEALTH STATISTICS

2008 <http://www.who.int/countries/rou/en/> (dostęp: 31.01.11).

WORLD WEATHER

2018 Kiabakari weather chart,

<https://www.worldweatheronline.com/kiabakari-weather/mara/tz.aspx>, (Dostęp: 20.06.2018)

WOSICKA E.

2009 Żył wśród nas, *Przewodnik Katolicki*, nr 10/2009.

10. Spis tabel

Tabela 1.	Wskaźnik rozwoju społecznego i wskaźniki cząstkowe dla Zjednoczonej Republiki Tanzanii w latach 1990-2017. (UNDP, Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update).	11
Tabela 2.	Podstawowe wskaźniki dla Zjednoczonej Republiki Tanzanii w latach 1990-2013. (WHO: World Health Statistics 2008; United Republic of Tanzania WHO statistical profile, styczeń 2015).	11
Tabela 3.	Liczba instytucji opieki zdrowotnej w Tanzanii w początku XXI w. Źródło: Ministry of Health Statistical Abstract, 2000.	18
Tabela 4.	Wydatki poniesione na dokończenie budowy, wyposażenie i uruchomienie <i>Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary</i> w Kiabakari w roku 2007 w ramach programu Polska Pomoc. Źródło: Sprawozdania finansowe Fundacji Pomocy Humanitarnej <i>Redemptoris Missio</i> , 2008.	21
Tabela 5.	Skład osobowy ośrodka. Luty 2009 roku.	30
Tabela 6.	Statystyka opisowa dla wieku w badanej populacji.	41
Tabela 7.	Liczba i udział procentowy pacjentów uzyskujących określoną liczbę rozpoznań podczas jednej wizyty (n=1 440).	46
Tabela 8.	Porównanie najczęściej rozpoznawanych chorób w grupach zawodowych (nauczyciele, n=485; studenci i uczniowie, n=444; rolnicy, n=369).	55
Tabela 9.	Liczba przeprowadzonych badań (n=3 221) wśród pacjentów ośrodka (n=1 440).	59
Tabela 10.	Profil rozpoznań postawionych u pacjentów, u których wykonano pojedyncze badanie laboratoryjne.	61
Tabela 11.	Profil rozpoznań postawionych u pacjentów, u których wykonano jednocześnie trzy badania laboratoryjne: badanie grubej kropli (i cienkiego rozmazu krwi włośniczkowej), badanie moczu, badanie kału.	63
Tabela 12.	Zużycie leków w Ośrodku w okresie od lutego 2009 do stycznia 2010 zapisywanych pacjentom ubezpieczonym. *Ilość wydań leku dla pacjenta.	68

11. Spis rycin

Rycina 1.	Fotografia satelitarna Regionu Mara. Źródło: Google Maps, 2019	13
Rycina 2.	Mapa fizyczna okolic Kiabakari. Źródło: archiwum Musoma Rural DMO	13
Rycina 3.	Fotografia satelitarna wioski Kiabakari. Źródło: Google Maps, 2019	14
Rycina 4.	System referencyjny w Tanzanii (referral system arrangements). Źródło: M. Cofta, na podstawie Ministry of Health and Social Affairs	17
Rycina 5.	Formularz wypełniany przez personel ośrodka dla celów refundacji kosztów leczenia pacjentów ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Ubezpieczeń drowotnych. Źródło: dokumentacja ośrodka.	27
Rycina 6.	Przykład dokumentacji apteki ośrodka. Źródło: archiwum ośrodka.	28
Rycina 7.	Struktura organizacyjna ośrodka Błogostawionego Piotra Jerzego Frassatiego. Źródło: dokumentacja ośrodka.	29
Rycina 8.	Organizacja pracy w systemie zmianowym w cyklu dwutygodniowym na przełomie 2008 i 2009 roku. Źródło: dokumentacja ośrodka.	32
Rycina 9.	Organizacja pracy pielęgniarek i położnych w ośrodku. Źródło: dokumentacja ośrodka.	32
Rycina 10.	Transport leków z Mwanza do Kiabakari. Fot. J.Żyłka	33
Rycina 11.	Wejście i poczekalnia ośrodka w Kiabakari. Widoczny napis <i>Redemptoris Missio, Poznan – Poland</i> w podziękowaniu za wkład Fundacji w rozwój ośrodka. Fot. M.Cofta	34
Rycina 12.	Główna poczekalnia ośrodka w Kiabakari. Fot. M.Cofta	34
Rycina 13.	Budynek samorządu wioski Nyakiswa, w którym prowadzona była klinika wyjazdowa. Fot. J.Żyłka	35
Rycina 14.	Pacjenci oczekujący przed budynkiem w miejscowości Nyakiswa. Fot. M.Cofta	35
Rycina 15.	Rozkład liczby zarejestrowanych wizyt pacjentów posiadających ubezpieczenie (n=1 440) dla poszczególnych miesięcy od lutego 2009 do stycznia 2010 roku.	39

Rycina 16.	Rozkład liczby zarejestrowanych wizyt pacjentów w ośrodku w Kiabakari (KIAB) i klinice mobilnej w Nyakiswa (NY) posiadających ubezpieczenie (U - liczba n=1 440). Dla porównania podano porady płatne podczas mobilnej kliniki w Nyakiswa (BU - n=465) dla poszczególnych miesięcy od lutego 2009 do stycznia 2010 roku.	40
Rycina 17.	Rozkład procentowy chorych zgłaszających się po poradę ze względu na płeć (n= 1 440).	41
Rycina 18.	Rozkład chorych zgłaszających się po poradę z uwzględnieniem dzieci oraz dorosłych (n= 1 440).	41
Rycina 19.	Histogram dla wieku badanej populacji ośrodka w Kiabakari (n=1 440).	42
Rycina 20.	Histogram dla wieku badanych w ośrodku w Kiabakari mężczyzn (n=572).	42
Rycina 21.	Histogram dla wieku badanych w ośrodku w Kiabakari kobiet (n=868).	42
Rycina 22.	Udział procentowy dzieci i młodzieży do 18 roku życia wśród ubezpieczonych pacjentów zgłaszających się po poradę (n= 1440) z uwzględnieniem płci.	43
Rycina 23.	Rozkład ilościowy pacjentów poniżej 5 roku życia oraz do 18 roku życia wśród ubezpieczonych pacjentów zgłaszających się po poradę (n= 1440).	44
Rycina 24.	Udział procentowy poszczególnych grup zawodowych wśród diagnozowanych pacjentów (n= 1440).	45
Rycina 25.	Rozkład ilościowy rozpoznanych jednostek chorobowych (n=4105) według grup ICD dla pacjentów objętych ubezpieczeniem (n=1440) wraz z nazwami poszczególnych grup chorób zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób (International Classification of Diseases) używaną w ośrodku według procedur NHIF.	47
Rycina 26.	Występowanie zdiagnozowanych u pacjentów ośrodka (n=1 440) chorób zakaźnych (n=1 941).	49
Rycina 27.	Występowanie zdiagnozowanych chorób układu moczowo-płciowego (n=895) u pacjentów ośrodka (n=1 440).	50

Rycina 28.	Występowanie objawów, cech chorobowych oraz nieprawidłowych badań klinicznych gdzie indziej niesklasyfikowanych (n=610) u pacjentów ośrodka (n=1 440).	51
Rycina 29.	Występowanie zdiagnozowanych chorób układu oddechowego (n=248) u pacjentów ośrodka (n=1 440).	52
Rycina 30.	Schorzenia rozpoznawane w grupie pacjentów powyżej 18 roku życia (n=1 019) z uwzględnieniem najczęściej występujących.	53
Rycina 31.	Schorzenia rozpoznawane w grupie pacjentów od 5 do 18 roku życia (n=327) z uwzględnieniem najczęściej występujących.	54
Rycina 32.	Schorzenia rozpoznawane w grupie pacjentów do 5 roku życia (n=94) z uwzględnieniem najczęściej występujących.	54
Rycina 33.	Schorzenia rozpoznawane w grupie nauczycieli (n=485) z uwzględnieniem najczęściej występujących.	56
Rycina 34.	Schorzenia rozpoznawane w grupie uczniów i studentów (n=444) z uwzględnieniem najczęściej występujących.	57
Rycina 35.	Schorzenia rozpoznawane w grupie rolników (n=369) z uwzględnieniem najczęściej występujących.	58
Rycina 36.	Rozpoznanie chorych, u których przeprowadzono badania grubej kropli, a nie rozpoznano malarii (n=147).	60
Rycina 37.	Automatyczny analizator hematologiczny MINDRAY BC-2800 będący na wyposażeniu laboratorium ośrodka. Fot. M.Cofta	64
Rycina 38.	Liczba rozpoznanych przypadków kiły z podziałem na postać (n=60).	66
Rycina 39.	Leki stosowane w ośrodku według grup, przepisane pacjentom (1 440) w badanym okresie.	68
Rycina 40.	Rozkład liczby zarejestrowanych wizyt pacjentów posiadających ubezpieczenie u których zdiagnozowano malarię (liczba n=998) dla poszczególnych miesięcy od lutego 2009 do stycznia 2010 roku.	72
Rycina 41.	Średnie opady dla poszczególnych miesięcy od lutego 2009 do stycznia 2010 roku. Źródło: World Weather, https://www.worldweatheronline.com/kiabakari-weather/mara/tz.aspx , 20.06.2018	72

Rycina 42.	Rozkład procentowy zdiagnozowanych przypadków malarii w stosunku do pozostałych jednostek chorobowych (n= 4105) dla pacjentów ubezpieczonych.	72
Rycina 43.	Rozkład procentowy chorych, u których zdiagnozowano malarię z podziałem na płeć (n=998).	73
Rycina 44.	Rozkład procentowy chorych według wieku, u których zdiagnozowano malarię (n= 998).	73
Rycina 45.	Udział procentowy dzieci i młodzieży do 18 roku życia wśród ubezpieczonych pacjentów ze zdiagnozowaną malarią (n= 998).	74
Rycina 46.	Rozkład ilościowy dzieci poniżej 5 roku życia oraz dzieci i młodzieży do 18 roku życia wśród ubezpieczonych pacjentów ze zdiagnozowaną malarią (n= 998).	74
Rycina 47.	Udział procentowy poszczególnych grup zawodowych wśród pacjentów ze zdiagnozowaną malarią (n= 998).	74
Rycina 48.	Najczęściej współdiagnozowane (powyżej 10 przypadków) z malarią jednostki chorobowe u 1 440 osób.	75
Rycina 49.	Needs, supply and demand. Źródło: Nurse Key, https://nursekey.com/assessing-health-needs , 25.05.2019	80

Aneks 1. Wyciąg kodowania chorób diagnozowanych w ośrodku w analizowanym czasie wg klasyfikacji “International Clasification of Diseases (List of three-digit categories)” używanej w ośrodku zgodnie z regulacjami National Health Insurance Found.

I. INFECTIOUS AND PARASITIC DISEASES	Intestinal infectious diseases (001-009)	002 Typhoid and paratyphoid fevers 003 Other salmonella infections 004 Shigellosis 006 Amoebiasis 007 Other protozoal intestinal diseases		
	Viral diseases accompanied by exanthem (050-057)	052 Chickenpox		
	Other diseases due to viruses and Chlamydiae (070-079)	078 Other diseases due to viruses and Chlamydiae		
	Rickettsioses and other arthropod-borne diseases (080-088)	082 Tick-borne rickettsioses 083 Other rickettsioses 084 Malaria 085 Leishmaniasis		
	Syphilis and other venereal diseases (090-099)	090 Congenital syphilis 091 Early syphilis, symptomatic 092 Early syphilis, latent 093 Cardiovascular syphilis 095 Other forms of late syphilis, with symptoms 096 Late syphilis, latent 097 Other unspecified syphilis 098 Gonococcal infections		
	Mycoses (110-118)	111 Dermatomycosis, other and unspecified 112 Candidiasis		
	Helminthiasis (120-129)	120 Schistosomiasis 126 Ancylostomiasis and necatoriasis 127 Other intestinal helminthiasis		
	Other infectious and parasitic diseases (130-136)	131 Trichomoniasis		
	III. ENDOCRINE, NUTRITIONAL AND METABOLIC DISEASES AND IMMUNITY DISORDERS	Diseases of other endocrine glands (250-259)	250 Diabetes mellitus	
		Nutritional deficiencies (260-269)	266 Deficiency of B-complex components 267 Ascorbic acid deficiency 269 Other nutritional deficiencies	
		Other metabolic disorders and immunity disorders (270-279)	279 Disorders involving the immune mechanism	
		IV. DISEASES OF BLOOD AND BLOOD-FORMING ORGANS	Diseases of blood and blood-forming organs (280-289)	280 Iron deficiency anaemias 282 Hereditary haemolytic anaemias 285 Other and unsecified anaemias 289 Other diseases of blood and blood-forming organs
	V. MENTAL DISORDERS		Neurotic disorders, personality disorders and other no psychotic mental disorders (300-316)	300 Neurotic disorders
			VI. DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM AND SENSE ORGANS	Other disorders of the central nervous system (340-349)
Disorders of the eye and adnexa (360-379)	360 Disorders of the globe 363 Chorioretinal inflammations and scars and other disorders of choroids 372 Disorders of conjunctiva 373 Inflammation of eyelids 379 Other disorders of eye			
	VII. DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM			Acute rheumatic fever (390-392)
		Chronic rheumatic heart disease (393-398)		398 Other rheumatic heart disease
		Hypertensive disease (401-405)		401 Essential hypertension

		402	Hypertensive heart disease
		403	Hypertensive renal disease
		405	Secondary hypertension
	Ischaemic heart disease (410-414)	413	Angina pectoris
		414	Other forms of chronic ischaemic heart disease
	Other forms of heart disease (420-429)	428	Heart failure
		429	III-defined descriptions and complications of heart disease
	Cerebrovascular disease (430-438)	431	Intracerebral haemorrhage
	Diseases of veins and lymphatics, and other diseases of circulatory system (451-459)	455	Haemorrhoids
		459	Other disorders of circulatory system
VIII. DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM	Acute respiratory infections (460-466)	461	Acute sinusitis
		462	Acute pharyngitis
		463	Acute tonsillitis
		466	Acute bronchitis and bronchiolitis
	Other diseases of upper respiratory tract (470-478)	477	Allergic rhinitis
		478	Other diseases of upper respiratory tract
	Pneumonia and influenza (480-487)	481	Pneumococcal pneumonia
		482	Other bacterial pneumonia
		485	Bronchopneumonia, organism unspecified
		486	Pneumonia, organism unspecified
	Chronic obstructive pulmonary disease and allied conditions (490-496)	490	Bronchitis, not specified as acute or chronic
		492	Emphysema
		493	Asthma
	Pneumoconioses and other lung diseases due to external agents (500-508)	505	Pneumoconiosis, unspecified
	Other diseases of respiratory system (510-519)	515	Postinflammatory pulmonary fibrosis
		518	Other diseases of lung
IX. DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM	Diseases of oesophagus, stomach and duodenum (530-537)	533	Peptic ulcer, site unspecified
		535	Gastritis and duodenitis
		536	Disorders of function of stomach
	Other diseases of digestive system (570-579)	571	Chronic liver disease and cirrhosis
X. DISEASES OF THE GENITOURINARY SYSTEM	Nephritis, nephritic syndrome and nephrosis (580-589)	583	Nephritis and nephropathy, not specified as acute or chronic
		586	Renal failure, unspecified
	Other diseases of urinary system (590-599)	590	Infections of kidney
		591	Hydronephrosis
		599	Other disorders of urethra and urinary tract
	Diseases of male genital organs (600-608)	600	Hyperplasia of prostate
	Inflammatory disease of female pelvic organs (614-616)	614	Inflammatory disease of ovary, fallopian tube, pelvic cellular tissue and peritoneum
		616	Inflammatory disease of cervix, vagina and vulva
	Other disorders of female genital tract (617-629)	624	Noninflammatory disorders of vulva and perineum
		625	Pain and other symptoms associated with female genital organs
		627	Menopausal and postmenopausal disorders
XII. DISEASES OF THE SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE	Infections of skin and subcutaneous tissues (680-686)	680	Carbuncle and furuncle
		681	Cellulitis and abscess of finger and toe
		682	Other cellulites and abscess
		686	Other local infections of skin and subcutaneous tissue
	Other inflammatory conditions of skin and subcutaneous tissue (690-698)	695	Erythematous conditions

		696	Psoriasis and similar disorders	
XIII. DISEASES OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM AND CONNECTIVE TISSUE	Arthropathies and related disorders (710-719)	711	Arthropathy associated with infections	
		714	Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies	
		719	Other and unspecified disorder of joints	
	Dorsopathies (720-724)	724	Other and unspecified disorders of back	
	Rheumatism, excluding the back (725-729)	729	Other disorders of soft tissues	
XVI. SYMPTOMS, SIGNS AND ILLDEFINED CONDITIONS	Osteopathies, chondropathies and aquired musculoskeletal	730	Osteromyelitis, periostitis and other infectins involving bone	
		781	Symptoms involving nervous and musculoskeletal system	
	Symptoms (780-789)	782	Symptoms involving skin and other intergumentary tissue	
		783	Symptoms concerning nutrition, metabolism and development	
		785	Symptoms involving cardiovascular system	
		787	Symptom involving digestive system	
		788	Symptoms involving urinary system	
	Nonspecific abnormal findings (790-796)	790	Nonspecific findings on examination of blood	
		791	Nonspecific findings on examination of urine	
		792	Nonspecific abnormal findings in other body substances	
		795	Nonspecific abnormal histological and immunological findings	
	XVII. INJURY AND POISONING	Sprains and strains of joints and adjacent muscles (840-848)	841	Sprains and strains of elbow and forearm
			848	Other and ill-defined sprains and strains
Open wound of upper limb (880-887)		881	Open wound of elbow, forearm and wrist	
		882	Open wound of hand except finger(s) alone	
		883	Open wound of finger(s)	
Open wound of lower limb (890-897)		893	Open wound of toe(s)	
Certain traumatic complications and unspecified injuries (958-959)		959	Injury, other and unspecified	
Poisoning by drugs, medicaments and biological substances (690-679)		968	Poisoning by other central nervous system depressant	

Aneks 2. Ankieta wypełniona przez ks. Wojciecha Kościelniaka, proboszcza parafii w Kiabakari (część pierwsza)



Fundacja Pomocy Humanitarnej <<Redemptoris Missio>>
 Klinika Chorób Pasożytniczych i Tropikalnych Akademii Medycznej
 ul. Przybyszewskiego 49, 60-365 Poznań, Poland
 Konto bankowe: Bank Zachodni S.A. I OPoznań, nr r-ku: 386205-3740-132-300

Działalność medyczna w ośrodkach misyjnych prowadzonych przez polskich misjonarzy - ankieta.

Uprzejmie prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie ankiety oraz wysłanie jej na adres Fundacji.
 Nr ID

ANKIETA

1. Kraj: TANZANIA
2. Miejscowość: KIABAKARI (VIA MVSOMA), P.O. Box 22 Kiabakari.
3. Zgromadzenie misyjne: KSIĄDZ Z ARCHIDIECEZJI KILAKOLIMBEJ (FIDEL DOMUA)
4. Rodzaj placówki misyjnej i zakres działalności: PAPALIA Z OSTATNIA PUNKTAMI DOZWIĘZANIA I U PLANIE INKUBARUM MICESTERDZIA BZEGO
5. Czy przy ośrodku misyjnym prowadzona jest jakakolwiek działalność medyczna:

- a/ żadna
 b/ sporadycznie - kiedy zajdzie tego potrzeba
 c/ ludnie regularnie zaskazają się po pomoc medyczną
 d/ istnieje przychodnia
 e/ istnieje szpital
 f/ ośrodek specjalistyczny Jaki?
6. Czy pracujący w ośrodku misyjnym misjonarze przeszli jakiegokolwiek szkolenie z zakresu pierwszej pomocy i chorób tropikalnych?
 a/ tak
 b/ nie
- Jeżeli tak, to gdzie i kiedy?

7. Czy w ośrodku misyjnym pracuje wykwalifikowany pracownik medyczny?

- Lekarz Pięknarka / położna
 a/ tak /ilu/ a/ tak /ile/
 b/ nie b/ nie

8. Jaki jest charakter jego (ich) pracy?

- Lekarz Pięknarka / położna
 a/ pracownik stały a/ pracownik stały
 b/ pracownik dochodzący b/ pracownik dochodzący
 Ile razy w miesiącu?

25. Czy przyjazd lekarza lub pielęgniarki z Polski do ośrodka może się spotkać z trudnościami administracyjnymi lub ze strony lokalnych społeczności?

- a/ tak
 b/ nie

26. Jaki warunki musi spełnić pracownik medyczny żeby mógł uzyskać zgodę na legalną pracę lub działalność?

*Napisal: ks. m. Kościelniak, proboszcz parafii w Kiabakari, Tanzania.
 Jakiś z lekarza misyjnego, który przyjechał do ośrodka, aby zobaczyć, jak wygląda sytuacja w ośrodku. Wtedy, po rozmowie z lekarzem, który przyjechał, aby zobaczyć, jak wygląda sytuacja w ośrodku, można uzyskać zgodę na legalną pracę lub działalność.*

27. Czy istnieje możliwość „nielegalnej” czasowej działalności personelu medycznego na terenie placówki misyjnej?

- a/ tak
 b/ nie

nie wiem; potrzeba wolnego pozwolenia sytany.

28. Czy ośrodek misyjny jest w stanie zabezpieczyć dla ewentualnego pracownika medycznego wysłanego z ramienia Fundacji:

- a/ mieszkanie /pokój/
 b/ wyżywienie
 c/ skromne kieszonkowe na bieżące potrzeby /podróż, ubezpieczenie i leki zapewniałaby Fundacja/

29. Czy na terenie twojego ośrodka misyjnego jest:

- a/ prąd elektryczny - jakie jest napięcie prądu w sieci: 220V, częstotliwość: 50 Hz
 b/ własne źródło prądu elektrycznego (agregat prądotwórczy)
 c/ studnia *nie jest!*
 d/ woda bieżąca
 e/ kanalizacja
 f/ lodówka /ważne ze względu na niektóre leki/

30. Czy jesteś zainteresowany współpracą z Fundacją Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio»:

- a/ tak
 b/ nie

31. Uwagi, komentarze: *budynki od 1992 r. w parafii, obecnie doległy, konieczność nowego kościoła - rekonstrukcja M. Bzigo. Współpraca - remont i powiększenie placówki medycznej. (niezależnie od statusu parafii) dla dobra lekarskiego. Pielęgniarki: potrzebny sprzęt, opróżnianie, w. Tanzania; a narysować mapę MVSOMA - 7000000000. Lekarz bieżący o opłaty medyczne i n. rachunki, zobowiązania. Drogi, koszty, itp. itp. docelowo! Języcie Bzigo!*

Opracował: Norbert Rehls
 DZIEKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY
ks. Wojciech Kościelniak

Aneks 3. List o. Dominika Wasilewskiego, w którym poleca ks. Wojciecha Kościelniaka.



Conventual Franciscan Friars

Pax et Bonum

P.O. Box 782 Arusha, Tanzania

.....20.10.1995.....

Fund.Pom. Humanitarnej "Redemptoris Missio",
Ul.Przybyszewskiego 49,
60-355, POZNAŃ, POLAND.

Szanowny Panie Prezesie, Doktorze Norbercie !

Przed paru dniami otrzymałem od Pana list z 20.9.1995. Zrozumiałem jego treść oraz Wasze plany. Odpisuję zaraz, by list ten dotarł do Fundacji zanim delegaci Fundacji wyruszą do Afryki.

Tak, jak zaznaczyłem w odpowiedziach kwestionariusza, w parafii Poli, gdzie jestem proboszczem, była mała przychodnia. W kwestionariuszu dałem jej dane do czasu zamknięcia w połowie lipca. Zaznaczyłem też, że w pobliżu jest mały szpitalik / ok.20. łóżek / prowadzony przez Tanzanijskie siostry zakonne. Ewentualna pomoc mogłaby być skierowana dla nich. Jest to sprawa dość delikatna, bo trzeba brać pod uwagę tutejsze warunki i przepisy diecezjalne i rządowe. W Mwangi nie ma przychodni ani szpitala misyjnego prowadzonego przez Kościół Katolicki. Diecezja Same, do której należy Mwangi, ma szpital, ale jest on sponzorowany, o ile się orientuję, przez Holandię.

W pobliżu nas nie ma innych misjonarzy polskich. Kilku księży diecezjalnych pracuje w Diecezji Musoma, na północy Tanz. Podaję adres jednego z nich: Fr. Wojciech Kościelniak, P.O.Box 22, KIABAKARI via Musoma, Tanz. Nie wiem czy oni prowadzą przychodnię czy szpitale. Spora liczba polskich Księży Salwatorianów pracuje na południu Tanz./ od nas dwa dni jazdy dobrym samochodem /. Są tam też polskie siostry. Możliwe, że niektóre z nich pracują w służbie zdrowia. Adres przełożonego KS.KSę Salwatorianów: Rev.Fr.Zdzisław Tracz, P.O.Box 43, MASASI, Tanz.

Paru innych polskich misjonarzy, zwłaszcza siostry, można tu i ówdzie spotkać, ale są oni od niedawna i nie wiem czy mogliby Wam pomóc w powyższej przedstawionej sprawie. W Kenii są polskie Siostry Felicjanki. One pracują w szpitalu. Ich adres można otrzymać od ich przełożonej w Wawrze po Warszawie. W Biurze Misyjnym w W-wie, Ks.Ostrowski ma dane o innych misjonarzach na naszych terenach Afryki Wschodniej.

Kończąc życzę Wam Bożego błogosławieństwa w pracy i w planowanej podróży. Na ile będzie nas stać, będziemy starać się Wam pomóc. Do zobaczenia.

Fr.Dominik Wasilewski. *D. Dominik Wasilewski*

Aneks 4. List ks. Wojciecha Kościelniaka do Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* z 6 stycznia 1996 roku.

BLESSED PIER-GIORGIO FRASSATI CATHOLIC PARISH

P. O. Box 22
KIABAKARI via MUSOMA
TANZANIA

Our Ref.....

Your Ref.....

Date 6 stycznia 19 96

Rada i Zarząd Fundacji Pomocy Humanitarnej
"Redemptoris Missio"
ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań
Polska

Szanowni Państwo,

proszę przyjąć serdeczne życzenia wraz z pozdrowieniami na Nowy Rok 1996.

Pragnę wyrazić głęboką wdzięczność Państwu za zainteresowanie się sprawami misji i opieki medycznej w Tanzanii. O przyjeździe lekarzy - Panów Piotra i Norberta, dowiedziałem się dzięki życzliwej informacji Ojca Dominika Wasilewskiego, Przełożonego Wspólnoty Franciszkańskiej w Poli koło Arusha. List, w którym zaprosiłem Panów Lekarzy i do mnie, nad Jezioro Wiktorja, szczęśliwie dotarł jeszcze przed Ich przyjazdem. Jestem bardzo wdzięczny Im za podjęcie wielkiego trudu dotarcia do nas, mimo że warunki transportu były gorzej niż złe.

Nie jest moim zamiarem rozwodzić się nad szczegółami potrzeb i marzeń. Z pewnością Panowie Piotr i Norbert zdali relację szczegółową z przebiegu wizyty. Ze swej strony pragnę jedynie wyrazić gorącą prośbę w imieniu wielu mieszkańców mojej parafii o utworzenie przy parafii małej przychodni, a z czasem być może i małego szpitalika. Jest to niesłychanie paląca potrzeba, o której nieraz przyszło Panom Lekarzom usłyszeć od cierpiących, parafian, nawet od przedstawicieli władz, bezradnych wobec potrzeby opieki medycznej nad ludnością, której populacja wynosi ok. 80,000 mieszkańców - pozbawionych solidnej opieki medycznej.

Ewentualnemu lekarzowi moglibyśmy zapewnić mieszkanie i wyżywienie. Nie damy rady jednak kupować lekarstwa i wyposażyć ośrodek. Przyjazd Panów Lekarzy jest dla nas znakiem i powodem nadziei, że marzenia zapewnienia opieki tym tak bardzo zdany na los ludziom - mogą stać się dzięki Wam - realnym faktem!

Ksiądz Biskup miejscowy bardzo ciepło przyjął wieści o odwiedzinach Panów Lekarzy i wyraził nadzieję, że to przedsięwzięcie, z pomocą Bożą i ludzi, dojdzie do skutku.

Ufając w Miłosierdzie Boże i dobrą wolę Fundacji, modląc się gorąco o spełnienie się tych szlachetnych planów i polecając Szanownych Członków Fundacji Opiece Niepokalanej Maryi na cały ten Nowy Rok, pozostaję

w nadziei na pomyślne wieści,

ks. Wojciech Kościelniak
ks. Wojciech Kościelniak

Aneks 5. List Justina Sumbly, ordynariusza Diecezji Musoma z 18 marca 1999 roku z prośbą o wsparcie, który otrzymała Fundacja *Redemptoris Missio*.



DIOCESE OF MUSOMA

P.O. Box 93, Musoma, Tanzania , East Africa, Tel: +255-68-622017/622417, Fax: +255-68-622721

Our Ref:.....DM/323/99..... Your Ref: Date:18/03/99.....

TO WHOM IT MAY CONCERN

Greetings in the Lord

Re: Application for financial assistance towards the establishment of Medical and Health Services at Kiabakari Catholic Church.

Kiabakari is a newly established parish in Musoma Diocese. The Church was dedicated on the 3rd July 1997 and the Parish was officially established on the same date. The Patrons of the Church are Blessed Pier Giorgio Frassati and St. Gemma Galgani. The Church is also a Shrine: "The Divine Mercy Sanctuary". The shrine is used as a center for normal pilgrimages and it is also a center for pilgrimages for the Jubilee Year 2000.

We would like to establish health and medical facilities at the Shrine showing the example of Our Lord Jesus Christ who cured the sick. The mandate of the Church is also to preach the Word of God and also to cure the sick. "Jesus called the twelve disciples together and gave them power and authority to drive out all demons and to cure diseases. Then he sent them out to preach the Kingdom of God and to heal the sick" (Lk. 9: 1-2). The Health Services will be for the pilgrims and the people of God of Kiabakari and other areas.

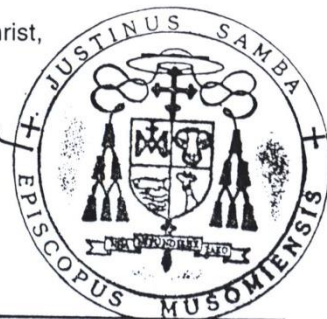
The project of Fr. Wojciech Koscielniak elaborates well the requirements for the establishment of the Medical Facilities at Kiabakari. Kindly donate towards this cause.

I fully recommend and approve the project for the establishment of Medical Facilities at Kiabakari. Your assistance will be highly appreciated.

Asking God to continue to bless you and your work for Him, I remain,

Yours sincerely in Christ,

+ Justin Samba
Bishop of Musoma



+JS/ab

Residence Phone No. +255-68-642472, Fax: +255-68-642892, E-mail: diomus@mbio.net

Aneks 6. Telefaks przesłany przez ks. Wojciecha Kościelniaka do Fundacji 23 marca 2000 roku.

(część pierwsza)

NR FAKSU : +4812 4153733 23 MAR. 2000 17:16 SIE.
: CMJ KRAKOW
FROM : FR. WOJCIECH KOŚCIELNIAK PHONE NO. : 255 68 620200 Mar. 23 2000 17:16:01 P1

Moi Kochani,

Przesyłam rzut poziomy budynku przeznaczonego do adaptacji na klinikę. Oprócz tego niektóre podstawowe dane techniczne. Zaznaczyłem na planie kierunki świata (może się to przyda).

Dobrze by było, gdyby plan adaptacji tego budynku został narysowany i zatwierdzony przez fachowców od klinik (zwłaszcza Pana Dra Sadowskiego). Ja się na tym nie znam. Tato narysował kiedyś szkic takiej adaptacji, ale ponieważ Pan Dr Sadowski był w Afryce i orientuje się, jak to powinno wyglądać w naszej sytuacji atmosferyczno-pogodowo-ekonomicznej, zatem Jemu będzie najlepiej zdecydować, co trzeba zrobić.

Dobrze by było też, gdyby plan techniczny przyszedł wraz ze wskazówkami, jak umieścić oświetlenie, jak przeprowadzić rurki od wody, gdzie umywalki, ubikacja, gdzie okna, drzwi itd.

Będę czekał cierpliwie i nie ruszę z robotą, aż otrzymam konkretny plan i okey ze strony Pana doktora i fachowców.

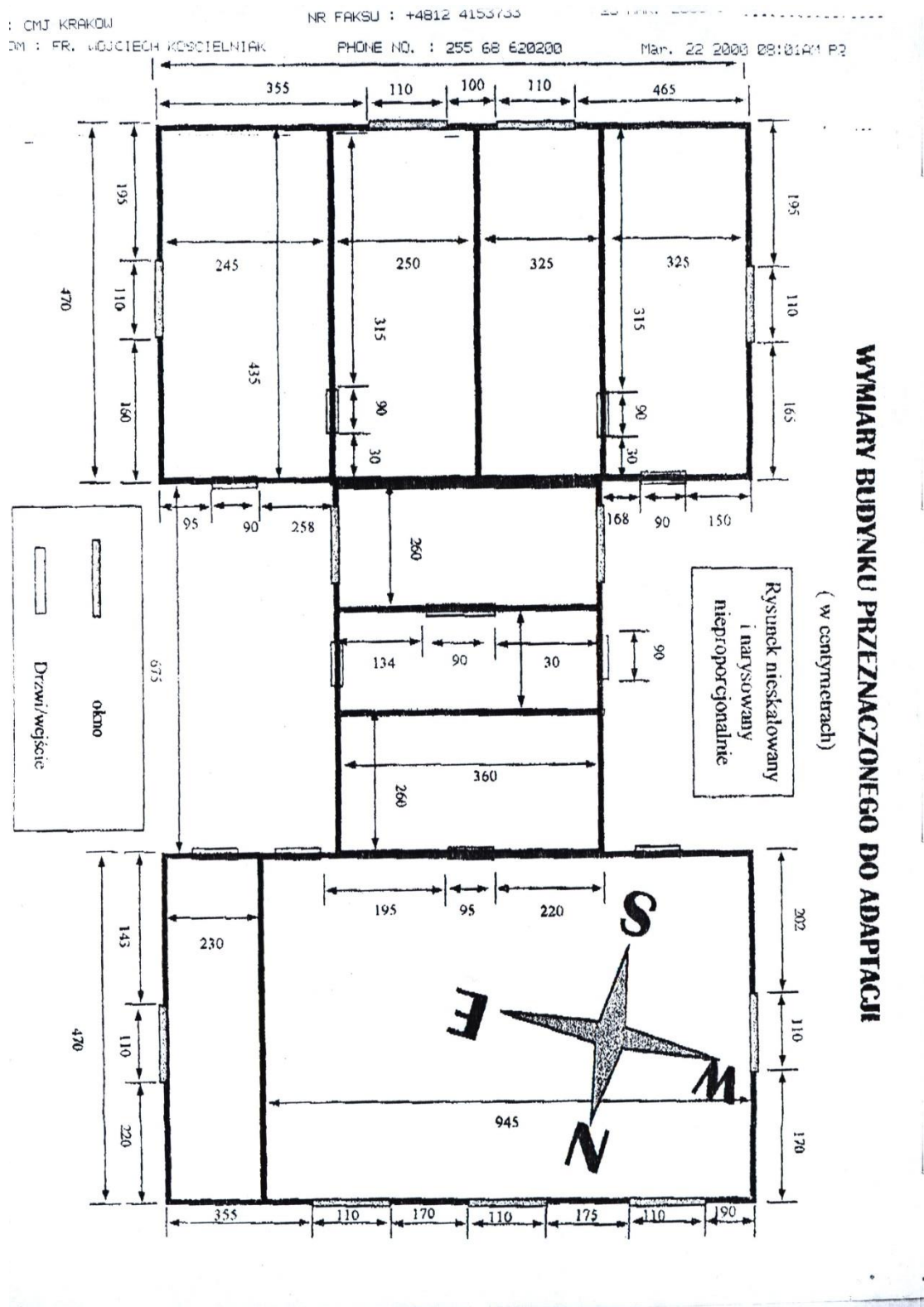
Jeśli potrzebne będą dodatkowe informacje, jestem do dyspozycji. Proszę tylko o w miarę szybkie decyzje i plany, żeby sprawa szła do przodu.

Proszę także o odpowiedź na email przesłany do Marka Hajdyły (zwłaszcza odnośnie tej amerykańskiej fundacji i ewentualnego zamówienia sprzętu medycznego). Może warto spróbować! Poprosiłem Rodzinę Pier Giorgio Frassatiego w Rzymie o sfinansowanie transportu kontenera ze sprzętem tym z USA do mnie. Klinika będzie pw. Pier Giorgio - od samego początku tak zaplanowałem, by dać błogosławionemu narzędzie do kontynuacji Jego dzieł miłosierdzia i opieki nad potrzebującymi.

To tyle, Kochani, czekam na rychłe wieści. Z Bogiem!

Wojtek 22/3/2000

Telefaks przesłany przez ks. Wojciecha Kościelniaka do Fundacji 23 marca 2000 roku
(część druga)



Telefaks przesłany przez ks. Wojciecha Kościelniaka do Fundacji 23 marca 2000 roku.
(część trzecia)

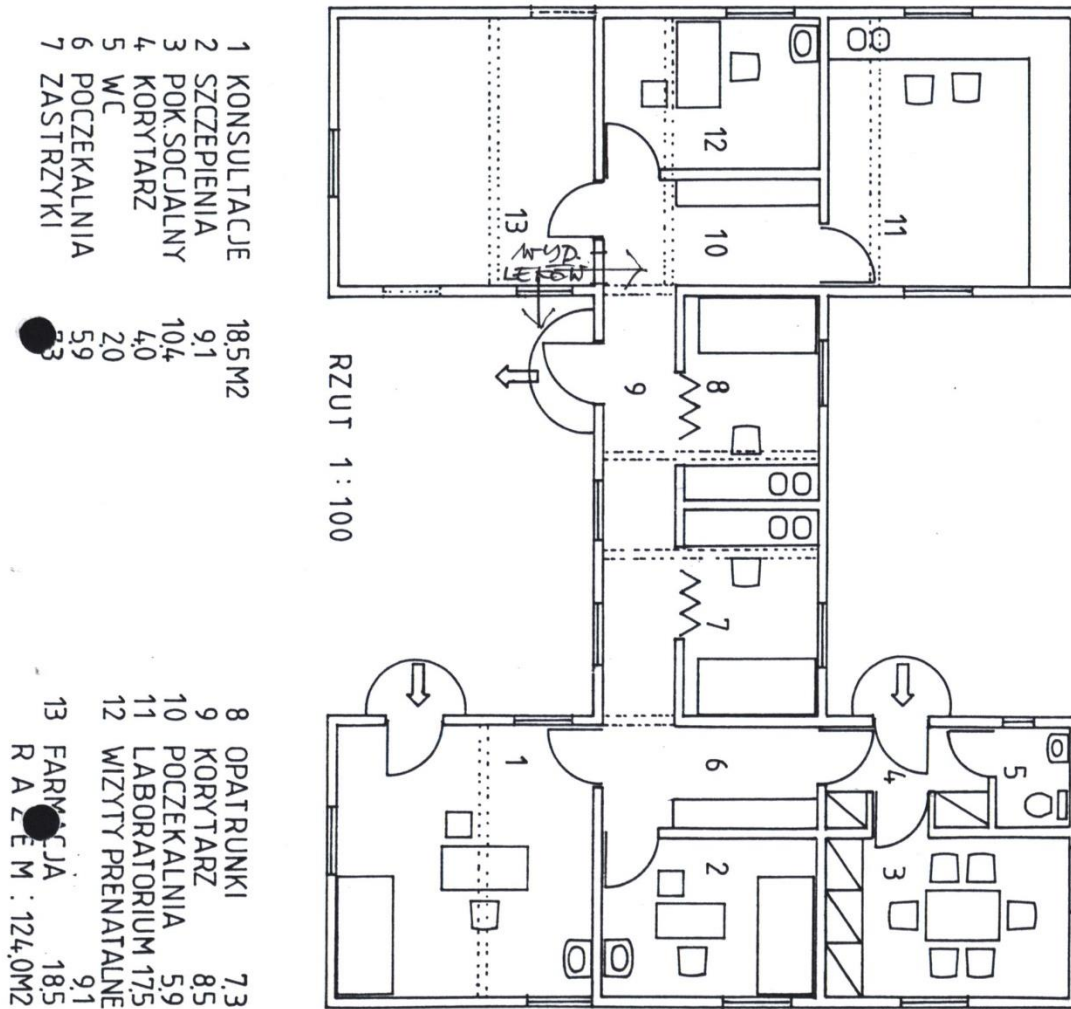
ID : CMJ KRAKOW

NR FAKSU : +4812 4153733

23 MAR. 2000 17:17 STR. 5

PRZEDMIOT	WYMIAR
Grubość ścian (błoczki cementowe)	15 cm
Wysokość ścian	Ok. 250 cm
Rozmiar okna	110x110 cm
Rozmiar futryny (wys.xszer.)	200x90 cm
Ilość drzwi	11
Ilość okien	14
Rozmiar krokwi	10x5 cm
Rozmiar łąt	7,5x5 cm
Rozmiar futryn (drewno)	10x5 cm oraz 15x5 cm
Rozmiar okien (drewno)	10x5 cm
Wysokość dachu od poziomu ścian	120 cm
Grubość blachy falistej (wymiar angielski)	28 G
Długość blach	2,5m oraz 3 m
Zwis dachu (wystawanie poza ściany)	50 cm

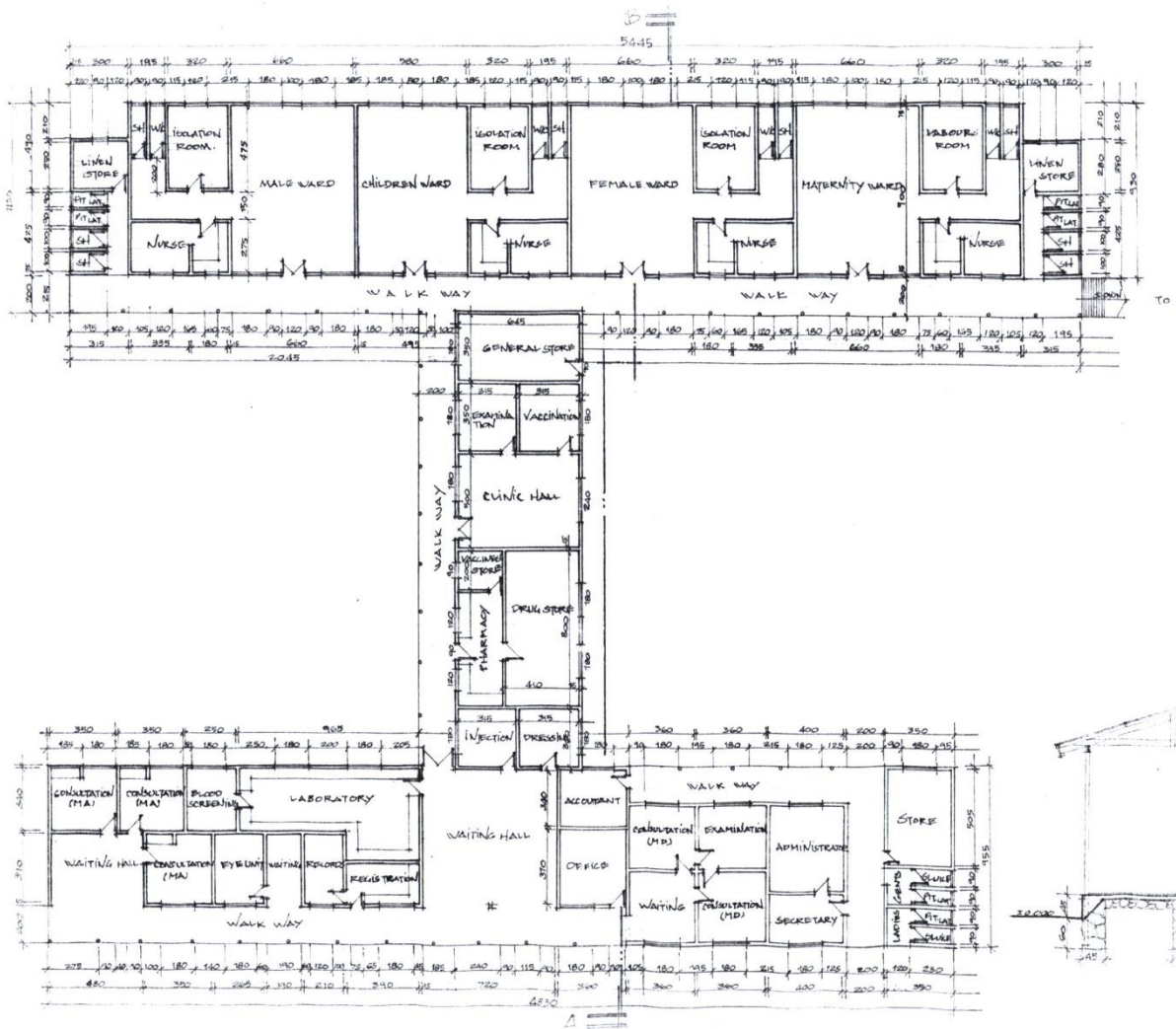
Aneks 7. Szkic koncepcyjny adaptacji pomieszczeń parafialnych na potrzeby ośrodka z kwietnia 2000 roku.



SZKIC KONCEPCYJNY ADAPTACJI BUDYNKU DLA
OŚRODKA ZDROWIA W KIABAKARI, TANZANIA

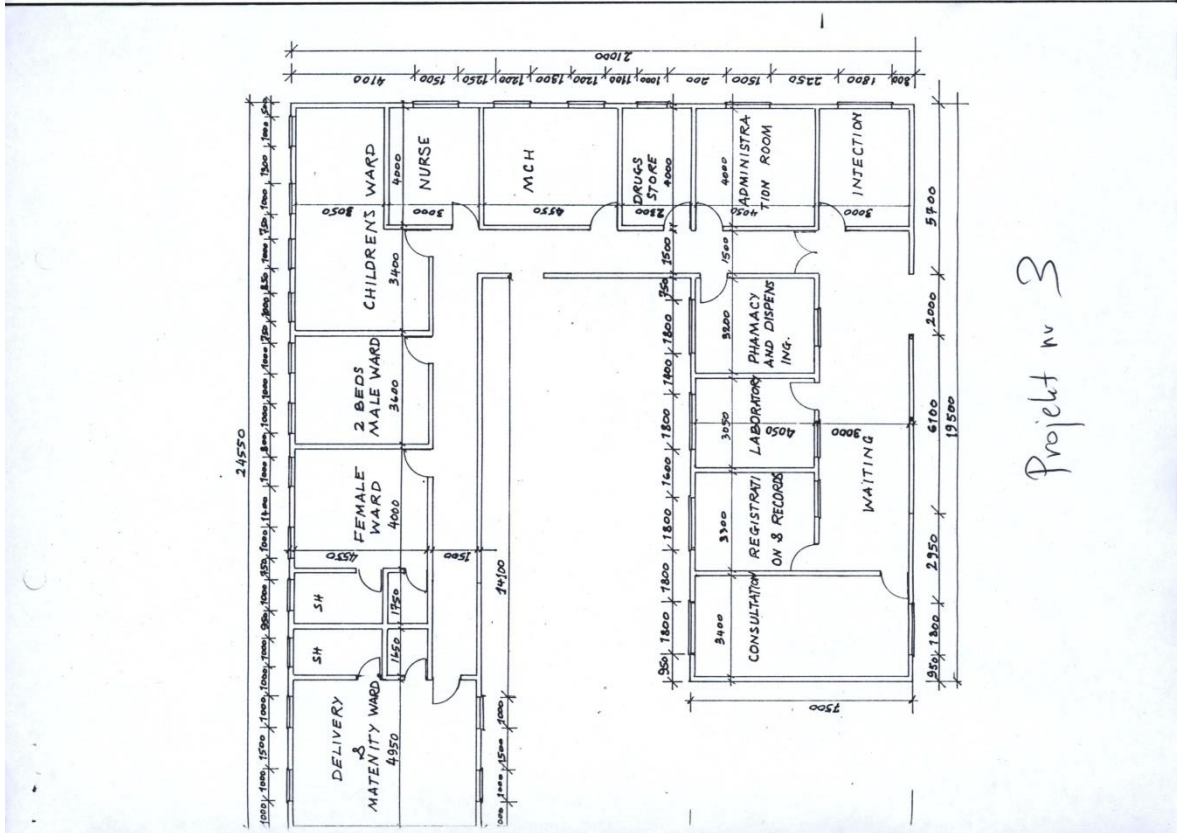
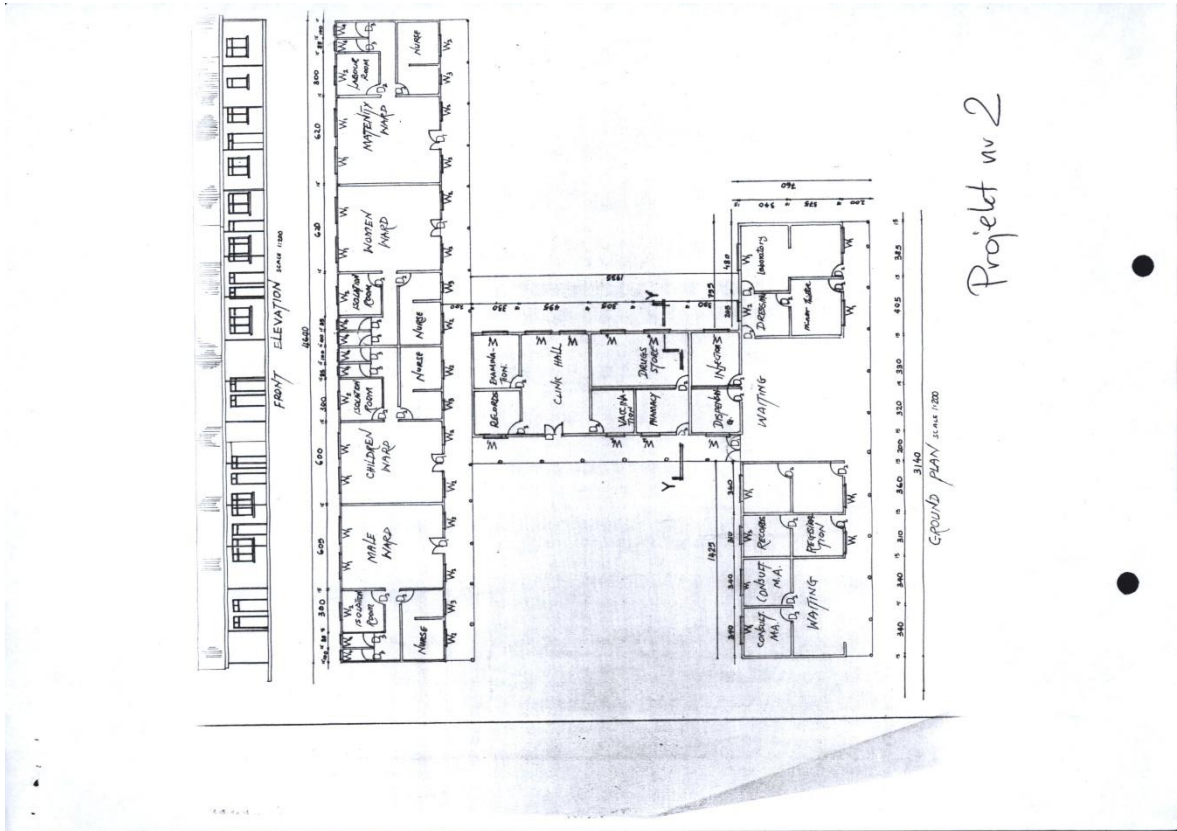
04/2000

Aneks 8. Projekty ośrodka w Kiabakari z roku 2000 (projekt 1).

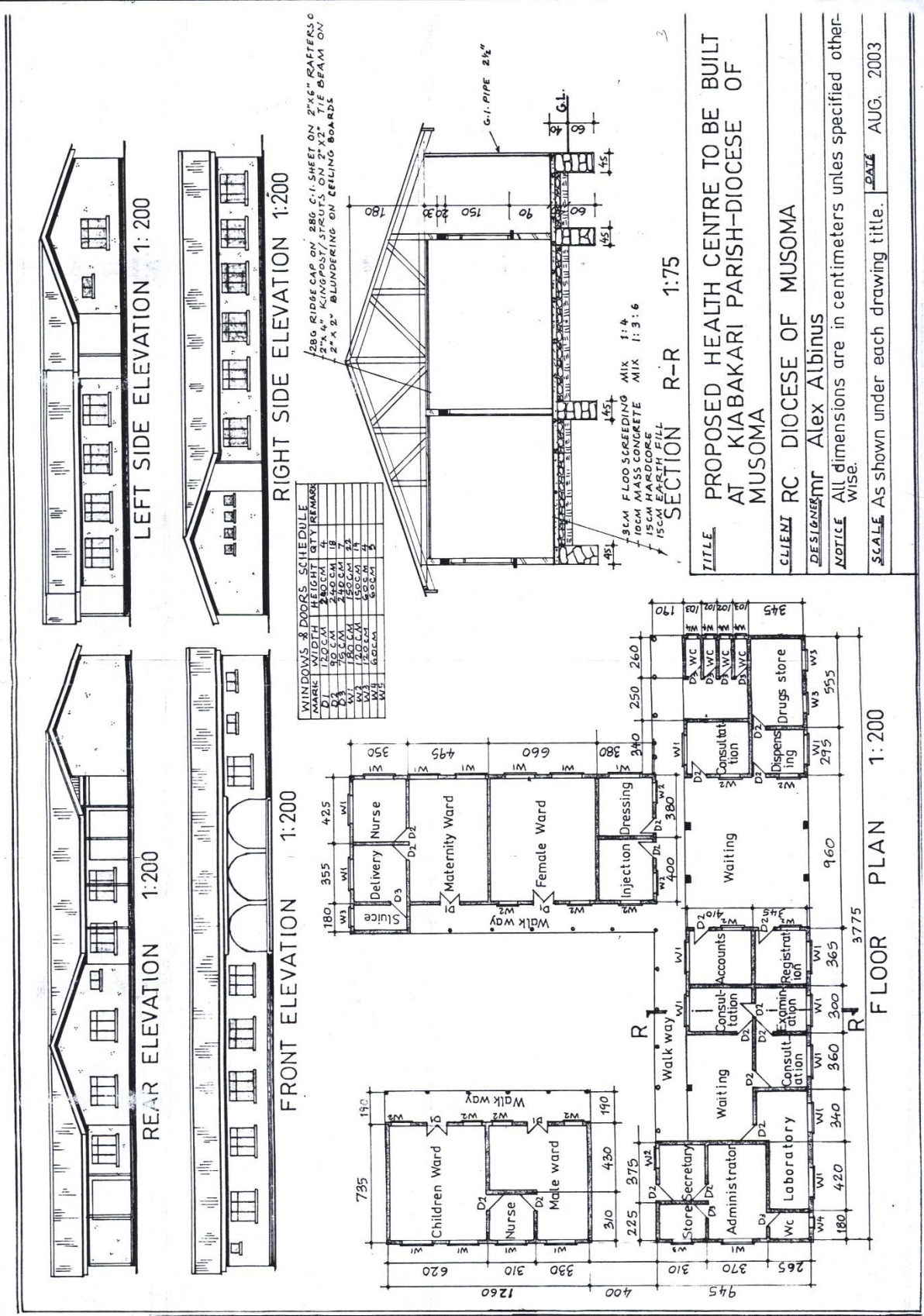


Projekt nr 1

Projekty ośrodka w Kiabakari z roku 2000 (projekt 2 i 3).



Aneks 9. Projekt ośrodka medycznego w Kiabakari wykonany w roku 2003.



Aneks 10. Umowa Fundacji *Redemptoris Missio* z Salezjańskim Wolontariatem Misyjnym z dnia 10 września 2003 roku.

Umowa

z dnia 10 września 2003 roku

połączy Fundacją Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” a Salezjańskim Wolontariatem Misyjnym (SWM) w sprawie realizacji projektu budowy przychodni medycznej przy parafii Miłosierdzia Bożego w Kiabakari w Tanzanii.

1. Umowa zawarta jest pomiędzy Fundacją Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” z siedzibą w Poznaniu (ul. Dąbrowskiego 79, p. 503) zwaną w dalszej części umowy *Fundacją*, reprezentowaną przez Prezesa - lek. med. Norberta Rehlisa oraz Członka Zarządu Fundacji - mecenas Jerzego Pomina, a Salezjańskim Wolontariatem Misyjnym z siedzibą w Krakowie (ul. Różana 5) zwanym w dalszej części umowy *Stowarzyszeniem SWM*, reprezentowanym przez Prezesa - ks. Andrzeja Polichta oraz Sekretarza - Joannę Stożek.
2. Umowa zawarta jest w dniu 10 września 2003, a przedmiotem umowy jest wspólne realizowanie projektu budowy przychodni medycznej przy parafii Miłosierdzia Bożego w Kiabakari w Tanzanii.
3. Umowa jest wynikiem postanowień zawartych podczas spotkania w Salezjańskim Wolontariacie Misyjnym w Krakowie w dniu 15 czerwca 2003 roku, w którym uczestniczyli: ks. Bp Justin Samba - Biskup Diecezji Musoma w Tanzanii, ks. Tadeusz Dziedzic - Dyrektor Papieskich Dzieł Misyjnych, lek. med. Norbert Rehlis - Prezes *Fundacji* oraz ks. Andrzej Policht - Prezes *Stowarzyszenia SWM*.
4. Projekt budowy przychodni medycznej przy parafii Miłosierdzia Bożego w Kiabakari w Tanzanii realizowany będzie wspólnie przez Fundację Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio” z Poznania oraz Salezjański Wolontariat Misyjny z Krakowa.
5. *Fundacja* zobowiązuje się do przekazania na potrzeby budowy przychodni w Kiabakari łącznej kwoty w wysokości 50.000 zł (równowartość 15.000 USD) pochodzących z darowizn przeznaczonych na powyższy cel przez ofiarodawców (akcja „Mój Szkolny Kolega w Afryce” oraz inne).
6. Fundusze zebrane przez *Fundację* zostaną przekazane na konto *Stowarzyszenia SWM*, nr: 19101048-40069715-27016-110100012.
7. *Stowarzyszenie SWM* zobowiązuje się zebrać na cel budowy przychodni w Kiabakari kwotę w wysokości 40.000 zł (10.000 USD), które wraz z funduszami przekazanymi przez *Fundację* będą stanowiły kapitał niezbędny do zakupu materiałów oraz opłacenia prac budowlanych.
8. Dodatkowo *Stowarzyszenie SWM* zobowiązuje się do wysłania do Kiabakari wolontariuszy, którzy odpowiedzialni będą za przebieg prac budowlanych oraz racjonalne wykorzystanie środków na budowę przychodni, zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami harmonogramu budowy prac.
9. Koszt wysłania i utrzymania wolontariuszy *Stowarzyszenia SWM*, szacowany na 20.000 zł, pokryty zostanie ze środków *Stowarzyszenia SWM*, i nie będzie opłacony ze środków przeznaczonych na budowę przychodni.

Umowa Fundacji *Redemptoris Missio* z Salezjańskim Wolontariatem Misyjnym z dnia 10 września 2003 roku (ciąg dalszy).

10. Łączny koszt budowy oraz wysłania wolontariuszy przewiduje się na 110.000 zł (słownie: sto dziesięć tysięcy złotych).
11. Termin rozpoczęcia prac budowlanych ustala się na kwiecień 2004 roku, a zakończenie przewiduje się na jesień 2004 roku.
12. *Fundacja*, po zakończeniu prac budowlanych, zobowiązuje się do regularnej pomocy w zaopatrzeniu przychodni w Kiabakari w leki oraz sprzęt medyczny w miarę posiadanych środków finansowych.
13. Personel medyczny dla przychodni w Kiabakari zostanie przygotowany i wysłany przez Instytut Misyjny Laikatu z Warszawy po uprzednich uzgodnieniach z ks. Romualdem Szczodrowskim.
14. Umowę sporządzono w 4 jednobrzmiących egzemplarzach, z czego po jednej otrzymuje każda ze stron oraz do wiadomości: ks. Bp Justina Samby oraz ks. Tadeusza Dziedzica.

Fundacja

PREZES FUNDACJI
Norbert Rohlis
ks. mgr Norbert Rohlis

CZŁONEK ZARZĄDU



Fundacja Pomocy Humanitarnej
„Redemptoris Missio”
ul Dąbrowskiego 79, p 503
60-529 POZNAŃ

Stowarzyszenie SWM

Salezjański Wolontariat Misyjny
30-305 Kraków, ul. Różana 5
tel. 012/269 23 33, tel. 012/267 25 26
NIP 676-21-73-216. Reg 357263639

Salezjański Wolontariat Misyjny
PREZES
Andrzej Policht
ks. mgr Andrzej Policht

Salezjański Wolontariat Misyjny
SEKRETARZ
Joanna Stożek
Joanna Stożek

Aneks 11. Raport dotyczący budowy przychodni medycznej w Kiabakari w Tanzanii, list ks. Adama Parszywki, Prezesa SWM i wolontariusza Adama Sikonia z dn. 13.04.2005 roku.



Salezjański Wolontariat Misyjny MŁODZI ŚWIATU
30-305 Kraków, ul. Różana 5, tel./fax (012) 269-23-33, e-mail: misje@swm.pl, www.misje.swm.pl

Kraków, dnia 13.04.2005 r.

**Raport dotyczący budowy przychodni medycznej
w Kiabakari w Tanzanii**

Stan budowy na dzień 13.04.2005 r. przedstawia załączony dokument z dnia 21.10.2004 r. W okresie od 21.10.2004 r. do dnia dzisiejszego nie były prowadzone żadne prace budowlane. Główne prace budowlane, które pozostały do wykonania obejmują:

- dokończenie instalacji elektrycznej,
- wykonanie orynnowania,
- dokończenie instalacji wodnej,
- szambo,
- oszklenie okien.

Łączny koszt prac pozostałych do wykonania wyniesie około 13.000 USD.

Roman Sikoń
Koordynator projektu

ks. Adam Parszywka
Prezes SWM MŚ

Aneks 12. Pismo władz wioski Nyakiswa z dnia 21 stycznia 2009 roku zawierające zaproszenie, zgodę na prowadzenie mobilnej kliniki w tej miejscowości i określenie podstawowych problemów zdrowotnych populacji.

HALMASHAURI YA KIJILI CHA NYAKISWA
AFISA YA AFISA MTENDASI,
KIJILI CHA NYAKISWA,
S.L.P. 344,
MUSOMA.
21, JANUARY 2009

Kumbano: AM/KIJ/NY/MSM/VOL-3/II

MTANTTA Mkuu WILAYA
WILAYA YA MUSOMA.

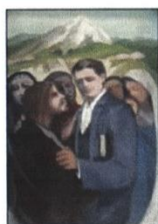
SERIKALI YA KIJILI
TAR.
NYAKISWA

YAH: KUKUBALIWA KWA BLESSED PIER
GIORTIO FRASSATI DISPENSARY-KIABAKAA
Box 1153 MUSOMA-KUANZISHA
KITUO CHA HUDUMA YA AFYA JAMII

Ndugu,
Rejea kichwa cha habari hapo
juu ni kwamba, katika mazungumzo ya fanoji,
Uongozi wa kijiji na H/Kijiji na utajwa hapo
juu wamekubaliana kwa fanoji kuanzisha
Kituo cha huduma ya afya ya jamii ndani
ya kijiji cha Nyakiswa. Kumbukwe kuu
kijiji cha Nyakiswa hiko mbali sana na
huduma. Aidha kuna Magonjwa ambayo yano
Sibu wanajamii, kama vile, Kichocho, Malaria
Clinic ya alina nana wazazi. Kwa hiyo
Tafadhali linaombwa kutoa ndoa.
NB: Magonjwa ya zinaa

Kagino
ALS KATIKA
V.E.O.
NYAKISWA

Aneks 13. Pismo ks. Wojciecha Kościelniaka do prof. Zbigniewa Pawłowskiego,
Przewodniczącego Rady Fundacji z dnia 8 września 2009 roku.



**BLESSED PIER GIORGIO FRASSATI
KIABAKARI CATHOLIC PARISH
DIOCESE OF MUSOMA**



P. O. Box 822 Musoma, Tanzania, East Africa
Telefax: +255-28-2621304, Email: kontakt@wojciechkoscielniak.pl

Our Ref.: KCC/18/2009

Your Ref.: list z 13/05/2009

Date: 8 września 2009

Szanowny
Pan Profesor Zbigniew Pawłowski
Fundacja Pomocy Humanitarnej 'Redemptoris Missio'
Ul. Dąbrowskiego 79
60-529 Poznań

Szanowny Panie Profesorze,
Niech będzie pochwalony Jezus Chrystus!

Korzystając z życzliwości Pani Justyny Polowy, Wiceprezes Fundacji Pomocy Humanitarnej 'Redemptoris Missio', powracającej w tych dniach z Kiabakari do Ojczyzny, przekazuję na ręce Pana Profesora niniejszy list.

Wyrażam satysfakcję i wdzięczność za uznanie Fundacji dla mego osobistego wkładu w powstanie ośrodka zdrowia w mojej misji, którego powstanie leżało mi bardzo na sercu od samego początku realizacji holistycznej wizji Bożego Miłosierdzia w Kiabakari, ogarniającego całą osobę ludzką, w wymiarach duchowym (sanktuarium Bożego Miłosierdzia), cielesnym (ośrodek zdrowia) oraz intelektualnym (centrum edukacyjno-formacyjne).

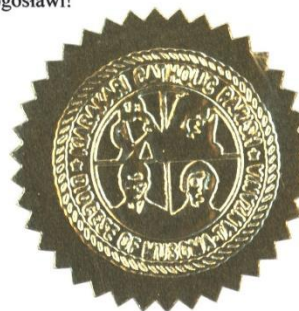
Dziękuję Bogu Miłosiernemu za szczególne upodobanie, jakie w Jego oczach znalazła Fundacja 'Redemptoris Missio', i Jego Wolę, by to właśnie jej powierzyć kluczową rolę w realizacji drugiego filaru wspomnianej wizji Bożego Miłosierdzia w Kiabakari – powstania ośrodka zdrowia z prawdziwego zdarzenia. Dzięki Waszej wielkoduszności i pełnego poświęcenia zaangażowaniu, odwagi i ufności w przeciwnościach i bohaterskiej determinacji w doprowadzeniu tego ważnego dzieła do końca, myśl Boża stała się ciałem.

Z serca gratuluję Wam, Kochani, tego wielkiego osiągnięcia!

Wraz ze słowami podziwu i gratulacji, w imieniu swoim własnym i całej lokalnej wspólnoty, która w ośrodku zdrowia w Kiabakari znalazła zbawienny ratunek w otchłani cierpienia, pragnę z serca przepełnionego wdzięcznością podziękować za to dzieło Fundatorom, Zarządowi, Radzie Fundacji oraz szczególnie gorąco wolontariuszom, którzy z ogromnym poświęceniem, profesjonalizmem, miłością i odwagą doprowadzili już tu, na miejscu, do powstania i otwarcia ośrodka i do chwili obecnej prowadzą go, w trudnych warunkach globalnej ekonomii, którą szczególnie dotkliwie odczuwają kraje Trzeciego Świata, w tym Tanzania.

Jestem absolutnie pewien, że Miłosierdzie Boże pokieruje nami mądrze na drogach dalszej odważnej i owocnej współpracy, korzystnej dla każdej z zaangażowanych stron, dla dobra tych, dla których ta placówka powstała. Ze swej strony zapewniam o mej osobistej niezmiennej postawie totalnego zaangażowania w to dzieło, współpracy i wszelkiej pomocy, jaką mogę zaoferować, zważywszy na moje możliwości, stanowisko i okoliczności. A nade wszystko o serdecznej modlitwie osobistej i eucharystycznej, zanurzającej nas wszystkich w Oceanie Bożego Miłosierdzia. Niech nam Bóg Miłosierny błogosławi!

Ks. Wojciech Adam Kościelniak
Proboszcz parafii Kiabakari
Kustosz Diecezjalnego Sanktuarium Bożego Miłosierdzia



Aneks 14. Pismo ks. Wojciecha Kościelniaka do Justyny Polowy, Wiceprezes Fundacji z dnia 19 stycznia 2010 roku.



**BLESSED PIER GIORGIO FRASSATI
KIABAKARI CATHOLIC PARISH
DIOCESE OF MUSOMA**

P.O. Box 822 Musoma, Tanzania, East Africa
Telefax: +255-28-2621304, Email: kontakt@wojciechkoscielniak.pl



Our Ref.: KCC/2/2009

Your Ref.:

Date: 19 stycznia 2010

Szanowna Pani
Justyna Polowy
Wiceprezes
Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio”
Ul. Dąbrowskiego 79
60-529 Poznań

Szanowna Pani Prezes,
Niech będzie pochwalony Jezus Chrystus!

Zbliża się koniec drugiego etapu współpracy Fundacji z parafią Kiabakari, gdy po początkowym okresie współtworzenia ośrodka zdrowia w Kiabakari, Fundacja wzięła odpowiedzialność za Jego administrację i rozwój. Pragnę w imieniu swoim własnym i całej wspólnoty, która dzięki naszemu ośrodkowi uzyskuje dostęp do opieki zdrowotnej na wysokim poziomie, serdecznie podziękować Fundacji za dwa lata ofiarnego administrowania tą, jakże ważną dla nas wszystkich, placówką opieki zdrowotnej. Serdeczne Bóg zapłać!

Jest moją i całej wspólnoty nadzieją i pragnieniem, że Fundacja, po przekazaniu administracji ośrodkiem Prowincji Afrykańskiej Zgromadzenia Sióstr Służebniczek NMP Niepokalanie Poczętej, będzie nadal aktywnie obecna w jego życiu i wspomagala ośrodek poprzez wolontariat (lekarzy wolontariuszy, praktyki studenckie, specjalistów), sprzęt medyczny, leki i w każdy inny sposób, który będzie służył dobru ośrodka oraz Fundacji. Będzie to trzeci etap naszej współpracy, bardzo ważny, kto wie, czy nie najważniejszy! Z całego serca zapraszam do tej współpracy i opieki nad tym naszym wspólnym dzieckiem, bo jak mówi przysłowie tanzańskie – *‘Jedno kolano nie wychowa dziecka!’*

Antycypując tę naszą bliską, owocną, długofalową współpracę w przyszłości, parafia Kiabakari zachowa domek wolontariatu wraz z jego wyposażeniem dla przyszłego użytku nowych pokoleń wolontariuszy Fundacji. Nie będzie on zwrócony jego właścicielowi po wyjeździe pani lek. med. Jadwigi Żyłki. Parafia Kiabakari we współpracy z Siostrami Służebniczkami zaopiekuje się domkiem i jego wyposażeniem, by był gotowy zawsze przyjąć nowych wolontariuszy Fundacji.

Serdecznie pozdrawiam ze Wzgórza Bożego Miłosierdzia wdzięcznym sercem za minione lata owocnej współpracy, z nadzieją w sercu na jeszcze lepsze lata przed nami, zanurzając nas wszystkich i przyszłość ośrodka w Oceanie Bożego Miłosierdzia!

Ks. Wojciech Adam Kościelniak
Proboszcz Parafii i Kustosz Sanktuarium

Aneks 15. Uchwały nr 1018/10 z 13 stycznia 2011 roku i nr 350/11 z 14 kwietnia 2011 roku Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Collegium Maius
ul. Fredry 10
61-701Poznań

tel. (+48 61) 854 62 51, 854 60 60
fax. (+48 61) 854 61 07
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 1018/10

Na podstawie przepisów Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999r. w sprawie szczególnych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. Nr 47, poz.480); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2004r. Nr 53, poz. 533 ze zm.; Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. z 2004 r. 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2005r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie sposobu prowadzenia badań nieopodległego działania produktu leczniczego (Dz. U. Nr 104, poz. 1107); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2008r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz w sprawie wysokości i sposobu uiszczania opłat za rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. Nr 201, poz. 1247), kierując się Zasadami Prawidłowego Prowadzenia Badań Klinicznych – GCP – opracowanymi w oparciu o Deklarację Helsińską.

Komisja, na posiedzeniu w dniu: 13 stycznia 2011 r.

rozpatrzyła wniosek, który przedstawił Pan:

prof. dr hab. Jerzy Stefaniak

w sprawie prowadzenia badań w

Katedrze i Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych

UM w Poznaniu

Główny badacz: mgr Mateusz Cofta

Temat badań:

"Analiza gospodarki lekami w misyjnym ośrodku zdrowia Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary (Kiabakari, Zjednoczona Republika Tanzanii)".

Komisja wyraża zgodę na prowadzenie badań

Przewodniczący Komisji

Prof. zw. dr hab. med. Zygmunt Przybylski

1018/10
Podpisy członków Komisji Bioetycznej - Dotyczy Uchwały nr z dnia 13.01.2011r.

prof. dr hab. JANUSZ WIŚNIEWSKI

prof. dr hab. ROMAN SZULC

prof. dr hab. JANUSZ SZYMAŚ

prof. dr hab. WOJCIECH SŁUŻEWSKI

prof. dr hab. HENRYK WYSOCKI

dr hab. MACIEJ KRAWCZYŃSKI prof. UM

dr hab. n. med. ROBERT SPACZYŃSKI

dr med. PIOTR TOMCZAK

prof. dr hab. PAWEŁ CHĘCIŃSKI

prof. dr hab. JANUSZ PALUSZAK

ks. prof. dr hab. JERZY TROSKA

dr hab. JERZY W. OCHMAŃSKI prof. UAM

dr farm. OLIMPIA KLIMASZEWSKA

BARBARA LIPIAK

KOMISJA BIOETYCZNA
 przy
 URZĘDZIE BIETYCIE MEDYCZNYM
 im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 61-701 Poznań, ul. Frydry 10
 tel. (+48 61) 854 62 51, 854 60 60
 fax (+48 61) 854 61 07

SKŁAD OSOBOWY KOMISJI BIOETYCZNEJ

13.01.2011r.

z dnia

Lp	Imię i Nazwisko	Specjalność	Miejsce Pracy
1.	Przewodniczący Komisji prof. dr hab. Zygmunt Przybylski	medycyna sądowa	Katedra Medycyny Sądowej UM ul. Świącickiego 6, Poznań
2.	Z- ca Przewodniczącego Komisji prof. dr hab. Janusz Wiśniewski	filozof	Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM, ul. Umultowska 89A, Poznań
3.	prof. dr hab. Roman Szulc	anestezjologia i reanimacja, otolaryngologia	I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM, ul. Długa 1/2, Poznań
4.	prof. dr hab. Janusz Szymaś	anatomia patologiczna	Katedra Patomorfologii Klinicznej UM ul. Przybyszewskiego 49, Poznań
5.	prof. dr hab. Wojciech Służewski	pediatria, neurologia dziecięca, choroby zakaźne	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM ul. Szpitalna 27/33, Poznań
6.	prof. dr hab. Henryk Wysocki	choroby wewnętrzne, kardiologia	Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych UM ul. Przybyszewskiego 49, Poznań
7.	dr hab. Maciej Krawczyński prof. UM	genetyka kliniczna, okulistyka	Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UM ul. Grunwaldzka 55, Poznań
8.	dr hab. n. med. Robert Spaczyński	ginekologia i położnictwo	Klinika Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu UM, ul. Polna 33, 60-535 Poznań
9.	dr med. Piotr Tomczak	onkologia kliniczna, radioterapia	Klinika Onkologii UM, ul. Łąkowa 1/2, Poznań
10.	prof. dr hab. Paweł Chęciński	chirurgia ogólna, naczyniowa i angiologia	Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz Angiologii UM, ZOZ MSWiA ul. Dojazd 34, Poznań
11.	prof. dr hab. Janusz Paluszak	fizjologia kliniczna	Katedra i Zakład Fizjologii UM, ul. Świącickiego 6
12.	ks. prof. dr hab. Jerzy Troska	teologia, etyka	Wydział Teologiczny UAM, ul. Wieżowa 2/4, Poznań
13.	dr hab. Jerzy W. Ochmański prof. UAM	prawnik	Wydział Prawa UAM, ul. Św. Marcin 90, Poznań
14.	dr farm. Olimpia Klimaszewska	farmaceuta	Apteka „Kalifarm”
15.	Barbara Lipiak	pielęgniarka	ZOZ Grunwald



UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Collegium Maius
ul. Fredry 10
61-701Poznań

tel. (+48 61) 854 62 51, 854 60 60
fax. (+48 61) 854 61 07
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 350/11

Na podstawie przepisów Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. Nr 47, poz. 480); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. 2005, Nr 57, poz. 500); Ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004r. Nr 53, poz. 533 ze zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. 2004 nr 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2005r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej badacza i sponsora (Dz. U. Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem matuleńskich (Dz. U. 2004 Nr 104, poz. 1100); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004r. w sprawie zgłaszania niespodziewanego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego (Dz. U. Nr 104, poz. 1107); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2008r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz w sprawie wysokości i sposobu ubezpieczenia opłat za rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. Nr 201, poz. 1247), kierując się Zasadami Prawidłowego Prowadzenia Badań Klinicznych – GCP – opracowanymi w oparciu o Deklarację Helsińską.

Komisja, na posiedzeniu w dniu: 14 kwietnia 2011 r.

rozpatrzyła wniosek, który przedstawił Pan:

prof. dr hab. Jerzy Stefaniak

w sprawie prowadzenia badań w

Katedrze i Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych

UM w Poznaniu

Główny badacz: mgr Mateusz Cofta

Temat badań:

"Analiza gospodarki lekami w misyjnym ośrodku zdrowia Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary (Kiabakari, Zjednoczona Republika Tanzanii)".

Komisja przyjęła do wiadomości informację o zmianie tematu ww. badań na następujący:

„Analiza wybranych aspektów zdrowotnych u pacjentów ośrodka misyjnego Blessed Pier Giorgio Frassati Dispensary w Kiabakari (Tanzania)”.

Stosowana metodyka badawcza pozostaje bez zmian - Uchwała Komisji Bioetycznej nr 1018/10 z dnia 13.01.2011r.

Przewodniczący Komisji

Prof. zw. dr/hab. med. Zygmunt Przybylski

350/M
Podpisy członków Komisji Bioetycznej - Dotyczy Uchwały nr z dnia 14.04.2011r.

prof. dr hab. JANUSZ WIŚNIEWSKI

prof. dr hab. ROMAN SZULC

prof. dr hab. JANUSZ SZYMAŚ

prof. dr hab. WOJCIECH SŁUŻEWSKI

prof. dr hab. HENRYK WYSOCKI

dr hab. MACIEJ KRAWCZYŃSKI prof. UM

dr hab. n. med. ROBERT SPACZYŃSKI

dr med. PIOTR TOMCZAK

prof. dr hab. PAWEŁ CHEĆIŃSKI


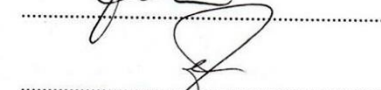
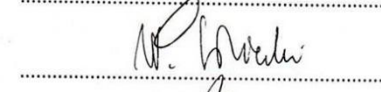
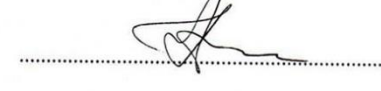
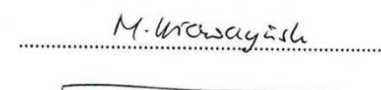
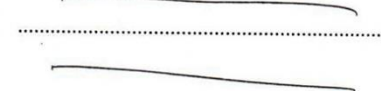
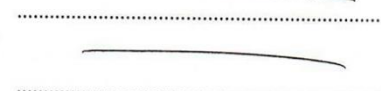

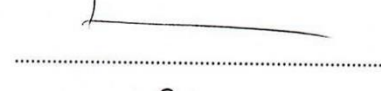
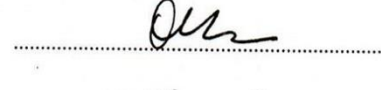
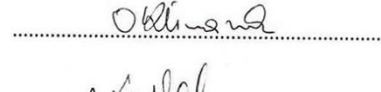
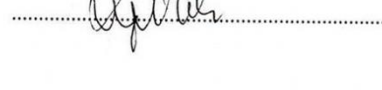


prof. dr hab. JANUSZ PALUSZAK

ks. prof. dr hab. JERZY TROSKA

dr hab. JERZY W. OCHMAŃSKI prof. UAM

dr farm. OLIMPIA KLIMASZEWSKA

BARBARA LIPIAK


.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KOMISJA BIOETYCZNA
przy
UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
61-701 Poznań, ul. Fredry 10
tel. (+48 61) 854 62 51, 854 60 60
fax (+48 61) 854 61 07

SKŁAD OSOBOWY KOMISJI BIOETYCZNEJ

14.04.2011r.

z dnia

Lp	Imię i Nazwisko	Specjalność	Miejsce Pracy
1.	Przewodniczący Komisji prof. dr hab. Zygmunt Przybylski	medycyna sądowa	Katedra Medycyny Sądowej UM ul. Świącickiego 6, Poznań
2.	Z-ca Przewodniczącego Komisji prof. dr hab. Janusz Wiśniewski	filozof	Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa UAM, ul. Umultowska 89A, Poznań
3.	prof. dr hab. Roman Szulc	anestezjologia i reanimacja, otolaryngologia	I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM, ul. Długa 1/2, Poznań
4.	prof. dr hab. Janusz Szymaś	anatomia patologiczna	Katedra Patomorfologii Klinicznej UM ul. Przybyszewskiego 49, Poznań
5.	prof. dr hab. Wojciech Służewski	pediatria, neurologia dziecięca, choroby zakaźne	Klinika Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej UM ul. Szpitalna 27/33, Poznań
6.	prof. dr hab. Henryk Wysocki	choroby wewnętrzne, kardiologia	Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych UM ul. Przybyszewskiego 49, Poznań
7.	dr hab. Maciej Krawczyński prof. UM	genetyka kliniczna, okulistyka	Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UM ul. Grunwaldzka 55, Poznań
8.	dr hab. n. med. Robert Spaczyński	ginekologia i położnictwo	Klinika Niepłodności i Endokrynologii Rozrodu UM, ul. Polna 33, 60-535 Poznań
9.	dr med. Piotr Tomczak	onkologia kliniczna, radioterapia	Klinika Onkologii UM, ul. Łąkowa 1/2, Poznań
10.	prof. dr hab. Paweł Chęciński	chirurgia ogólna, naczyniowa i angiologia	Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz Angiologii UM, ZOZ MSWiA ul. Dojazd 34, Poznań
11.	prof. dr hab. Janusz Paluszak	fizjologia kliniczna	Katedra i Zakład Fizjologii UM, ul. Świącickiego 6
12.	ks. prof. dr hab. Jerzy Troska	teologia, etyka	Wydział Teologiczny UAM, ul. Wieżowa 2/4, Poznań
13.	dr hab. Jerzy W. Ochmański prof. UAM	prawnik	Wydział Prawa UAM, ul. Św. Marcin 90, Poznań
14.	dr farm. Olimpia Klimaszewska	farmaceuta	Apteka „Kalifarm”
15.	Barbara Lipiak	pielęgniarka	ZOZ Grunwald