

Opieka zdrowotna w Kamerunie

Health care in Cameroon

MAŁGORZATA LEŻNICKA^{1/}, HELENA FRACKIEWICZ^{2/}

^{1/} Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Collegium Medicum im. dra Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

^{2/} Zgromadzenie Sióstr Św. Dominika, misjonarka w Kamerunie

Kamerun, to kraj bardzo egzotyczny. Nie tylko pod względem klimatu, fauny i flory, ale także pod względem każdego aspektu życia jego mieszkańców. Bez zrozumienia tutejszych warunków życia trudno zrozumieć jak bardzo potrzebna jest praca misyjna i dlaczego należy ją wspierać. Zagrożenia dla zdrowia to występująca głównie od grudnia do czerwca na południu kraju cholera, HIV/AIDS oraz ślepotą rzeczną (bilharczoza). W kraju istnieje sieć szpitali prywatnych i państwowych o zróżnicowanym poziomie usług lekarskich. Koszt wizyty lekarskiej wynosi ok. 100 USD. Bezrobocie w roku 2001 sięgało 30% populacji, a trzecia część społeczeństwa żyła poniżej progu ubóstwa obliczanego na 1,25 USD dziennie w roku 2009. Praca prezentuje działalność Zgromadzenia Sióstr Św. Dominika na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców obszarów wiejskich w Kamerunie.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, zdrowie, opieka zdrowotna, system zdrowotny, Kamerun

Cameroon is a very exotic country. Not only in terms of climate, flora and fauna, but also in terms of every aspect of life for its residents. Without understanding the local conditions of life it is hard to understand the necessity of missionary work and why it should be supported. Cholera, occurring mainly from December to June in the south of the country, HIV/AIDS and river blindness (schistosomiasis) are the main health hazards. In the country there is a network of private and public hospitals with different levels of medical services. The cost of medical visit is about \$ 100. Unemployment in 2001 reached 30% of the population, and a third of the population lived below the poverty line, calculated at \$ 1.25 per day in 2009. The paper presents the activities of the Sisters of St. Dominic to improve health of the rural population in Cameroon.

Key words: health care, health, health care, health care system, Cameroon

© Hygeia Public Health 2011, 46(4): 484-492

www.h-ph.pl

Nadesłano: 31.05.2011

Zakwalifikowano do druku: 23.06.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Małgorzata Leżnicka

Collegium Medicum im. L. Rydygiera, Zakład Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia

ul. Sandomierska 16, 85-830 Bydgoszcz, tel. 52 585-54-08

Zdrowie, jako wartość społeczna i osobista od wieków było cenione i usytuowane na jednej z najwyższych pozycji. Definicja zdrowia opublikowana w Ottawie w roku 1986 mówi, że jest ono „zasobem, potencjałem indywidualnym i społecznym, jednym z bogactw naturalnych kraju, determinujących rozwój społeczny, gospodarczy czy indywidualny. Sprzyjają lub szkodzą mu czynniki polityczne, ekonomiczne, społeczne, kulturowe, środowiskowe, biologiczne oraz sposób postępowania, wreszcie styl życia” [1]. Przełomowym momentem w historii ochrony zdrowia było ogłoszenie w 1974 r. Raportu Marca Lalonde’a, w którym w wyniku prac prowadzonych nad nowymi założeniami polityki ochrony zdrowia przedstawiono wnioski z wnikliwej analizy problemów zdrowotnych oraz dyskusji nad nowymi perspektywami zdrowia. Raport Lalonde’a został ogłoszony pod tytułem „*A new perspective on the Health of Canadians. A working docu-*

ment Government of Canada”. Autorem był Lamframboise, twórca koncepcji pól zdrowia. Marc Lalonde rozwinął ją razem z innymi badaczami wprowadzając różnorodne komponenty, zachowując jednak we wszystkich propozycjach zachowania zdrowotne i styl życia jako istotne uwarunkowania zdrowia (50-60%), a także środowisko fizyczne i społeczne życia i pracy (20%), czynniki genetyczne (20%) i służbę zdrowia (10-15%) [2].

W roku 1978 w Alma Ata odbyła się konferencja, na której wszystkie państwa postawiły sobie za cel „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku” [3]. W 1985 r. państwa afrykańskie przystosowały założenia tej konferencji do swoich realiów. A w 1987 r. – Organizacja Jedności Afrykańskiej dyskutowała nad zagadnieniem „Zdrowie – podstawą rozwoju”. We wrześniu 1987 r. ministrowie zdrowia Afryki Środkowej na konferencji w Bamako uznali,

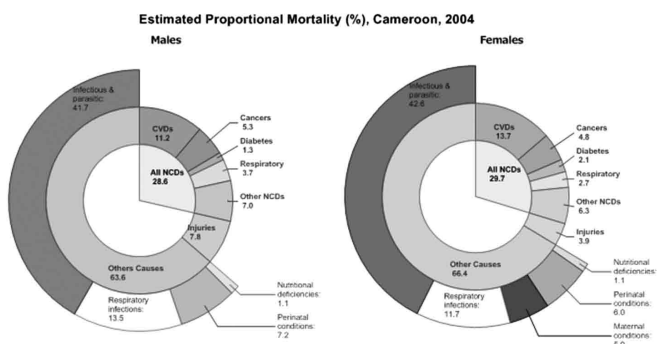
że najważniejszym zadaniem jest zagwarantowanie dostępu ludności do podstawowych leków przeciwko chorobom tropikalnym. Niestety, decyzja ministrów nie zagwarantowała leków dla przychodni, szczególnie tych prywatnych. W krajach afrykańskich duży udział w organizacji ochrony zdrowia odgrywają organizacje kościelne – misjonarze i misjonarki.

Kamerun, to kraj bardzo egzotyczny. Nie tylko pod względem klimatu, fauny i flory, ale także pod względem każdego aspektu życia jego mieszkańców. Bez zrozumienia tutejszych warunków życia trudno zrozumieć jak bardzo potrzebna jest praca misyjna i dlatego należy ją wspierać. Zagrożenia dla zdrowia to występująca głównie od grudnia do czerwca na południu kraju cholera, HIV/AIDS oraz ślepotą rzeczną (bilharczoza) [4]. W kraju istnieje sieć szpitali prywatnych i państwowych o zróżnicowanym poziomie usług lekarskich. Koszt wizyty lekarskiej wynosi ok. 100 USD. Bezrobocie w roku 2001 sięgało 30% populacji, a trzecia część społeczeństwa żyła poniżej progu ubóstwa obliczanego na 1,25 USD dziennie w 2009 r. [5].

Gdy siostry przyjechały do Kamerunu, to tylko w dwóch wioskach, Mbassi i Tapare, były wybudowane małe domki, służące jako „wiejskie przychodnie zdrowia”. W latach 1989-1990, dzięki projektowi „Gbayas,” zostały one wybudowane także w Sabal, Mombal, Boutilla, Ngandon i Badan. Budowy tych domków dokończyła Organizacja De Moeur z Holandii, tak że powstały one w każdej wiosce. Ponieważ jednak członkowie Komitetów Zdrowia zaczęli nadużywać swojej władzy i nieprawidłowo rozprowadzać leki, co spowodowało komplikacje a nawet zgony, toteż już w roku 1990 Minister Zdrowia wydał dekret o zakazie sprzedawania leków przez osoby niewykwalifikowane (szefowie wiosek, osoby przyuczone z komitetów zdrowia). Oczywiście, każda ustawa w Kamerunie jest wprowadzana z opóźnieniem, a więc i te „wiejskie ośrodki zdrowia” działały jeszcze kilka lat, dopóki nie nastąpiła państwowa rejonizacja terenu. Liczba ludności Kamerunu wynosi 19.522.000 [6].

Historia służby medycznej w Garoua Boulai

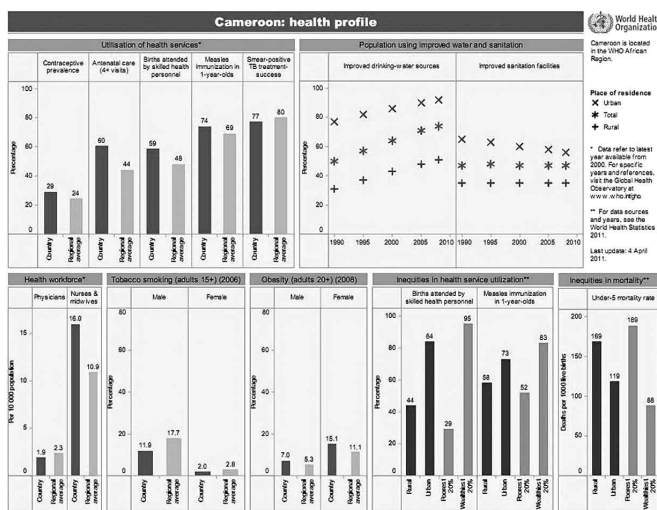
W Garoua Boulai służba medyczna siostr zaczęła się bardzo skromnie. Na terenie miasta istniały już dwa szpitale: protestancki i publiczny, a największą bolączką był brak leków. W jednym z pomieszczeń na terenie Misji powstała pierwsza apteczka s. Elekty, która jednak nie ograniczała się do rozprowadzania leków lecz udzielała również porad medycznych, toteż wkrótce stała się opiekunką wszystkich zgłaszających się chorych. S. Elekta należała do ekipy pastoralnej, wyjeżdżającej do wiosek, bo działalność duszpasterska najczęściej zaczynała się od leczenia chorych. W 1989 r. ks. biskup rozpoczął starania o budowę



Source: Global Burden of Disease: data sources, methods and results. WHO Global Infobase (IBRef: 199998a2)

Ryc. 1. Profil zdrowia w Kamerunie. Źródło: WHO, <http://infobase.who.int/> [7]

Fig. 1. Health profile in Cameroon. Source: WHO, <http://infobase.who.int/> [7]



Ryc. 2. Przyczyny zgonów. Źródło: WHO, <http://infobase.who.int/> [7]

Fig. 2. Causes of death. Source: WHO, <http://infobase.who.int/> [7]

przychodni. Najpierw trzeba było uzyskać oficjalną zgodę Ministerstwa Zdrowia, którą szczęśliwie uzyskano 13.10.1989 r. Pozwoliło to utworzyć Centrum Zdrowia Podstawowego zgodnie z zarządzeniami państwowymi i pod kontrolą lekarza, odpowiedzialnego za ten obszar. Potem trzeba było znaleźć odpowiednie fundusze, czyli prosić o nie różne organizacje międzynarodowe. Ludzie we wszystkich wioskach zbierali kamienie i piasek na budowę. W celu poprawy higieny, siostry zakonne ogłosiły konkurs czystości we wszystkich wioskach. Główne zadania to dbanie o czystość, szczególnie w domu, obejściu, sadzenie drzewek owocowych, w każdym przygotowanie regałów na naczynia. W ten sposób będzie można zapobiec robaczycom, które są tutaj tak popularne z powodu braku higieny. Odwiedzając wioski misjonarki spotykają różne przypadki. Wspominają niektóre z nich: „Siostry jadą do Gbadio do oparzonej kobiety. Stan jest okropny. Jedna czwarta ciała pokryta wielką raną.

Kobieta owa oparzyła się w Boże Narodzenie. Kiedy wszyscy bawili się i tańczyli ona poszła postanowiła odpocząć przy ognisku. W pewnym momencie ubranie na niej zaczęło się palić. Rodzina nie odwiozła chorej do szpitala natychmiast. Sami leczyli ją własnym sposobem, okrywając rany czerwonym błotem co spowodowało infekcję. Chora musiała pozostać w szpitalu, co najmniej kilka miesięcy. Kobieta została wyleczona” [8].

„Okolo 9 rano wyruszyliśmy z s. Elekta na objazd wioski, by służyć chorym, oraz do animacji kobiet. Kilka dni temu wcześniej mamusia małej dziewczynki Florence prosiła nas o lekarstwo na robaki. Ponieważ to było blisko, kazałyśmy jej przyjść na miejsce, by zrobić badania laboratoryjne. Niestety, w tym dniu, jadąc na wioskę zapytałyśmy kogoś z rodziny dziecka, dlaczego nie przyszła. Odpowiedziano nam, że z matką poszła na wieś do czarownika. Dokładnie dopytałyśmy gdzie to jest i odnalazłyśmy dziecko. Długo nalegając i prosząc matkę i domowników wśród których jeden był czarownikiem przyprowadzono nam przed dom Florence. Widok był okropny. Dziecko miało wielki brzuszek, a całe ciało było ponacinane żyłką w mozaikę. To była siatka ran, z których wypływała krew i osocze. Całe ciało było wysmarowane nawozem krowim, który rzekomo ma właściwości lecznicze. Dziecko nie mogło utrzymać się na nogach, stało drżące i płaczące z bólu. To był niesamowity widok. Zawróciłyśmy samochód i pod presją zmusiłyśmy matkę, by zabrała dziecko i natychmiast jechała z nami do szpitala. Nie bardzo chciała, ale nie miała wyjścia, bo uważałyśmy według naszej diagnozy, że dziecko nie dożyje do wieczora, jeżeli nie otrzyma leków. Za pół godziny byliśmy już w szpitalu, same opłaciłyśmy i podjęłyśmy się całkowitej opłaty za wyleczenie, gdyby rodzice nie mieli środków na opłatę. Za parę dni stan zdrowia dziecka się poprawił i z dnia na dzień było coraz lepiej. Florence po trzech tygodniach, zdrowa wraca do swojego domu i po paru tygodniach przyniosła nam dorodnego koguta na podziękowanie za jej uratowanie. Ileż w jej oczach i twarzy można było odczytać wdzięczności za okazaną jej pomoc. Długo pamiętała, bo zawsze, kiedy przejeżdżałyśmy przez jej wioskę, długo nam kiwała i darzyła nas uśmiechem” [8].

„Często pomagam s. Elekcie w pracy (wspomina s. Dominika). Raz podeszłam do chorych, którzy siedzieli na trawie, inni silniejsi tłoczyli się wokół, stwarzając niesamowity tłok, inni jeszcze leżeli na ziemi nie mogąc ustać na nogach, zaatakowani malarią, czy innymi chorobami. S. Elekta poleciła mi opatrzyć rany dziecku, które miało może 5-6 lat. Całe nogi tego dziecka były pokryte dużymi, otwartymi, zaropiałymi, zakurczonymi ranami, które wydawały zapach ropy. Wzięłam pęsetę i gaziki zamoczone w wodzie utlenionej i zaczęłam oczyszczać ranę. Własnym oczom nie

wierzyłam, jak razem z nieczystościami ropy, zaczęło się wyłaniać mnóstwo ruszających się drobnych robaków. Strasznie to przeżyłam. Opatrunku do końca nie mogłam zrobić, bo ręce i nogi zaczęły mi się trząść. S. Elekta, widząc moje przerażenie podeszła mi na ratunek i dokończyła opatrywania wszystkich ran. Ludzie stojący wokół wybuchali głośnym śmiechem, a dziecko chore jak skamieniałe, ani nie drgnęło, tylko czekało cierpliwie do końca. Pomyślałam sobie, jak bardzo cierpią chorzy, skoro takie głębokie rany i w takim stanie nie wywołują już w nich bólu. Po ukończonym zabiegu dziecko o własnych siłach zabandażowane wstało i uśmiechem wyraziło swą wdzięczność za doznaną ulgę. Nie mogłam pojąć, że to dziecko jeszcze mogło iść o własnych siłach [8].

Dnia 2 grudnia 1991 r. nastąpiło uroczyste otwarcie naszego ośrodka zdrowia (oficjalna legalizacja Ministerstwa Zdrowia na otwarcie przychodni zdrowia w Garoua Boulai została wydana 2 stycznia 1992 r.). Są zaproszeni: suprefekt regionu i jego zastępca, burmistrz miasta, przedstawiciele szpitala protestantów, służba zdrowia szpitala publicznego, ponad 20 osób. Wielką ulgę odczuła s. Elekta, gdy zyskała pomocnika – p. Alberta Sokę. Był on nocnym stróżem, chorym na cukrzycę. Ponieważ nie miał pieniędzy na insulinę, pomagał s. Elekcie w zamian za to lekarstwo. Z czasem, że względu na coraz większe zaangażowanie w ośrodku zdrowia stał się „prawą ręką” s. Elekty a po jej wyjeździe – s. Faustyny i s. Józefiny. Oczywiście, siostry zwolniły go z obowiązku stróżowania [8]. W codziennej pracy przychodni wielkim problemem była konieczność zdobywania leków, co przy złym stanie dróg i wielkiej odległości od miast graniczyło z cudem. Jak podaje kronika, zdarzyło się i tak, że s. Elekta dojechała nawet do Yaounde (600 km), ale, niestety, nie mogła zdobyć ani lekarstw, ani odczynników. Pomoc nadchodziła z Ameryki: od siostr z kanadyjskiej prowincji Calgary (z ówczesną przełożoną, s. Jolaną Kozal) oraz od s. Olimpji z miasta Milwaukee w USA. Ponadto, Siostry organizowały zbiórkę leków wśród znajomych lekarzy i farmaceutów. W lipcu 1992 r. nastąpiła reorganizacja pracy w ośrodku ze względu na wyjazd s. Elekty na nową placówkę do Bertoua. Miejsce s. Elekty zajęła s. Faustyna. Przychodnia była już w tym czasie pod kontrolą państwową. S. Faustyna rozpoczęła nowy rozdział działalności ośrodka zdrowia. Dotychczas była to raczej „apteczka” z możliwością dostania leków, uzyskania porady czy drobnego zabiegu pielęgnacyjnego. Teraz s. Faustyna przyjęła do pracy Martina Doktę, laboranta, który wykonywał proste badania diagnostyczne w kierunku najczęstszych chorób tropikalnych i tak zaczęło funkcjonować laboratorium. Pracowały wówczas w przychodni trzy osoby: s. Faustyna, Albert Soka i Martin Dokta. Sprawozdanie z dnia 8 lipca 1993 r. podaje, że w ciągu

roku było 4 500 pacjentów, w tym 500 dzieci od 0-11 miesięcy i 670 dzieci od 1 do 4 lat, a w roku następnym – 5400 pacjentów, w tym 1300 dzieci od 0 do 11 miesięcy i 890 dzieci od 1 do 4 lat [9]. Nie wolno zapominać, że na pomoc czekali także chorzy z wszystkich wiosek wokół Garoua Boulai. Ponieważ trudno konsultować chorych pod gołym niebem, zwłaszcza w upalnym klimacie, zaczęto budować w wioskach małe domki (około 6 × 4 m), służące jako „wiejskie poradnie zdrowia”. Równocześnie formowane były komitety zdrowia, na czele których stał szef wioski i co najmniej jedna osoba, która umiała czytać i pisać. Jego zadaniem było mobilizowanie mieszkańców wioski przed przyjazdem siostry, a następnie pomaganie jej (tłumaczenie na język lokalny, wypełnianie rejestrów szczepień, wydawanie leków i wyjaśnianie sposobu ich zażywania). Zgodnie z wytycznymi projektu „Gbayas” siostry przy każdej wizycie przeprowadzały animację sanitarną, która obejmowała: higienę osobistą i najbliższego otoczenia, żywienie dzieci, walkę z pasożytami jelitowymi, walkę z różnymi chorobami, korzystanie z czystej, filtrowanej wody (problem źródeł i studni), korzystanie z ubikacji (ten, kto chciał ją zbudować, to dostawał jeden worek cementu za darmo!), sadzenie drzew owocowych wokół domów, chodzenie w butach dla uniknięcia chorób czy ugryzienia przez skorpiony [10,11]. I taka animacja odbywała się dwa razy w miesiącu po wcześniejszej zapowiedzi. Animatorzy podstawowej opieki społecznej pracowali, podobnie jak i siostry, bezpłatnie. Niewielką motywacją były dla nich leki, pozostawiane w ich domach na wypadek nagłej potrzeby. Kronika podaje, że s. Faustyna w marcu 1995, razem z pielęgniarkami szpitala państwowego, zorganizowała jednodniową sesję w Gado (30 km od Garoua Boulai). W sesji wzięli udział odpowiedzialni za małe punkty zdrowia na wioskach (12 wiosek). Zostali przeszkoleni na temat udzielania pierwszej pomocy w najczęściej spotykanych chorobach. W sprawozdaniu za 1996 rok podano, że w jedenastu wioskach działały „wiejskie ośrodki zdrowia”, które były zaopatrzone w podstawowe leki. Przeprowadzono też dla Komitetów Zdrowia dwa szkolenia.

W 1993 r. została przeprowadzona szczegółowa wizytacja dyspanseru przez przedstawicieli koordynacji narodowej wszystkich katolickich ośrodków zdrowia z Yaoundé. Przychodnia zdrowia funkcjonuje bez zastrzeżeń. Rok 1994 przyniósł dwa wydarzenia szczególnie dotkliwe dla s. Faustyny. W sierpniu, w deszczową noc, międzynarodowa grupa złodziei (Zair, Centralna Afryka, Kamerun) włamała się do przychodni. Ukradli 2 aparaty do mierzenia ciśnienia, pieniądze i lekarstwa. Szkody obliczono na ok. 2 miliony franków kameruńskich. I trzeba było potem widzieć zadowolenie sióstr, gdy ku radości wszystkich złapano złodziei i odnaleziono skradzione rzeczy.

Wielu mieszkańców miasta przyczyniło się do tego sukcesu. Pod koniec grudnia pielęgniarka Martin, na prośbę chorej, podał jej antybiotyk, który sama przyniosła. W wyniku tego pacjentka dostała wstrząsu i umarła. S. Faustyna była nieobecna. Przychodnia zostaje zamknięta a pan Martin po kilkugodzinnym zatrzymaniu został przetransportowany do więzienia w Bertoua. Całe miasto jest poruszone tym wydarzeniem. Jest to pierwszy przypadek śmiertelny w przychodni. Nocą 21 lutego 1996 r. było kolejne włamanie do przychodni. Najbardziej bolesna była kradzież mikroskopu, bo bez niego przez miesiąc nie można było robić badań. Nowy mikroskop został zakupiony dopiero w marcu a kosztował 2,5 miliona franków. Te bolesne wydarzenia odbiły się na zdrowiu s. Faustyny; zaczęła ona coraz częściej zapadać na malarię [11, 12].

W 1996 r. w stolicy kraju, Yaounde, została otwarta w pierwsza hurtownia podstawowych i tanich leków (ale tylko dla państwowych ośrodków zdrowia). W Bertoua dopiero w 2001 r. otwarto taką hurtownię a zgodę na zakupy w niej leków przez prywatne ośrodki zdrowia wydano trzy lata później. Sytuacja zmieniała się na lepsze z każdym rokiem dzięki działalności głównej Koordynacji Katolickiej Służby Zdrowia w Yaounde oraz na terenie każdej diecezji. Kontenery z lekarstwami przychodziły drogą morską (często z Azji) przeciętnie dwa razy w roku a następnie leki były rozprowadzane przez służby koordynacyjne na szczeblu diecezjalnym. Po wprowadzeniu rejonizacji służby zdrowia s. Józefina wraz ze swoim personelem organizowała stałe, comiesięczne wyjazdy na wioski. Kroniki wspominają, że siostra miała ustalone trzy dni w miesiącu, przeznaczone na wyjazdy do wiosek: pierwsze wtorki oraz pierwszą i drugą sobotę ale w praktyce zawsze uwzględniała terminy pilnych prac polowych. Wyjazdy te skończyły się z chwilą wdrożenia w życie projektu zbudowania katolickiej przychodni zdrowia w jednej z wiosek - Nandoungue.

W 2001 roku s. Józefina zaczęła rozbudowywać budynek przychodni. Utworzono dwa pomieszczenia: laboratorium i salę szczepień, zakupiono potrzebne aparaty. Pacjentów przybywa, każdego dnia przychodzi ich około czterdziestu – pięćdziesięciu, a w poniedziałki – czasami ponad stu. Sprawozdanie za rok 2003 podaje liczbę 7 325 nowych skonsultowanych pacjentów, co łącznie z będącymi już pod opieką daje liczbę 8 335, a w roku 2009 przychodnia przyjęła aż 15 000 osób! Regularność wizyt pacjentów zależna jest od pory roku. Na początku marca, gdy zaczyna się pora mokra, ludzie rozpoczynają prace w polu i liczba chorych obniża się. Zaraz potem, z nadejściem wiosny, wracają nomadowie z plemienia Bororo, którzy na czas suszy przenoszą się wraz z bydłem na inne tereny. A gdy pora deszczowa w pełni, drogi stają się

nieprzejezdne, tak że nikt z wioski nie może dotrzeć do miasta, choćby był umierający. Wraz ze wzrostem liczby chorych, odwiedzających przychodnię zdrowia, stopniowo przybywało także pracowników. W 2001 roku s. Józefina zatrudniała już 9 osób! Trzeba pamiętać, że niełatwo o pielęgniarzy, ponieważ muszą znać języki, którymi się posługują pacjenci. W naszym wypadku większość pochodzi z koczowniczego plemienia Bororo (które nie wysyła swoich dzieci do szkół) oraz z plemienia Gbaya, a zatem są to dwa języki: foulbe i gbaya. Pierwszym zatrudnionym przez s. Józefinę był Emanuel (syn katechisty z Sabal), następnym – Jean Soka (syn zmarłego Alberta) a potem pozostali. Wszyscy zdobyli wykształcenie pielęgniarskie na koszt siostry. Byli dla niej nie tylko pracownikami, ona dzieliła z nimi ich troski, których nie brakowało. Gdy któryś z pracowników odchodził z jakiegokolwiek powodu, pojawiał się problem skompletowania personelu.

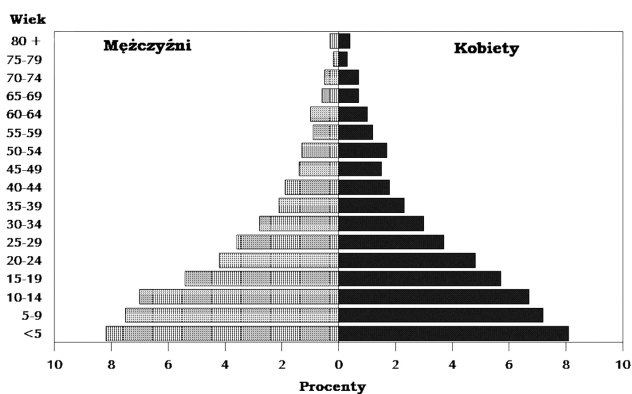
W kronice z 1997 r. zanotowano ekstremalny przypadek przemieszczania się w tamtych latach. Otóż, żeby dojechać do Bertoua na zebranie przygotowujące do szczepień, w tym czasie, gdy droga Garoua Boulai – Bertoua była nieprzejezdna (a jest to międzynarodowa droga, prowadząca do Czadu) s. Józefina musiała pojechać na północ, aż do Ngaoundal, stamtąd pociągami do Belabo i wreszcie małym busikiem do Bertoua! [8].

S. Józefina, jako lekarz, bierze także udział w zjazdach i szkoleniach lekarzy kameruńskich na terenie kraju a sama również organizuje szkolenie pielęgniarzy z ¼ Kamerunu – 52 odpowiedzialnych za tyleż samo ośrodków zdrowia.

W 2005 r. w szpitalu państwowym w Garoua Boulai odbyło się 3-dniowe sympozjum wszystkich lekarzy wschodu Kamerunu i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia poświęcone problemom nękającym rejon i sposobom ich rozwiązania. 13 listopada 2007 r. do Garoua Boulai została przeniesiona z Bertoua s. Piotra (pielęgniarka) która zaczęła pomagać s. Józefinie w przychodni. Od tego momentu, ale tylko przez dwa lata, wyjazd któregoś z nich na formację czy po leki nie zakłócał pracy z chorymi i łatwiej było przyjmować większą ich liczbę.

Kamerun jest krajem ludzi młodych, 50% populacji stanowią osoby do dwudziestego roku życia.

Oficjalny wskaźnik płodności to 4,77 dzieci na jedną kobietę. Wynika z tego, że w Garoua Boulai, liczącego obecnie ponad 40 000 mieszkańców, powinno być około 2 500 urodzeń rocznie. Prawie wszystkie porody odbywają się w domach w bardzo złych warunkach. Nic dziwnego, że jest tak duża umieralność okołoporodową. Współczynnik umieralności noworodków w roku 2000 wynosił 40/1000 urodzeń żywych, (śmiertelność niemowląt na 1000 urodzeń żywych w 2010 r. wynosiła 84, w 2005 r.



Ryc. 3. Struktura wiekowa ludności. Źródło: <http://www.who.int/gho/countries/cmr/en> [9]

Fig. 3. Age structure of the population. Source: <http://www.who.int/gho/countries/cmr/en> [9]

– 88, w 2000 r. – 91) [10]. Misjonarki zaczęły więc planować rozwój opieki położniczej w tym kraju. Jedną z sióstr rozpoczęła staż w nowoczesnej Klinice Ginekologii i Instytucie Onkologii w Krakowie, który uświadomił jej przepaść między medycyną i warunkami cywilizowanej Europy a Afryką. Zaczęło się od kompletowania sprzętu medycznego, ale na tym się nie skończyło. W akcję zbierania różnych rzeczy, przeznaczonych do wysyłki do Kamerunu była bardzo zaangażowana placówka misyjna w Tyczynie koło Rzeszowa, z jej ówczesną przełożoną, s. Anzelmą i dyrektorką przedszkola s. Ireną. To siostry tyczyńskie przez okres prawie sześciu miesięcy były stale gotowe do przyjmowania małych „dostaw” sprzętu medycznego i innych rzeczy, do segregacji i pakowania. Pierwszy kontener wyruszył 1 sierpnia a następny miesiąc później. W grudniu zostały ukończone prace wokół dużego budynku dla personelu – jednej rodziny afrykańskiej i dla co najmniej dwóch osób z Europy, oraz budynku z salą animacyjną i magazynem. W następnym etapie zaczęła się budowa oddziału położniczego. W lutym został oddany budynek dla personelu, dwa budynki zalepca i kuchnia dla chorych. Dalszą kontynuację budowy i wyposażenia porodówki zabezpieczyła organizacja włoska „Volontari per il mondo” z Rzymu a jej przewodniczący, Paolo Cicchito, odwiedził Garoua Boulai w sierpniu 2006 r. Dzięki współpracy s. Józefiny ze Stowarzyszeniem „Lekarze Nadziei”, a szczególnie prof. Zbigniewem Chłapem, w lipcu 2006 r. do Garoua Boulai przybyły na kilka miesięcy dwie polskie lekarki: Agnieszka Rościszewska i Justyna Laskowska, które bardzo wspomogły s. Józefinę w jej pracy. We wrześniu dołączyła do nich na miesiąc Włoszka Francesca, ale była ona stomatologiem i pracowała w gabinecie dentystycznym. Rok później, w sierpniu 2007 r., przyjechała 9-osobowa ekipa polsko-włoskich „Lekarzy Nadziei”, by urządzić i wyposażyć nowo wybudowaną porodówkę a także przeprowadzić badanie dotyczące odżywiania dzieci w Kamerunie. Przebadano około

600 dzieci dożywając je mlekiem, witaminami, no i nie odłącznie cukierkami. Dzieci miały prawdziwe miesięczne święto. Przychodziły wielkimi grupami. 25 sierpnia 2007 r. nastąpiło uroczyste otwarcie porodówki.

Szczepienia w wioskach

Program ogólnych szczepień ludności, a szczególnie dzieci rozpoczął się w Kamerunie zasadniczo już w 1976 r. Był on prowadzony pod nadzorem Organizacji do Koordynacji Walki z endemiami Afryki Centralnej (OCEAC) i jako eksperymentalny obejmował niewielką grupę osób. Dopiero w 1982 r. programem tym, ciągle jeszcze eksperymentalnym, objęto ludność całego kraju.

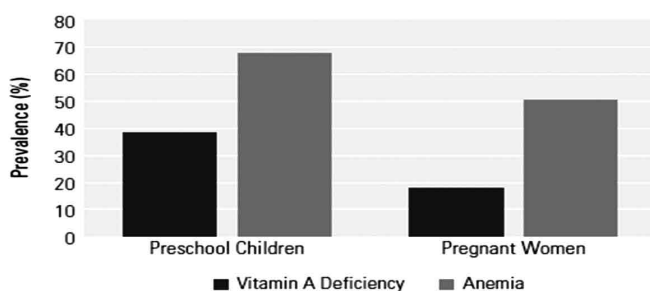
W dniach 29-30 września 1990 r. w Nowym Jorku pod egidą Organizacji Narodów Zjednoczonych odbył się największy w historii szczyt głów państw i rządów. Miał on za zadanie ustanowienie planu działania na rzecz poprawy losu dzieci i określenie głównych celów, stojących przed UNICEF w latach dziewięćdziesiątych. Przywódcy państw wspólnie zaapelowali o pilne podjęcie działań na rzecz zapewnienia lepszej przyszłości każdemu dziecku na Ziemi. Podjęto decyzję o przeprowadzeniu szerokich konsultacji na forum przedstawicieli państw, odpowiednich agend ONZ, tj. Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), UNICEF, UNESCO, UNDP a także Banku Światowego i wielu organizacji pozarządowych. Plan ten miał zostać wprowadzony w życie przez wszystkie państwa, po odpowiednim jego zaadaptowaniu do specyfiki i warunków danego kraju, z poszanowaniem tradycji kulturowych, religijnych i obyczajowych. W razie zaistnienia takiej potrzeby, do narodowych planów działania miały zostać dołączone cele dodatkowe. Rząd kameruński zdecydował się wprowadzić w swoim państwie wytyczne ONZ i podjął przede wszystkim następujące zadania: wyeliminowanie choroby Heinego-Medina do roku 2005, wyeliminowanie tężca u noworodków, opanowanie odry, objęcie szczepieniami jak najwięk-

szej liczby dzieci i wyeliminowanie niedoboru witaminy A, na której brak z powodu niedożywienia cierpi w Kamerunie aż 38,8% dzieci od 1 do 5 roku życia.

Niestety, mimo wysiłków Ministerstwa Zdrowia, po 1990 r. nie zanotowano prawie żadnej poprawy. Liczba szczepionych dzieci nie sięgała nawet 50% i dalej istniało zagrożenie zachorowań na podstawowe choroby, objęte programem szczepień. Po wielu analizach i badaniach w roku 1999 opracowano nowy dokument, dotyczący szczepień w Kamerunie. Oto niektóre jego założenia: objąć szczepieniami przynajmniej 80% dzieci od 0 do 11 miesiąca (DTC, VAR, VPO, BCG) i kobiety ciężarne (VAT2+) do roku 2005, zredukować zachorowalność i śmiertelność z powodu odry do 90% do roku 2005, zapewnić sterylność szczepień najpóźniej do roku 2003, wprowadzić nowe szczepionki przeciwko żółtacze typu B w 2005 r. i HIB w 2007 r., wyeliminować tężec u noworodków i kobiet w ciąży do roku 2005 (dopuszczalny jeden przypadek na 1000 urodzeń) i chorobę Heinego-Medina do roku 2008. Krajowy program szczepień obejmuje szczepienia dla dzieci p/gruźlicy, błonicy (dzieci do ukończenia pierwszego roku życia). Tężec najczęściej dotyczy noworodków i kobiet w ciąży. Bardzo często jest spowodowany złymi warunkami higienicznymi przy porodzie. Tężec jest śmiertelny dla noworodków w 100%. Szczepieniami objęte są kobiety ciężarne. Kronika w Bertoua wspomina często o szczepieniach przeciwko chorobie Heinego-Medina – „w listopadzie 1999 r., że rozpoczyna się 3-dniowa akcja szczepień przeciw chorobie Heinego-Medina. Każda przychodnia w Kamerunie jest odpowiedzialna za szczepienie wszystkich dzieci do 5 roku życia, na swoim terenie. Akcja ta jest przeprowadzana w listopadzie i grudniu od kilku lat w całej Afryce, w celu całkowitego zwalczania tej choroby. W ciągu 5 dni „przeczyszczyliśmy” nasz teren, by zaszczepić wszystkie dzieci od 0 do 5 lat (w sumie mamy ich prawie 2000). W 2005 r. mieliśmy dwie dodatkowe akcje szczepień Polio (przeciw chorobie Heinego-Medina). Są one organizowane od siedmiu lat. Zwyczajnie dwa razy w roku. Jednak w tym roku będzie ich co najmniej pięć. W roku 2000 nie było żadnego przypadku tej choroby, a już w 2004 r. czternaścioro dzieci zostało sparaliżowanych. Ostatni przypadek w naszym mieście. Ta praca jest niezwykle uciążliwa, gdyż musimy szukać tych dzieci w domach, na drogach i polach, by każde otrzymało swoją dawkę. Spotykamy się nierzadko z wrogością rodziców, którzy podejrzewają, że w szczepionkach od białych są środki powodujące bezpłodność lub inne choroby” [8]. Kronika z 2009 roku podaje nawet fakt chęci przepędzenia ekipy szczepiącej i wygrazaniu im przez szefa dzielnicy Mokolo II! [8].

Odra – szczepionka VAR i dystrybucja witaminy A dla dzieci począwszy od dziewiątego miesiąca życia.

FIGURE 3 High Rates of Vitamin A and Iron Deficiency Contribute to Lost Lives and Diminished Productivity



Source: 2000 vitamin A data and 2004 anemia data from the WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition.

Szczepienia przeciwko odrze i żółtej febrze wykonuje się jeden raz w życiu, właśnie w dziewiątym miesiącu, jeśli, oczywiście, nic złego się nie dzieje. W 2001 roku wystąpiła wielka epidemia odry. S. Klara już w kwietniu 2002 r. zapowiadała, że w grudniu będą ich czekać dodatkowe szczepienia przeciw odrze, która ciągle tutaj sieje postrach – sporo dzieci przy braku odpowiedniego leczenia z jej powodu umiera. Szczególnie pora sucha bardzo sprzyja wirusom [8].

S. Józefina pisze: „Po tej zeszłorocznej epidemii odry z ogromną umieralnością będziemy szczepić dzieci od 1 do 14 roku życia w grudniu i styczniu. Do tej ogromnej akcji trwają przygotowania od kilku miesięcy. Trzeba przewidzieć liczbę dzieci – kilkanaście tysięcy, aby zmagazynować odpowiednią liczbę sprzętu i szczepionek. Założeniem jest, aby ani jedno dziecko nie zostało pominięte, więc ekipy będą wędrowały od domu do domu, zapuszczając się w najodleglejsze zakątki naszego rejonu. Do wielu miejsc dojść można tylko pieszo, więc nie będzie łatwo” [8]. S. Klara dodaje: „na początku grudnia była przeprowadzona akcja dodatkowych i masowych szczepień – wszystkich dzieci do 15 roku życia – przeciw odrze. Było to 10 dni ciężkiej pracy dla całej służby zdrowia, z „przeczesywaniem” terenu, by kogoś nie pominąć. W naszym rejonie mieliśmy do zaszczepienia przeszło 5 000 dzieci” [8]. Łatwiej poszło z maluchami w przedszkolu. „Nasze dzieci z przedszkola, każda grupa ze swoją nauczycielką były w przychodni na szczepieniu. Przed wyjściem s. Katarzyna przeprowadziła lekcje edukacyjne dotyczące odry i wyjaśniła im, dlaczego muszą być szczepione”. Nie dziwny się, że w następną porę suszy siostry się niepokoiły, co będzie z dziećmi w tym roku... „U nas już od trzech miesięcy pora sucha. Noce są czasami tak zimne, że ludzie śpią w domach przy ogniu, w dzień zaś jest duży upał i tumany kurzu. Taki okres sprzyja chorobom wirusowym. Dotychczas była to pora licznych zachorowań na odrę. Szczególnie w wioskach wiele dzieci umierało – najczęściej z powodu braku wiedzy o leczeniu i zaniedbań rodziców. Czasem przynosili dzieci do przychodni po 2-3 tygodniach choroby, wychudzone, wyniszczone, z tak poważnymi powikłaniami, że już żadne leczenie nie mogło pomóc” [8].

Żółta febra – szczepionka i wyeliminowanie brudnych wód stojących. Szczepieniami objęte są dzieci od 0 do 11 miesięcy (4% populacji) i kobiety ciężarne (5% populacji) [11].

W Afryce największe narażenie na choroby wirusowe występuje na terenach sawannowych, ze względu na pustą przestrzeń, wiatry i kurz. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zdarza się co kilka lat w formie epidemii; wtedy szczepi się całą populację (na przykład w 1998 r.). Na zapalenie opon mózgowych zmarło w dniu 1 stycznia 2009 roku jedno z „dzieci adop-

cyjnych”, dziesięcioletnia Floryda, a tydzień później – dziadek, który ją wychowywał. Ponieważ choroba ta pojawiła się tylko w jednej dzielnicy nie rozprzestrzeniając się dalej, nie można było ogłosić epidemii, aby zaszczepić całą populację. Szczepionka jest płatna a kupić ją można tylko w Instytucie Pasteur’a w stolicy kraju, mimo to jednak s. Józefina kupiła ją i zaszczepiła wszystkie dzieci, personel, siostry i wielu znajomych.

Krajowe dni szczepień (JNV – *journees nationales de vaccination*) są organizowane dwa razy w roku, po jednym tygodniu. Dokument PEV o normach i standardach szczepień w Kamerunie mówi o powszechnej mobilizacji wszystkich służb administracji lokalnej, wszystkich organizacji i ludzi dobrej woli do uświadamiania ludziom, jakie korzyści dają szczepienia, do usuwania wszelkich wątpliwości i przesądów z tym związanych. Całe społeczeństwo angażuje się do szukania dzieci i doprowadzania ich do ekipy medycznej, wykonującej szczepienia. Informacje o tych dniach podawane są także w kościołach.

S. Dominika wspomina: „Od początku grudnia (1992 r.) zaczęliśmy już na dobre pracować w wioskach, przeprowadzając szczepienie dzieci i matek. Na nasze spotkania przychodzi bardzo dużo ludzi. Ks. proboszcz dziwi się i mówi - „Niesłychane – skąd tyle ludzi w wiosce – nigdy nie widziano tyle ludzi! Rzeczywiście. Pierwszą małą wioskę szczepiliśmy od 9.00 rano do 16.00 po południu. Niesamowicie zmęczone wróciliśmy do domu. I tak bywało każdego tygodnia. Później już nam szło szybciej, bo nabrałyśmy wprawy. Po szczepieniu s. Elekta obsługiwała jeszcze chorych. Ludzie jak zwykle nie mają pieniędzy, by opłacać lekarstwa. W zamian za pieniądze przynoszą owoce ziemi: banany, maniok, pataty, arachidy, kukurydzę” [8].

„Wybieramy się na wioskę na szczepienia. Dzisiaj szczepienie przypada w Yoko. Dość spora grupa ludzi nas oczekuje. Przedstawiamy naszej ludności naszą kandydatkę Sylwii oraz oznajmiamy, że dzisiaj ona będzie przeprowadzać animację sanitarną w ich języku. Bardzo pięknie udało się animacja Sylwii. Potem ona zajęła się małymi dziećmi, przeprowadzała katechizację i śpiew, a my szczepiliśmy. W godzinach popołudniowych wróciliśmy do domu. Szczepimy w 5 wioskach. Jest bardzo gorąco, codziennie ponad 30 stopni w cieniu. Topimy się we własnym pocie i ‘przegryzamy’ tumanami kurzu” [8].

Mówiąc o szczepieniach, trzeba rozróżnić dwie ich formy: indywidualne i zbiorowe. W przychodni zdrowia w Garoua Boulai. S. Faustyna w sprawozdaniu z lipca 1994 r. podaje: DT – 989, BCG – 460, Polio – 1360, Tetanos – 576, Rougeole – 475. S. Józefina za rok 2007: DTC – 81, BCG – 176, Odra – 151, VA 1+2 – 395, VA 3,4,5 – 205. S. Klara podaje za rok 2008: BCG – 181, DT – 163, VAR – 144, żółta ospa – 144, polio – 2539 i tytanos – 630.

Niektóre matki bardzo dbają o to, by zaszczepić swoje dzieci i samą siebie w odpowiednim czasie, ale większość po prostu bagatelizuje szczepienia, nie dbając o nie, a skutki są czasem tragiczne. Niestety, zbyt często zdarzają się przypadki zgonów dzieci i dorosłych z powodu chorób, których można było uniknąć. „W lutym, w trakcie szczepień ojciec przynosi nam chore dziecko na odrę, w konającym stanie, aby s. Elekta mogła to dziecko leczyć. Dziecko od czterech dni ma gorączką i nic nie je. Jest bardzo wycieńczone, w ustach jedna rana. Ludzie ukradkiem nam oznajmiają, że ojciec nie szczepił żadnego dziecka, bo twierdzi, że to nic nie pomaga, jak dziecko ma żyć to i tak będzie żyć. Jesteśmy bezradne. Dziecku potrzebna natychmiast kroplówka. Doradzamy ojcu, by natychmiast udał się do szpitala do Bertoua. Niestety, dziecko umiera” [8].

Opieka stomatologiczna

Liczba stomatologów w Kamerunie w 2004 r. wynosiła 147 (wskaźnik 0,01/1000 mieszkańców) [12].

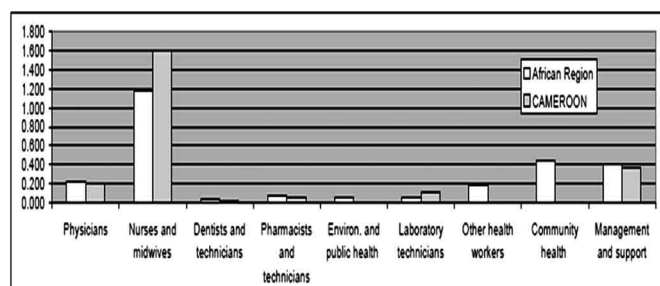
Prawdziwą zmurą misjonarzy regionu był ból zęba. Najbliżej, bo w odległości 150 km, był dentysta (Włoch) w Bouar (Centralna Afryka), ale trudności związane z przekroczeniem granicy odbierały często chęć na wizytę. W samym Kamerunie najbliżej był gabinet w Ngaoundere (260 km) ale nie miał on dobrej sterylizacji narzędzi. Aby nie narażać się na zakażenia, trzeba było jechać aż 600 km do stolicy, Yaounde, ale siostry na ogół nie mogły sobie na to pozwolić, więc ryzykując własnym zdrowiem korzystały z usług dentysty w Ngaoundere.

Sytuacja się zmieniła wraz z przyjazdem s. Klary, która jest technikiem dentystycznym. Biskup van Heygen skłonił s. Klarę do odbycia szkolenia i wrywania zębów, co też uczyniła. Biskup pomógł także w zdobyciu środków na wybudowanie gabinetu dentystycznego [8]. S. Klara, widząc cierpienia ludzi z powodu bólu zębów, zrobiła wszystko, co mogła, aby tym cierpieniom ulżyć. Odbyła staż stomatologiczny w Ngaoundere, po czym zaczęła leczyć zęby misjonarzy, używając

prowizorycznego sprzętu, przywiezionego w walizce z Polski. W 1999 r. do biskupa Jana Ozgi nadeszła przesyłka z fotelem dentystycznym i ten właśnie fotel otrzymała do swojego gabinetu s. Klara. Radość była ogromna, ponieważ do tej pory pacjenci siadali na zwykłym krześle opierając głowę o ścianę. Pacjentami byli przeważnie biali misjonarze, którzy bali się zakażenia wirusem HIV poprzez brudne narzędzia, na co byli narażeni w Ngaoundere. Wiedząc jak bardzo jest potrzebny lekarz stomatolog, który zajmowałby się tylko leczeniem chorych, s. Klara wykorzystała swój urlop w Polsce, by przedstawić tę sprawę siostrze referentce misyjnej i radnej, Beniaminie.

W maju 2000 r. s. Michaela oficjalnie zgłosiła się na wyjazd na misje. Bez wielkiego przygotowania misyjnego czy językowego (znała już bardzo dobrze język angielski i włoski) dołączyła do grona misjonarek w styczniu 2002 r. Najpierw kilka miesięcy przebywała razem z s. Lidią i postulantką Marcelle na istniejącej tego roku placówce Bertoua – Enia i stamtąd dojeżdżała na Mokolo IV, aby powoli przygotowywać swój gabinet. Jednym z pierwszych jej pacjentów już w lutym był sam Arcybiskup, Roger Pirenne. Siostry miały wielki problem z ustawieniem i uruchomieniem sprzętu, bo specjalistę – technika, który się na tym zna, można znaleźć jedynie w stolicy i to wymaga znacznych funduszy. Dopiero w kwietniu 2002 r. została uruchomiona aparatura dentystyczna do borowania zębów a prace przygotowawcze trwały trzy dni. Trzeba było doprowadzić także wodę. Ostatecznie uporało się ze wszystkim do końca kwietnia i już 6 maja gabinet dentystyczny na Mokolo IV otworzył swoje podwoje. Marzenie s. Klary spełniło się... Cztery dni w tygodniu: wtorek, środa, czwartek i piątek od godz. 9.00 do 12.00, s. Michaela pracuje w gabinecie dentystycznym, a w poniedziałki jeździ do więzienia leczyć zęby więźniów. S. Michaela wspomina „Godzina 6:00 rano, zanim zdążyłam wejść do kaplicy na poranną modlitwę, s. Katarzyna mówi mi, że czeka na mnie pacjent. Całą noc nie spał, oczywiście z powodu bólu zęba. Trzeba mu natychmiast pomóc. Na szczęście takich przypadków nie jest dużo i najczęściej chorzy przychodzą w godzinach pracy. Tym razem trzeba było zrezygnować ze wspólnej modlitwy i zakasać rękawy... Po skończonym zabiegu mogę się pomodlić, zjeść śniadanie i przygotować torbę z narzędziami i środkami znieczulającymi. Jest poniedziałek, a zatem mam o godz. 10 przekroczyć bramę więzienia, gdzie przychodzę raz w tygodniu, by zmniejszyć im choć trochę ilość cierpień, których tym ludziom tam nie brakuje. W pozostałe dni tygodnia pracuję w gabinecie, który znajduje się przy naszym ośrodku zdrowia – w dzielnicy Mokolo IV. W więzieniu nie ma praktycznie żadnego wyposażenia stomatologicznego. Co mogę, przynoszę z domu. Pracuję w pomieszczeniu,

Densities of health workers in CAMEROON and in the African Region per 1000 population



Ryc. 5. Źródło WHO [13]

które służy za gabinet lekarski i salę opatrunkową. W poniedziałki lekarz więzienny ma dyżur w miejskim szpitalu, więc gabinet jest do mojej dyspozycji. Pacjenci siadają na ustawionym pod ścianą krzesło, głowę opierając o ścianę. Z konieczności moja pomoc ogranicza się do prostych zabiegów (usuwanie zębów, czyszczenie kamienia). Potrzebujących nie brakuje, często przychodzą po kilka razy. Zazwyczaj przyniesionych narzędzi starcza dla pięciu, sześciu pacjentów. Dziś pierwszą pacjentką była 7-letnia dziewczynka o wdzięcznym imieniu Mirabelle. „Towarzyszy” ona swojej mamie w odbywaniu wyroku, wraz ze swoim 4-letnim braciszkiem. Jest to zresztą zjawisko dość częste w tutejszych więzieniach. Najczęściej wraz z matkami przebywają niemowlęta ze względu na karmienie, ale są też starsze dzieci, którymi rodzina nie może lub nie chce się zaopiekować. Kolejni pacjenci to młodzi mężczyźni i kobiety, tych ostatnich jest mniej. Do wyjątków należą ci, co przekroczyli 30 rok życia. Wielu nie ma nawet 20 lat. Jest to więzienie dla dorosłych. Nieopodal jest też więzienie dla nieletnich. Także stamtąd przyprowadzono kiedyś 16-letniego chłopca, który był skazany za kradzież. Dziś pacjentem był także 22-letni młody człowiek, któremu zęby dosłownie zarosły kamieniem. Od dwóch lat, odkąd przebywa w więzieniu, nie myje zębów – nie miał mu kto kupić szczoteczki. Wielu jest takich, którymi rodzina się nie interesuje, albo nie mają środków, by pomóc lub mieszkają daleko – nieraz w odległych o kilkaset kilometrów częściach Kamerunu, a nawet w sąsiednich krajach. Praca w więzieniu zajmuje mi ok. 3 godzin, czasem dłużej, gdy trafią się bardziej skomplikowane przypadki. Raz nawet trzeba było zabrać więźnia do gabinetu na Mokolo – oczywiście wraz ze strażnikiem – bo okazało się, że jest konieczność usunięcia złamanych korzeni zęba” [8].

Praca dentystyczna to nie tylko leczenie czy wrywanie zębów ale także ich uzupełnianie, czyli protetyka. Temu celowi służyła zbudowana na samym początku protezownia. Część sprzętu siostry dostały

od księdza biskupa Jana Ozgi wraz z fotelem dentystrycznym już w r. 1999 a zbierali go i reperowali członkowie Koła Misyjnego przy katedrze w Rzeszowie. Niestety, sprzęt ten nie był wystarczający do robienia protez. Od listopada 2002 r. s. Józefina rozpoczęła starania o zorganizowanie dojazdów s. Michaeli także do Garoua Boulai. Aby i tutaj otworzyć gabinet, trzeba było znowu kilka miesięcy na zorganizowanie i uruchomienie całej aparatury, niezbędnej do wykonywania przynajmniej podstawowych zabiegów.

W lutym 2005 r. przychodnia zdrowia na Mokolo IV przeżyła niecodzienną sytuację. „W Bertoua gościł Minister Zdrowia – miałyśmy zaszczyt przyjąć go w progach naszej skromnej przychodni. Tutejszym władzom chodziło przede wszystkim o to, by pokazać Ministrowi nasz gabinet dentystyczny, który ma najlepszą renomę w prowincji. Dzieci z parafii i internatu ojca proboszcza przyszły z bębniami i piosenkami, by go ciepło powitać. Minister przyjechał z wielką świtą ok. 30 osób plus radio i TV. Mimo to udało się nam go mile przyjąć i chwilę swobodnie porozmawiać. Deklaruje pragnienie współpracy z prywatną – tj. także katolicką – służbą zdrowia. Za jego czasów w polityce zdrowotnej wiele postąpiło ku lepszemu” [8]. Wizyta ministra zdrowia ośmieliła s. Michaelę, aby już za miesiąc wyruszyć do Yaounde i uzyskać pozwolenie w Ministerstwie Zdrowia na prace w gabinecie dentystycznym. W 2006 roku s. Michaela poszerzyła obręb swojej działalności. W listopadzie tegoż roku rozpoczęła dojazdy do Abong – Mbang’u, raz na dwa miesiące, tak jak do Garoua Boulai.

Całkowite wydatki na zdrowie na osobę w Kamerunie w 2009 r. wynosiły 122 dolary (Polska 1359 dolarów), całkowite wydatki na zdrowie stanowiły 5,6% PKB (Polska 7,1%). Średnia długość życia w Kamerunie, zarówno dla mężczyzn jak i dla kobiet, wynosi 51 lat. [6].

Zainteresowanych pomocą na rzecz poprawy zdrowia publicznego w Kamerunie zachęcamy do kontaktu: e-mail: helenafrackiewicz@gmail.com

Piśmiennictwo / References

1. Klamut M. Uczelnia promująca zdrowie. [w:] Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego. Kawczyńska-Butrym Z (red). CEM, Warszawa 1995: 14.
2. Bik B. Koncepcja promocji zdrowia. [w:] Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. Czupryna A, Poździej S, Ryś A, Włodarczyk W (red). Vesalius, Kraków 2001: 208.
3. World Health Organization: Global strategy for Health for All by the Year 2000, WHO, Geneva, 1981.
4. www.misja-kamerun.pl
5. http://hdr.undp.org/en/media/HDI_2008_EN_Tables.pdf
6. <http://www.who.int/countries/cmr/en/>
7. WHO. <http://infobase.who.int>
8. Kronika Bertoua <http://www.who.int/gho/countries/cmr/en/>
9. <http://apps.who.int/ghodata/?theme=country>
10. Normes et standards du programme elargi de vaccination (PEV). Cameroun. Ministere de la Sante Publique. Janvier 2005
11. Country Health System Fact Sheet 2006 Cameroon, WHO.
12. http://www.who.int/gho/countries/cmr/country_profiles/en/index.html