

Farmacja i pomoc medyczna w Etiopii

Pharmacy and medical aid in Ethiopia

Anna Stachowiak

Studenckie Koło Naukowe Farmacji Klinicznej, Katedra i Zakład Farmacji Klinicznej i Biofarmacji, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu . Opiekun Koła Naukowego: dr hab. n. farm. Edyta Szalek

Streszczenie

Ideą pomocy humanitarnej w krajach Trzeciego Świata jest niesienie pomocy ludziom, którzy ze względów ekonomicznych, katastrof, czy wojen, nie mają dostępu do podstawowej opieki medycznej, edukacji, czy godnego życia. Wolontariat medyczny, który podjęłam jako studentka farmacji w ośrodku Matki Teresy z Kalkuty w południowej Etiopii pozwolił na przegląd lekowy tamtejszej placówki, podniesienie poziomu świadczonej opieki medycznej oraz zaopatrzenie jej w specjalistyczne leki i sprzęt medyczny przywieziony z Polski. Przegląd lekowy w ośrodku polegał na sprawdzeniu leków pod kątem ich dat ważności, warunków przechowywania, dawkowania oraz tłumaczeniu pozostałych informacji z ulotki z innych języków na angielski, pogrupowaniu ich działania oraz wytłumaczeniu ich wskazań. Należało tak opisać (oznaczyć) leki, aby personel mógł poprawnie prowadzić farmakoterapię. Wyjazd był też weryfikacją zdobytej wiedzy podczas studiów oraz możliwością na jej pogłębienie w zakresie farmacji szpitalnej, uwzględniając warunki tropikalne. Farmaceuta w krajach Afryki musi posiadać szczegółową wiedzę na temat chorób tropikalnych i metod ich leczenia oraz uwzględniać dostępne leki. Dział produkcji leków w Etiopii wymaga wdrożenia procedur Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP) oraz monitorowania ich dystrybucji w kraju. (*Farm Współ 2016; 9: 183-188*)

Słowa kluczowe: misja, wolontariusz, Etiopia, farmacja

Summary

The purpose of humanitarian aid in Third World countries is to help people who don't have to access to basic health care, education and are deprived of human dignity, because of economic problems, disasters or wars. Medical volunteer program which I took part as a pharmacy student in Mother Teresa of Calcutta facility in southern Ethiopia allowed for the review of the drug list, increasing the level of medical care and supplies with specialized drugs and medical equipment brought from Poland. The review of drugs list consisted of check their expiration dates, storage conditions, correct dosages and focus on translating other leaflet information from foreign languages to English, making special groups of one kind of medicines and explaining their medical indications. It was necessary to describe (sign) drugs in the way that staff could properly take care of pharmacotherapy. The mission was also a chance to verify the knowledge acquired at university and the opportunity to gain more expertise in hospital pharmacy in tropical conditions. The pharmacist in African countries has to be knowledgeable about diseases and treatment methods which take into account available medicines. Drug production sector in Ethiopia requires implementation of Good Manufacturing Practise (GMP) and monitoring of their distribution. (*Farm Współ 2016; 9: 183-188*)

Keywords: mission, volunteer, Ethiopia, pharmacy

Etiopia to kraj położony we wschodniej części Czarnego Łądu, tzw. Róg Afryki. Uważany jest za jeden z najbiedniejszych państw na świecie, ze względów ekonomicznych oraz panujących sezonowo suszy, które są przyczyną głodu i chorób. W ciągu ostatnich dwóch dekad rząd etiopski wprowadził regulacje mające na celu zmniejszenie ubóstwa i poprawienie jakości życia obywateli. Kierując się Milenijnymi Celami ONZ oraz polityką biorącą pod uwagę szczególnie potrzeby ubogich, sektor zdrowia wdrożył wielokierunkowe inicjatywy mające poprawę opieki medycznej w Etiopii, w których również szczególne miejsce zajmuje dział farmacji [1].

Jako studentka IV roku farmacji miałam możliwość w roku akademickim 2015/16 wyjazdu na krótkoterminowy wolontariat misyjny, którego celem była pomoc medyczna w ośrodku dla chorych i cierpiących, prowadzonym przez Siostry Misjonarki Miłości, założone przez św. Matkę Teresę z Kalkuty. Przez ponad miesiąc służyłam swoimi siłami i wiedzą oraz otwartym sercem w placówce medycznej w Awassie na południu Etiopii.

Zostałam wysłana do Afryki przez Koło Naukowe – Akademickie Koło Misjologiczne (AKM) przy Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, które zrzesza studentów wszystkich uczelni poznańskich, a którego opiekunem jest ks. dr Szymon Stułkowski. Członkowie Koła w ciągu roku akademickiego uczestniczą w kongresach misyjnych i festiwalach naukowych oraz mówią o misjach na uczelniach, szkołach itp., rozpalając misyjnego ducha i uświadamiając wielką potrzebę jedności, solidarności międzynarodowej i pomocy humanitarnej. Studenci mają również możliwość wyjazdu na tzw. doświadczenia misyjne do różnych zakątków świata, na których mogą poznać z bliska pracę misjonarzy, a na których ja miałam okazję być już trzykrotnie.

Wolontariat medyczny

We współpracy Akademickiego Koła Misjologicznego przy UAM oraz SKN TROPIK przy Katedrze Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UMP pojechałam latem 2015 roku jako studentka farmacji do etiopskiego ośrodka dla chorych, w którym przebywało ponad 400 chorych tylko z jednym pielęgniarzem i fizjoterapeutą oraz pięcioma Siostrami wykonującymi czynności pielęgniarstwa, bez żadnego lekarza. Pojedynczy chorzy mieli możliwość wyjazdu do pobliskiego szpitala na podstawowe badania lekarskie w ciągu pobytu w ośrodku.

Siostry Misjonarki założyły ten ośrodek dla Etiopczyków, którzy są bezdomni lub nie mają warunków na wyleczenie w swoich wioskach albo są odrzuceni przez rodziny. W Etiopii duży odsetek społeczeństwa koczuje na ulicach, gdzie panujące złe warunki sanitarne nie pozwalają na całkowite wyleczenie [2]. W placówce bezpłatną pomoc otrzymują chorzy głównie na choroby zakaźne takie jak gruźlicę (również pozapłucną) i dur brzuszny, a także na chorobę głodową, cierpiący na zaburzenia ruchowe i psychiczne, malarię, AIDS oraz choroby pasożytnicze układu pokarmowego. Mają oni dostęp do leków, pomocy pielęgniarstwa, wody i łazienki oraz opieki duchowej bez względu na wyznawaną wiarę, a przede wszystkim jest to miejsce do godnej śmierci. Chorzy są często wykluczani ze społeczeństwa, a zatem wyzdrowienie jest dla nich jedyną nadzieją i szansą na powrót do normalnego funkcjonowania w danej społeczności i rodzinie.

Co studentka po połowie studiów może robić w takim miejscu? Nasz projekt nosił nazwę „Opatrunek Miłości”, bowiem nie tylko lekarstwami i medycyną można uleczyć człowieka. Na tym oparłam swój wyjazd do Afryki. Podczas pobytu w ośrodku połowę dnia spędzałam na pomocy medycznej, a drugą część na nauce angielskiego i podniesieniu poziomu koordynacji ruchowej dzieci oraz opiece nad pacjentami paliatywnymi lub będącymi w depresji.

Moja rola polegała na przygotowywaniu leków na poszczególne oddziały oraz rozdysponowaniu ich zgodnie z zaleceniami, które mieli poszczególni pacjenci. Wszystko odbywało się pod czujnym okiem pracownika ośrodka. Moim zadaniem było też tłumaczenie wskazań i użycia leków, które przybyły z zagranicy, a których działania nie znano. Często wykonywałam czynności pielęgniarstwa przy pacjentach, przygotowywałam leki do infuzji, kroplówek, czy inne zestawy lekowe oraz przeprowadzałam szybkie testy do diagnostyki np. malarii. Nierzadko uświadamiałam również personel ośrodka o interakcjach lekowych, użyciu sprzętu fizjoterapeutycznego przy określonych schorzeniach przy współpracy ze studentką fizjoterapii, która przybyła ze mną do Etiopii. Przypominałam również zasady opatrywania ran (szczególnie odleżyn, oparzeń), które ze względu na brak odpowiednich materiałów opatrunkowych niejednokrotnie odbiegały od standardów przyjętych w naszej służbie zdrowia. Ze względu na dużą liczbę chorych, a małą liczbę personelu medycznego w ośrodku i ograniczone ilości wyrobów medycznych,

pacjentom zmieniane są opatrunki czasem co parę dni i maściami, których substancje czynne nie są tam znane. Wiąże się to z dużym prawdopodobieństwem nieskuteczności farmakoterapii, a wręcz jej błędami. Niestety jest to wynikiem napływu dużej ilości leków z zagranicy, które nie są znane tutejszym pielęgniarkom oraz opatrywaniem ran przez przypadkowe osoby. Głównymi przyczynami zmian skórnych są oparzenia, szczególnie u dzieci, ponieważ w tradycyjnych etiopskich domostwach na środku jest palenisko, które nie jest odpowiednio zabezpieczone.

Wiedza ze studiów „zderzyła” się z realnymi zasobami lekowymi Trzeciego Świata oraz zwyczajami i wiedzą personelu ośrodka. Choroby nowotworowe nie są tam w większości diagnozowane. Pacjent jest leczony tylko objawowo. Dzięki znajomości podstaw narządu ruchu oraz pomocy fizjoterapeutki pomagałam również w rehabilitacji ludzi niepełnosprawnych,



Zdjęcie 1. Wolontariuszka podczas pobytu w ośrodku Matki Teresy w Awassie

Photo 1. Volunteer during her stay in Mother Teresa hospital in Awassa

którzy są w Etiopii zazwyczaj odrzuceni na margines społeczeństwa. Szkoliłam również personel medyczny, który stanowią głównie Siostry, obsługi przywiezionych przez nas glukometrów, ciśnieniomierzy i specjalistycznych termometrów dla dzieci.

Obowiązywały mnie również podstawowe czynności każdego wolontariusza, czyli bycie z potrzebującymi, które opierało się na karmieniu chorych, pomocy w codziennych czynnościach przy praniu, sprzątanii, spędzanie czasu na zabawach edukacyjnych z dziećmi, wyjazdy do szpitali. To te czynności zbliżały do pacjentów i pozwalały na dowiedzeniu się dlaczego dany człowiek został wygnany na margines społeczeństwa. Aby skrócić dystans między pacjentami, a wolontariuszami, nosiliśmy kolorowe fartuchy, ponieważ biały kitel noszony przez nie tylko lekarzy i pielęgniarki, ale również etiopskich nauczycieli w szkołach podstawowych i średnich, wiąże się z poczuciem wyższej klasy społecznej. Najważniejszą częścią pobytu nie było jednak przekazanie wiedzy medycznej, ale bycie z drugim człowiekiem i zauważenie jego potrzeb.

Epidemiologia

W czasie pobytu w Awassie jako pomoc humanitarna napotkałam choroby, które w Polsce nie występują z tak dużą częstotliwością lub są niespotykane w ogóle ze względu na różnice klimatyczne. Ich epidemiologię przedstawiam poniżej. Znajomość wybranych jednostek chorobowych jest bezwzględnie konieczna podczas medycznej podróży w tropikalne rejonny świata.

Przygotowania

Do wyjazdu na wolontariat medyczny przygotowałam się wieloaspektowo. Najważniejsze są oczywiście szczepienia, które wykonałam i konsultowałam w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu. Obejmowały one zalecane szczepionki m.in przeciw żółtej gorączce oraz polio, WZW A, durowi brzuszemu, cholery, meningokokom oraz wściekliźnie. Cennym źródłem wskazówek medycznych oraz opieki medycznej było SKN TROPIK przy Katedrze Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych UMP. Uczęszczałam też na szkolenia do hospicjum z zakresu opieki nad pacjentami paliatywnymi oraz psychologii, aby dobrze przygotować się do pracy z nieuleczalnie chorymi zarówno pod względem fizycznym jak i psychicznym oraz organizowałam własne spotkania z pielęgniarkami, które uczyły mnie obsługi sprzętu medycznego. Nie obyło się również bez profilaktyki

Tabela I. Przykłady chorób i ich epidemiologia [2-7]

Table I. Examples of diseases and their epidemiology [2-7]

NAZWA CHOROBA	CHARAKTERYSTYKA	EPIDEMIOLOGIA
malaria, zimnica (łac. <i>malaria</i>)	Pasożytnicza choroba, której wektorem są komary z rodzaju <i>Anopheles</i> (żywiciel ostateczny). Żywicielem pośrednim jest człowiek. Jest wywoływana przez zarodźce – gatunki <i>Plasmodium</i> (<i>P. falciparum</i> , <i>P. vivax</i> , <i>P. malariae</i> , <i>P. ovale</i> , <i>P. knowlesi</i>).	Najczęstsza choroba tropikalna – <i>P. falciparum</i> odpowiedzialne jest za większość przypadków zachorowań. Według WHO malaria obejmuje regiony Afryki (82%), poł.-wsch. Azji i wsch. rejonów Morza Śródziemnego oraz Ameryki Południowej. Istnieje zagrożenie rozszerzenia terenów malarycznych ze względu na globalne ocieplenie klimatu.
dur brzuszny, tyfus (łac. <i>typhus abdominalis</i>)	Ostra choroba zakaźna wywołana przez bakterie <i>Salmonella enterica serotyp Typhi</i> . Do zakażenia dochodzi głównie w miejscach o obniżonych warunkach sanitarnych i braku higieny, w wyniku spożycia zanieczyszczonej wody, żywności lub kontaktu z nosicielem/osobą zakażoną.	Występuje na całym świecie, szczególnie w rejonach ogarniętych biedą, głównie w Afryce oraz rejonach Azji i Ameryce Łacińskiej.
gruźlica (TB, łac. <i>tuberculosis</i>)	Choroba zakaźna wywołana przez prątki gruźlicy <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . Najbardziej rozpowszechnioną formą jest gruźlica płuc, aczkolwiek istnieją również formy pozapłucne.	Zachorowalność na TB obecnie spada. Pozostaje ona wysoka u osób z grupy ryzyka. Większość zachorowań przypada na Azję (56%), w tym głównie Chiny i Indie oraz Afrykę (29%) – według Global Tuberculosis Report WHO 2014.
żółta gorączka (łac. <i>febris flava</i>)	Ostra choroba wirusowa powodowana przez tzw. flawiowirusy. Przenoszona na ludzi przez zainfekowane komary.	Wg danych z maja 2016r: 34 kraje Afryki i 13 krajów Ameryki Środkowej i Południowej są uważane za endemiczne. Najlepszą profilaktyką jest szczepionka oraz unikanie ugryzienia przez komary.
AIDS (ang. <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>)	AIDS to zespół nabytego upośledzenia odporności, choroba wynikająca z ostatniego stadium zakażenia wirusem HIV (ang. <i>human immunodeficiency virus</i>). Rezerwuarem jest człowiek, a do zakażenia dochodzi w wyniku kontaktu krwi osoby zakażonej z krwią lub błoną śluzową osoby niezakażonej.	Odsetek ludzi zakażonych zależy od kraju, jednak największy jest w Afryce Subsaharyjskiej i Azji. Do końca 2015 roku na świecie zanotowano ok. 36,7 mln zachorowań wirusem HIV, a 46% z nich otrzymało leczenie antyretrowirusowe (ARV). Zmniejszenie rozprzestrzeniania się wirusa HIV jest nadal ważnym celem Światowej Organizacji Zdrowia.

przeciwmalarycznej (moskitiery, repelenty, chemioterapia przeciwmalaryczna) oraz zabranii ze sobą wszelkich potrzebnych w tropiku leków np. na schorzenia przewodu pokarmowego i skórne.

Będąc prezesem w Kole Misyjnym AKM miałam okazję uczestniczyć przez kilka lat w dużej ilości spotkań dla świeckich misjonarzy oraz spotykać się z misjonarzami, którzy są bezcenną kopalnią doświadczenia życia w warunkach afrykańskich. Jadąc na misję trzeba dowiedzieć się jak najwięcej o klimacie, panujących zwyczajach i kulturze rejonu, w który się udajemy, bowiem wiedza ta jest potrzebna do stworzenia relacji ze spotkanymi pacjentami oraz zrozumienia tradycyjnych, a niekiedy nawet szamańskich metod leczenia.

Farmacja w Etiopii

Liczba farmaceutów w Etiopii nie jest wystarczająca w porównaniu z potrzebami mieszkańców. Nad obrotem leków w kraju czuwała powołana w rozporządzeniu z 1999 roku niezależna instytucja zwana DACA (ang. *Ethiopian Drug Administration and Control Authority*), która została przekształcona w 2009 roku w jednostkę kontrolującą również obrót żywności oraz opiekę medyczną, tzw. EFMHACA (ang. *Food, Medicine and Health Care Administration and Control Authority*) [8]. Jak wynika z przeprowadzanych badań, regulacje i procedury Dobrej Praktyki Wytwarzania GMP (ang. *Good Manufacturing Practise*) nie są

w Etiopii w pełni realizowane w porównaniu z innymi krajami Afryki Subsaharyjskiej [9]. Nieuregulowany rynek leków stanowi zagrożenie dla funkcjonującej służby zdrowia i pacjentów [10]. Leki docierają do kraju dwiema drogami: legalną, która jest akceptowana przez agencje rządowe oraz nielegalną, którą przywożone są do kraju głównie leki fałszywe. Rozwój sektora transportu w krajach afrykańskich wiąże się również ze wzrostem cyrkulacji leku oryginalnego, jak i leków fałszywych [8]. Z moich obserwacji wnioskuję, że apteki szpitalne wydają pacjentom leki, co do liczby kuracji zapisanych przez lekarza, nigdy nie w większej ilości. Zauważyłam, że w aptekach otwartych oraz szpitalnych kilku dużych szpitali, w których byłam, dostęp do podstawowych leków jest wystarczający (nie uwzględniam cen leków) oraz warunki ich przechowywania i magazynowania są porównywalne z europejskimi. Równie dobrze wyposażone jest laboratorium analityczne. Problem z dostępnością leków zaczyna się wtedy, kiedy trwają epidemie lub trwa susza, w czasie której najbardziej cierpią dzieci, trafiające później z chorobą głodową do szpitala. Skuteczne zablokowanie wejścia fałszywych leków na etiopski rynek oraz zmniejszenie marnotrawstwa leków poprzez wydawanie odliczonej ilości leków pacjentom poprawiły jakość opieki zdrowotnej i osiągalność leków. W 2013 roku dostępność podstawowych leków w placówkach zdrowia publicznego w Etiopii sięgała 76%, a średnia cena leków generycznych w 2014 roku znacznie się zmniejszyła, co wpłynęło korzystnie na farmakoterapię szczególnie ubogiej części społeczeństwa [1].

Cele Projektu Milenijnego ONZ (MDG, ang. *Millennium Development Goals*) oprócz zlikwidowania o połowę skrajnego ubóstwa i głodu zakładały również zmniejszenie śmiertelności dzieci poniżej piątego roku życia o dwie trzecie do 2015 roku w porównaniu z rokiem 1990 [11]. Mimo zmniejszenia globalnego poziomu śmiertelności, wskaźnik ten utrzymuje się w Etiopii nadal na wysokim poziomie - śmierć 16 000 dzieci poniżej 5 roku życia dziennie [12]. W tym kraju nastąpił jednak spadek o 71% z 205 zgonów na 1000 urodzeń w 1990 do 59 zgonów na 1000 urodzeń w 2015 [13,14].

Podsumowanie

Wyjazd do ośrodka medycznego na inny kontynent zmienia spojrzenie na realne zasoby medyczne istniejące na świecie oraz uświadamia o różnicach w opiece medycznej. Misje pozwoliły mi zweryfikować wiedzę oraz położyć nacisk na obszary farmacji szpitalnej, na których muszę się skupić podczas dalszych lat nauki, biorąc pod uwagę dalsze pragnienia niesienia pomocy humanitarnej. Opieka farmaceutyczna wśród chorych i kontakt z pacjentem, to działy, z którymi nie miałam dużo do czynienia podczas dotychczasowych studiów, zatem w Awassie mogłam te braki w dużym zakresie nadgonić, przechodząc m.in. przez trudne na początku bariery językowe. Przekazując swoją wiedzę na temat farmakoterapii, tak naprawdę często to ja uczyłam się szybkiego reagowania na zaistniałe afrykańskie sytuacje w szpitalu.

Dzięki zbiorce darów podczas projektu „Opatrunek Miłości” do ośrodka w Awassie udało się przesłać ok. 300 kg opatrunków i lekarstw, których potrzebują tamtejsi chorzy.

Wolontariat i służba innym to też dobra okazja do poznania samego siebie, swoich predyspozycji, możliwości i charakteru. Zatem warto w studenckim lub późniejszym okresie swojego życia wyruszyć i poznać nie tylko siebie, ale również dać „coś” z siebie innym, otrzymując tak naprawdę stokroć więcej, czego przykładem jest lekarka śp. dr Wanda Błęńska, absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, która spędziła kilkadziesiąt lat w Ugandzie, lecząc chorych na trąd.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak / None

Adres do korespondencji:

✉ Anna Stachowiak

Studenckie Koło Naukowe Farmacji Klinicznej
Katedra i Zakład Farmacji Klinicznej i Biofarmacji,
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

☎ (+48 61) 886 78 53

✉ stachowiak.an@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Admasu K, Balcha T, Ghebreyesus T. Pro-poor pathway towards universal health coverage: lessons from Ethiopia. *J Glob Health*. 2016;6(1):1-4.
2. Rossati A, Bargiacchi O, Kroumova V i wsp. Climate, environment and transmission of malaria. *Infez Med*. 2016;24(2):93-104.
3. Crump J, Mintz E. Global trends in typhoid and paratyphoid fever. *Clin Infect Dis*. 2010;50(2):241-6.
4. World Health Organization <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/en/> (28.11.2016).
5. Lucey D, Gostin L. A Yellow Fever Epidemic: A New Global Health Emergency? *JAMA*. 2016;315(24):2661-2.
6. Korzeniewska-Koseła M. Tuberculosis: actual problems with diagnosis and treatment. *Wiad Lek*. 2016;69(2 Pt 1):145-50.
7. Programmes and projects HIV/AIDS – World Health Organization <http://www.who.int/hiv/en/> (28.11.2016).
8. Sultan S, Abdulkadir W, Kifle W. Pharmaceutical Regulatory Framework in Ethiopia: A Critical Evaluation of Its Legal Basis and Implementation. *Ethiop J Health Sci*. 2016;26(3):259-76.
9. Federal Democratic Republic of Ethiopia. Drug Administration and Control Proclamation 176/1999. *Federal Negarit Gazette* 1999;5:1105.
10. World Health Organization. Assessment of medicines regulatory systems in sub-Saharan African countries. Geneva, Switzerland; 2010.
11. Penn-Kekana L, Harris B i wsp. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2012;1-12.
12. Bohn J, Kassaye B, Record D i wsp. Demographic and mortality analysis of hospitalized children at a referral hospital in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Pediatr*. 2016;16(1):1-5.
13. UNICEF, World Bank, UN-DESA Population Division. Levels and trends in child mortality; 2015.
14. UNICEF, World Bank, UN-DESA Population Division. Levels and trends in child mortality; 2014.