

Choroby zakaźne w sytuacjach kryzysowych. Część I. Konflikty zbrojne

Infectious diseases in crisis. Part I. Armed conflicts

AGATA WYPYCH-ŚLUSARSKA ^{1/}, ANNA GŁOGOWSKA-GRUSZKA ^{2/}, JOANNA KASZNIĄ-KOCOT ^{1/},
JOLANTA MALINOWSKA-BOROWSKA ^{3/}

^{1/} Zakład Epidemiologii, Katedra Epidemiologii i Biostatystyki, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

^{2/} Zakład Higieny Komunalnej i Nadzoru Sanitarnego, Katedra Toksykologii i Uzależnień, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

^{3/} Zakład Toksykologii i Ochrony Zdrowia w Środowisku Pracy, Katedra Toksykologii i Uzależnień, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Choroby zakaźne nie stanowią dziś tak poważnego problemu jak niegdyś. Wśród głównych przyczyn zgonów dominują obecnie tzw. choroby cywilizacyjne. Fakt ten nie oznacza bynajmniej, że problem chorób zakaźnych jest już sprawą dalekiej przeszłości. W skali globalnej zaobserwować można ciągle przemiany społeczne, polityczne i nierzadko towarzyszące im konflikty zbrojne. Wojny stają się promotorami chorób zakaźnych, które mogą zagrażać nie tylko regionom zapalnym, ale również poprzez procesy globalizacji, obszarom wolnym od konfliktów.

Niniejsza praca przedstawia wybrane przykłady chorób zakaźnych występujących na terenach objętych konfliktami zbrojnymi. Opisano wpływ uwarunkowań politycznych, społecznych i ekonomicznych na warunki życia ludności, konieczność przesiedleń, załamanie się programów profilaktycznych, w szczególności programów szczepień.

Słowa kluczowe: konflikty zbrojne, choroby zakaźne, szczepienia, profilaktyka

Infectious diseases today are not as serious a problem as in the past. Nowadays lifestyle-related diseases are the leading causes of death worldwide. However, infectious diseases still remain a major problem in many countries. Continuous social and political transformations with accompanying armed conflicts can be observed on a global scale. Wars have become initiators of infectious diseases that can shift from primary sources to conflict-free areas by the processes of globalization.

This study presents selected examples of infectious diseases occurring in the areas of armed conflict. The impact of political, social and economic factors on living conditions of the population, resettlement needs and failure of prevention programs, especially the vaccination ones are described.

Key words: armed conflicts, infectious disease, vaccination, prevention

© Hygeia Public Health 2014, 49(2): 181-185

www.h-ph.pl

Nadesłano: 02.06.2014

Zakwalifikowano do druku: 09.06.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Agata Wypych-Ślusarska
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Zakład Epidemiologii,
Katedra Epidemiologii i Biostatystyki,
ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom
tel. 32 3976 543, email: awypych@sum.edu.pl

Wykaz skrótów

DALY (*Disability Adjusted Life-Years* – lata życia skorygowane niesprawnością)

LRA (*Lord Resistance Army* – Armia Bożego Oporu)

Wstęp

Wśród przyczyn zgonów na plan pierwszy wysuwają się choroby cywilizacyjne. W 2011 r. odpowiadały one za 2/3 wszystkich zgonów na świecie [1]. Dane te mogłyby sugerować, iż choroby zakaźne należą już do przeszłości i nie stanowią problemu. Nic jednak bardziej złudnego. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu wraz z wprowadzeniem antybiotyków i szczepionek żywiono nadzieję na całkowitą eliminację chorób

zakaźnych. Obecnie obserwuje się jednak powrót starych i rozwój nowych szczepów bakterii opornych na leczenie [2]. Ponadto globalizacja i związana z nią łatwość przemieszczania się i komunikowania sprzyja szerzeniu się chorób zakaźnych oraz przywlekania chorób tropikalnych, na tereny na których dotychczas nie występowały [3]. Dlatego też w polityce zdrowotnej WHO oraz Komisji Europejskiej choroby zakaźne stawiane są na liście priorytetów zdrowotnych [2].

W skali globalnej choroby zakaźne pozostają drugą przyczyną zgonów, natomiast w krajach rozwijających się znajdują się już na pierwszym miejscu. Ponadto, wraz z przemocą, są one wiodącą przyczyną przedwczesnych zgonów oraz niepełnosprawności [4].

Zmieniająca się sytuacja polityczna, ekonomiczna i społeczna na świecie oraz zmiany środowiskowe, w tym szczególnie klęski żywiołowe również będą sprzyjały rozwojowi chorób zakaźnych. Pomimo ogólnie panującego pokoju, w różnych częściach świata toczą się wojny powodowane głównie przez czynniki etniczno-kulturowe lub religijne. Równie niebezpieczne dla bezpieczeństwa są spory i konflikty nierozwiązane. Najwięcej ognisk spornych zlokalizowanych jest w Afryce oraz na Bliskim Wschodzie. Są to przede wszystkim kraje rozwijające się, gdzie problemy społeczno-ekonomiczne przeplatają się z problemami zdrowotnymi populacji. Wiodącą przyczyną zgonów w tych regionach świata, jaką są choroby zakaźne dodatkowo wzmocniana jest konfliktami zbrojnymi co prowadzi do jeszcze dramatyczniejszych skutków [4]. Chociaż wpływ konfliktów na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych nie jest dostatecznie poznany i wymaga nadal wielu badań, to obecnie nie podważa się jego znaczenia. Wskazuje się m.in., że więcej żołnierzy zmarło z powodu chorób zakaźnych, niż na skutek ran zadanych podczas walki [5]. Dla przykładu w czasie wojen napoleońskich choroby zakaźne odpowiedzialne były za ośmiokrotnie większą liczbę zgonów wśród żołnierzy brytyjskich, niż doznane rany w czasie walk [6]. Choroby zakaźne w takich sytuacjach nie bez powodu zwane są również jako „trzecia armia”. Również wiele przypadków zgonów cywilów w czasie konfliktu zbrojnego może być spowodowana chorobami zakaźnymi [7]. Dodatkowo przymusowe przesiedlenia, migracje, skrajnie niekorzystne warunki mieszkaniowe oraz sanitarno-higieniczne, a także załamanie się programu szczepień potęgują problem. Szacuje się, że w 2000 r. globalne obciążenie chorobami w sytuacji wojny wynosiło 26,1 mln DALY (*Disability Adjusted Life-Years* – lata życia skorygowane niesprawnością), co stanowi 19% globalnego obciążenia chorobami. Znaczenie chorób zakaźnych w kontekście wojny będzie rosło. W rankingu obciążeń zdrowotnych z 16 pozycji w 1990 r. przejdą na pozycję 8 w 2020 r. i wg szacunków stanowiąc będą 41,3 mln DALY [8].

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie częstości występowania chorób zakaźnych w sytuacji konfliktów zbrojnych oraz klęsk żywiołowych na podstawie dostępnej literatury.

Przymusowe przesiedlenia ludności i obozy dla uchodźców

Kiedy mowa o wojnie i jej skutkach zdrowotnych na plan pierwszy wysuwa się liczba zgonów oraz niepełnosprawności związanych z działaniami zbrojnymi. Ale, jak już wspomniano, wojna to również długofalowe konsekwencje. Zniszczona infrastruktura, zaplecze medyczne, ograniczona liczba pracowników służby zdrowia, niestabilność i słabość polityczna państwa często prowadzą do załamania dotychczasowego programu szczepień, a ludność zmuszają do masowych przemieszczeń i gromadzenia się w obozach dla uchodźców. Przeludnione schroniska, skrajne warunki

sanitarno-higieniczne, w tym brak dostępu do czystej wody, niedożywienie, przebywanie w długotrwałym stresie zwiększają ryzyko rozwoju chorób zakaźnych [9]. Toczące się przez wiele lat wojny domowe w Liberii (1989-1996 i 1999-2003) i Sierra Leone (1991-2001) zmusiły blisko milion mieszkańców do szukania schronienia w sąsiednich krajach. Blisko 700 tys. znalazło schronienie w równie niestabilnej politycznie Gwinei. W grudniu 1993 r. w kraju tym odbyły się pierwsze demokratyczne wybory, jednak nie przyniosło to pokoju. Gwineę ciągle nękały próby puczu, powstań i buntu. Sytuacja została zaogniona przez toczące się wojny domowe w sąsiedniej Liberii i Sierra Leone [10]. Łamanie praw człowieka, tortury, gwałty, niewolnicza praca w kopalniach diamentów, z których zyski przekazywane były na zbrojenie rebeliantów przyczyniły się do drugiej fali uchodźców, liczącej ok. pół miliona ludności z obu krajów. Przedstawiona sytuacja polityczna i zawirowania wojenne przyczyniły się do pojawienia się chorób zakaźnych. Fatalne warunki sanitarne były odpowiedzialne za rozprzestrzenienie się populacji gryzoni w opuszczanych wioskach, a następnie wybuch gorączki Lassa. Co prawda, jest to choroba endemiczna w tych regionach, jednak istnieją udokumentowane przypadki wystąpienia jej w obozach dla uchodźców, zlokalizowanych poza obszarami endemicznymi [9, 11]. Przykładowo w 2004 r. wybuch gorączki Lassa w regionie Kenema w Sierra Leone związane było z załamaniem się kontroli zakażeń szpitalnych [12].

Szacuje się, że obciążenie chorobami w obozach dla uchodźców jest podobne do tego, jakie notuje się w krajach rozwijających się [13]. Obecnie ponad 25 państw dotkniętych konfliktami potrzebuje pomocy humanitarnej [14]. Choroby zakaźne wraz z niedożywieniem odpowiadają za 70% wszystkich zgonów. W obozach dla uchodźców obserwuje się zwiększone ryzyko zachorowania na biegunki, zapalenie płuc, malarię. Analiza danych dotyczących stanu zdrowia uchodźców, przebywających w 90 obozach w latach 2006-2010 wykazała, że główną przyczyną umieralności wśród dzieci poniżej 5 roku życia były biegunki, malaria i zapalenie płuc [14]. Te dwie ostatnie choroby odpowiadały za prawie połowę zgonów wśród dzieci. W obozach dla uchodźców, zlokalizowanych w Afryce odnotowano wyższą średnią zapadalność na malarię (84,7/1000 w ciągu miesiąca) niż w Azji (2,2/1000 w ciągu miesiąca). Jednak współczynniki średniej zapadalności na zapalenie płuc i biegunki były wyższe w obozach zlokalizowanych w Azji niż w Afryce (odpowiednio: 254,5/1000 vs. 59,2/1000 oraz 69,2/1000 vs. 35,5/1000) [14].

W kontekście konfliktów zbrojnych, przesiedlenia ludności i obozów dla uchodźców choroby zakaźne będą nadal długo stanowić wiodący problem zdrowia publicznego i wymagać zorganizowanych działań. Liczba osób wysiedlonych z powodu konfliktów jest bowiem najwyższa od 18 lat [15]. Szacuje się, że pod

koniec 2012 r. aż 45,1 mln ludzi zmuszonych było do przesiedleń z powodu wojen, z czego 15,4 mln otrzymało status uchodźcy.

Surowe współczynniki umieralności rejestrowane po przesiedleniach ludności są 60 razy wyższe, niż w czasach pokoju [6]. Aby zmienić tę dramatyczną sytuację wystarczy wprowadzić zintegrowane programy zapobiegania chorobom zakaźnym, np. szczepienia przeciwko odrze, dostęp do czystej wody czy zapewnienie odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych. Doświadczenie pokazuje, że w miejscach, gdzie zabrakło takich działań dochodzi do niewyobrażalnej liczby zgonów, spowodowanych przez przyczyny, którym można zapobiegać. Tak było np. w obozie w mieście Goma (Demokratyczna Republika Konga, dawny Zair), gdzie po wybuchu epidemii cholery i czerwonki w 1994 r. zmarło w ciągu 3 tygodni ponad 12 000 uchodźców z Rwandy [6].

Załamanie się programów szczepień

Przedłużające się wojny i konflikty sprawiają, że nawet po zawarciu pokoju populacje zależne są w dalszej perspektywie od pomocy zagranicznej. Konflikt zbrojny utrudnia i niweluje dotychczasowe wysiłki profilaktyczne. Wojna domowa w Tadżykistanie w latach 1992-1997 spowodowała nawrót malarii, która została już wyeliminowana na początku lat 60. XX w. Przed 1992 r. odnotowano tylko 200-300 przypadków tej choroby. Tocząca się wojna domowa doprowadziła do masowych przesiedleń i pogorszenia się warunków życia ludności. W 1994 r. wybuchła epidemia malarii, a do 1997 r. odnotowano prawie 30 000 przypadków tej choroby, chociaż szacunki wskazywały na 200 000-500 000 [11].

Wojny niosą również ze sobą załamanie się programów profilaktycznych, w tym niezwykle ważnych programów szczepień. Wspomniana już wcześniej dziesięcioletnia wojna w Sierra Leone (1991-2001) spowodowała zniszczenie infrastruktury i utratę wykwalifikowanych pracowników we wszystkich sektorach, w tym opieki zdrowotnej [12]. Do dziś kraj ten pozostaje jednym z najbiedniejszych państw na świecie. Dodatkowo dekada wojny przyczyniła się do załamania programu szczepień ochronnych przeciwko gruźlicy, błonicy, krztuścowi, tężcowi, polio i odrze prowadzonych w tym kraju od 1974 r. Do 1990 r. na każdą z chorób objętych programem zaszczepionych było co najmniej 75% dzieci w wieku od 12 do 23 miesięcy [11]. Efektem prowadzonej profilaktyki drugiego stopnia było zmniejszenie współczynników umieralności niemowląt z 162,3/1000 urodzeń żywych w latach 1985-1987 do 69,9/1000 urodzeń żywych w latach 1988-1989 [11]. Wojna zniwelowała dotychczasowe wysiłki i pod jej koniec odsetek zaszczepionych był niższy niż na początku lat 90. XX w. Pełne, odpowiednie do wieku szczepienia otrzymała tylko połowa dzieci w wieku do lat 3. W grupie dzieci, które urodziły się już podczas zawirowań wojennych

zaobserwowano szczepienia nieodpowiednie do wieku. Co prawda nie zrezygnowano całkowicie z zalecanych szczepień, jednak brakujące lub opóźnione szczepienia mogą stanowić dodatkowe zagrożenie dla dzieci. Ponadto w 2005 r. w Sierra Leone wciąż 282 dzieci na 1000 umierało przed swoimi 5 urodzinami [11].

Wybuch epidemii żółtej gorączki w krajach afrykańskich pod koniec lat 90. XX w. oraz na początku XXI w. związany był z działaniami wojennymi, migracjami ludności oraz przerwaniem programu szczepień [9]. Zachorowania wystąpiły w krajach objętych konfliktami zbrojnymi: Angola, Liberia, Sierra Leone, Wybrzeże Kości Słoniowej, Gwinea oraz Sudan. W Sudanie w 2005 r. epidemia żółtej gorączki spowodowała śmiertelność wynoszącą 25% [18].

Światowy program eradykacji polio, zapoczątkowany w 1988 r. doprowadził do 18-krotnego zmniejszenia liczby zachorowań. W 2001 r. liczba zachorowań na świecie osiągnęła najniższe wartości – 485 przypadków. Niestety, już w następnym roku zaobserwowano wzrost zapadalności, co spowodowane było zaprzestaniem szczepień w niektórych regionach świata [19]. Zdecydowana większość, bo aż 70% przypadków wystąpiła w Nigerii, a następnie rozprzestrzeniła się do Sudanu. Wstrzymanie szczepień związane było z decyzją muzułmańskich przywódców z północnych prowincji Nigerii, którzy twierdzili, że program profilaktyczny jest akcją wymierzoną przez Amerykanów przeciwko całej Afryce, a same szczepionki powodują bezpłodność i przenoszą wirusa HIV [19]. Długotrwały konflikt w Somalii, rozpoczęty w 1991 r. i trwający do dziś, spowodował również zahamowanie w programie eradykacji polio. Jedynie 35% ludności zaszczepione zostało wymaganymi 3 dawkami szczepionki. W 2005 r. w Mogadyszu doszło do wybuchu epidemii, a już we wrześniu 2006 r. 14 z 16 regionów Somali objętych było wirusem [20]. Przypadki polio zanotowano również w nękanym przez przeszło 50 lat wojną domową Sudanie [20-21]. Na początku 2003 r. wybuchł konflikt w Darfurze, określane jako najpoważniejszy kryzys humanitarny naszych czasów. W wyniku konfliktu pomiędzy dwoma armiami rebelianckimi, broniącymi interesów ludności rdzennie afrykańskiej i pochodzenia arabskiego, życie straciło 300 000 ludzi, a niemal 3 mln. zmuszonych było opuścić swoje domostwa [21]. W 2004 r. potwierdzony został przypadek polio w Darfurze, pierwszy w Sudanie od 2001 r. Do stycznia 2005 odnotowano już 105 przypadków [11]. W 2013 r. na południe od Mogadyszu pojawiły się przypadki polio, związane z decyzją radykalnego ugrupowania fundamentalistów islamskich Asz-Szabab. Formalna jednostka Al-Kaidy zabroniła przyjęcia szczepionek przeciwko polio i zaczęła kampanię szerzenia kłamstw o szczepionkach [22].

Akcje bojkotowania szczepień przeciwko polio prowadzone również były w Pakistanie [22]. Dochodziło do gwałtownych ataków, a nawet zabójstw pracowników medycznych. Propagandowe hasła

głosili, że szczepionki służą do sterylizacji Muzułmanów. Najgorszą sytuację zaobserwowano w północnej części Pakistanu, na terenie Terytoriów Plemiennych Administrowanych Federalnie, gdzie szczepienia zostały całkowicie zablokowane. Ten teren zamieszkuje największa w Azji liczba dzieci sparaliżowanych z powodu polio [22]. W październiku 2013 r. zostały potwierdzone przypadki polio w Syrii, w której od 2011 r. toczy się wojna domowa. Były to pierwsze przypadki od 14 lat, co dodatkowo pogorszyło złą sytuację zdrowotną w tym kraju [22].

Działania wojenne a HIV i AIDS

W czasie wojny wzrasta też ryzyko HIV/AIDS, co spowodowane jest brakiem bezpieczeństwa w punktach medycznych, brakiem dostępu do nawet podstawowej opieki medycznej, większym ryzykiem niebezpiecznych kontaktów seksualnych [11]. Wśród przyczyn należy również wymienić brak bezpieczeństwa oraz niezaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych. Wysoka częstość zakażeń HIV w Ugandzie, sięgająca nawet 10% może być efektem wojny domowej toczony przez ponad dwie dekady, pomiędzy rządem Ugandy a Armią Bożego Oporu (*Lord Resistance Army, LRA*) [23-25]. W trakcie konfliktu ludność cywilna padła ofiarą zabójstw, przemocy seksualnej oraz przymusowych przemieszczeń. Masowo uprowadzane dzieci stawały się wojownikami, przymusowymi robotnikami oraz niewolnikami seksualnymi [25]. Szacuje się, że aż 66 000 młodych ludzi w wieku od 14 do 30 lat zostało uprowadzonych przez LRA w trakcie konfliktu. Zbrodnie wojenne oraz wszelkie przejawy łamania praw człowieka pozostawiły całe pokolenia w szoku oraz stanowiły podwyższone ryzyko zarażenia się wirusem HIV [25]. Przeprowadzone w Ugandzie w 2008 r. badanie focusowe wykazało jednak, że HIV i AIDS, pomimo iż są uważane za ważny problemem, nie stanowią dla ludności kraju priorytetu [24]. Na plan pierwszy wysuwają się bowiem kwestie takie, jak: woda, jedzenie, leczenie, odpowiednie warunki sanitarno-higieniczne, a dopiero potem problem zakażeń wirusem HIV i AIDS, które postrzegane są jako problem przyszłości, niewymagający natychmiastowego rozwiązania.

W porównaniu do głodu, HIV i AIDS nie zabijają od razu. Większość uczestników zgodziła się z twierdzeniem, że wojna domowa i niepewność, jaka jest z nią związana, przyczyniły się do szybszego rozprzestrzenienia się HIV. W wyniku wojny bowiem wielu ludzi straciło swój majątek i podstawy do życia, co zmusiło niektórych do przyjęcia ryzykownych strategii radzenia sobie w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Te strategie to: seks dla pieniędzy w celu zdobycia pożywienia dla siebie i dzieci, małżeństwa młodych dziewcząt, faworyzowanie tych, którzy mieli pieniądze [24].

Badania wskazują, że wojna sprzyja rozpowszechnieniu ryzykowanych zachowań seksualnych, które w efekcie mogą przekładać się na zwiększoną częstość

występowania HIV i AIDS [26-28]. Inne badanie przeprowadzone w Ugandzie w 2009 r. dowiodło, iż długotrwały konflikt zaburzył struktury państwa oraz wpłynął na redefinicję wartości i zachowań moralnych [28]. Słabość polityczna i gospodarcza państwa nie pozostała bez wpływu na wiele rodzin. W efekcie konflikt stał się katalizatorem dezintegracji społecznej i osłabienia kontroli, również w aspekcie zachowań seksualnych. Większa skłonność do przemocy i zachowań patologicznych, widoczna szczególnie wśród mężczyzn, wiązała się również ze skłonnością do nadużyć seksualnych. W krajach afrykańskich wykorzystywanie pozycji społecznej przez mężczyzn i zmuszanie kobiet do kontaktów seksualnych nierzadko staje się smutną normą. W czasie konfliktu dochodzi też do praktykowania zachowań seksualnych w celu przetrwania. Na tego typu zachowania zgadzają się kobiety, które zmuszone są do prostytucji w związku z dramatyczną sytuacją bytową bądź w celu zachowania życia swojego i swojej rodziny. Dodatkowo w Ugandzie kobiety narażone były na gwałty ze strony młodych chłopców (dzieci-żołnierzy), którzy zrekrutowani do LRA zmuszani byli do praktykowania przemocy i gwałtów jako części szkolenia wojskowego [29].

Superview i wsp. zastosowali matematyczny model do oszacowania wpływu gwałtów na częstość występowania zakażeń HIV w Afryce Subsaharyjskiej [30]. Pod uwagę wzięto siedem krajów, które ogarnięte były konfliktami zbrojnymi: Burundi, Demokratyczna Republika Kongo, Rwanda, Sierra Leone, Somalia, Południowy Sudan i Uganda. Wyniki analizy wykazały, że masowe gwałty mogą powodować nawet 100 000 zakażeń HIV rocznie, jednak liczba nowych przypadków różni się pomiędzy poszczególnymi krajami: stosunkowo niskie wskaźniki zakażeń HIV odnotowano w Somalii i Sierra Leone, przeciętne w Burundi, Rwandzie i Południowym Sudanie, natomiast w Ugandzie i Demokratycznej Republice Kongo najwyższe. W skrajnych przypadkach w tych ostatnich krajach rocznie może zostać zakażonych odpowiednio 20 000 i 10 000 kobiet i dziewcząt.

Temat konfliktów wojennych i ich powiązania z HIV/AIDS jest dość obszerny i wymaga osobnej uwagi. Niemniej jednak przeprowadzone badania wskazują jednoznacznie, iż odbudowa kraju po konflikcie musi skupić się również na restrukturyzacji wartości moralnych, więzi społecznych i lokalnych, odbudowie zaufania na poziomie społecznym i jednostkowym.

Podsumowanie

Powszechnie wiadomo, że sytuacja wojny niekorzystnie wpływa na stan zdrowia populacji. Zależność ta jest jednak bardziej złożona. To nie tylko straty spowodowane niepełnosprawnością, zgonami, czy chorobami zakaźnymi, ale także obciążenia sięgające społeczno-ekonomicznych aspektów funkcjonowania

państw. Wydawać by się mogło, że temat wojny i ich wpływu na stan zdrowia ludności, a także występowania chorób zakaźnych w pełny sposób pokazuje oddziaływanie środowiska społecznego na kształtowanie profilu zdrowotnego populacji. Wojny wyzwalają i stają się promotorami chorób zakaźnych, ale to złe warunki higieniczne, zniszczona infrastruktura, brak i trudność w dostępie do opieki medycznej, a także konieczność przesiedleń i migracji utrwalają niekorzystne warunki i pośrednio przekładają się na współczynniki zapadalności oraz umieralności. Wszechobecna przemoc, bezpośrednie zagrożenie dla życia są czynnikami, które w znacznym stopniu ograniczają lub wręcz uniemoż-

liwiają niesienie pomocy dla poszkodowanych czy też stosowanie odpowiedniej profilaktyki w celu ograniczenia transmisji zakażeń. Wystąpienie chorób zakaźnych na terenach konfliktów zbrojnych niesie ze sobą realne ryzyko rozprzestrzenienia się zakażeń na inne części świata. Dlatego niezwykle istotna i ważna jest pomoc międzynarodowa, bez której często zrujnowane długoletnimi wojnami kraje nie są w stanie szybko odbudować swojej infrastruktury i zaplecza medycznego.

Przedstawione fakty wskazują, że nierzadko społeczno-ekonomiczne czynniki mają większy wpływ na choroby zakaźne niż same uwarunkowania środowiskowe.

Piśmiennictwo / References

- World Health Organization. The top 10 causes of death. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html> (30.12.2013).
- Zieliński A. Znaczenie chorób zakaźnych w problematyce zdrowia publicznego w zjednoczonej Europie. *Prz Epidemiol* 2006, 60: 857-859.
- Mirski T, Bartoszcze M, Bielawska-Drózd A. Globalizacja a choroby zakaźne. *Prz Epidemiol* 2011, 65: 649-655.
- Foege WH. Arms and public health: a global perspective. [in:] Levy BS, Sidel VW (ed). *War and Public Health*. Am Publ Health Assoc, Washington 2000: 3-11.
- Furst T, Raso G, et al. Dynamics of Socioeconomic Risk Factors for Neglected Tropical Diseases and Malaria in an Armed Conflict. *PLoS Negl Trop Dis* 2009, 3(9): e513.
- Connolly MA, Heymann DL. Deadly comrades: war and infectious diseases. *Lancet*, 2002, 360(suppl): 23-24.
- Garfield RM, Neugut AI. The human consequences of war. [in:] *War and Public Health*. Levy BS, Sidel VW (ed). Am Publ Health Assoc, Washington 2000: 27-38.
- Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and Projected to 2020. WHO, Geneva 1996: 1-990.
- Gayer M, Legros D, et al. Conflict and emerging infectious diseases. *Emerg Infect Dis* 2007, 13: 1625-1631.
- Hryniewicka M. Diamentowe konflikty – Liberia i Sierra Leone. <http://www.psz.pl/tekst-2233/Diamentowe-konflikty-Liberia-i-Sierra-Leone> (14.03.2014).
- Senesie C, Gage GN, von Elm E. Delays in childhood immunization in a conflict area: a study from Sierra Leone during civil war. *Confl Health* 2007, 1: 14.
- Lemeshow S, Robinson D. Surveys to measure programme coverage and impact: a review of the methodology used by the Expanded Programme on Immunization. *World Health Stat Q* 1985, 38: 65-75.
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003, 361: 2226-2234.
- Hershey CL, Doocy S, et al. Incidence and risk factors for malaria, pneumonia and diarrhea in children under 5 in UNHCR refugee camps: A retrospective study. *Confl Health* 2011, 5: 24.
- The Millennium Development Goals Report. We can end poverty 2015. UN, NY 2013: 5-13.
- World malaria situation in 1994. *WHO Wkly Epidemiol Rec* 1997, 72: 285-92.
- Government of Sierra Leone Ministry of Health and Sanitation: Expanded Programme on Immunization. Financial Sustainability Plan. http://www.who.int/immunization_financing/countries/sle/sierraleone_fsp.pdf (04.03.2014).
- Yellow fever situation in Africa and South America in 2004. *WHO Wkly Epidemiol Rec* 2005, 80: 250-6.
- Nigeryjscy Muzułmanie przeciwko szczepieniom. <http://www.mp.pl/kurier/16193> (14.03.2014).
- Poliomyelitis, Ethiopia and Somalia. *WHO Wkly Epidemiol Rec* 2006, 81: 349-56.
- Konflikt w Darfurze – najpoważniejszy kryzys humanitarny naszych czasów. Dokument opracowany przez Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie, 2011. <http://www.unic.un.org/pl/sudan/index.php?news=2213> (14.03.2014).
- Razum O, Muller O. Polio eradication – where are we now? *Lancet* 2013, 14: 1381.
- Government of Uganda-UNGASS Country progress report January 2006-December 2007 Kampala: Uganda AIDS Commission, Kampala Uganda 2008.
- Rujumba J, Kwiringira J. Interface of culture, insecurity and HIV and AIDS: Lessons from displaced communities in Pader District, Northern Uganda. *Confl Health* 2010, 4: 18.
- Patel S, Schechter MT, et al. Comparison of HIV-related vulnerabilities between former child soldiers and children never abducted by the LRA in northern Uganda. *Confl Health* 2013, 7:17.
- Foster G, Williamson J. A review of current literature on the impact of HIV/AIDS on children in sub-Saharan Africa. *AIDS (London)* 2000, (Suppl 3): S275-84.
- Khaw AJ, Salama P, et al. HIV risk and prevention in emergency-affected populations: a review. *Disasters* 2000, 24: 181-97.
- Muhwezi W, Kinyanda E, et al. Vulnerability to high risk sexual behaviour (HRSB) following exposure to war trauma as seen in postconflict communities in eastern Uganda: a qualitative study. *Confl Health* 2011, 5: 22.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team on Gender and HIV/AIDS. HIV/AIDS and Gender: Fact Sheet Overview: HIV/AIDS, Gender and Conflict Situations, Chapter 7. <http://www.unfpa.org/hiv/docs/rp/factsheets.pdf>
- Supervie V, Halima Y, Blower S. Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries. *AIDS* 2010, 24(18): 2841-2847.