



Kenya
Red Cross

**Sprawozdanie z dystrybucji LLIN¹ w Kenii
Polski Czerwony Krzyż (PCK)**

Okręgi Malindi i Lamu, Kenia
Grudzień 2010



¹ LLIN – skrót od *long lasting insecticide-treated mosquito nets* (ang.) – wytrzymałe siatki pokryte długotrwałym środkiem owadobójczym

I. Wprowadzenie

Malaria uśmierca rocznie prawie milion ludzi, przeważnie dzieci w wieku poniżej pięciu lat. W 2009 r. odnotowano blisko 250 000 przypadków tej choroby. Zapada na nią 40% ludności świata, przy czym narażonych jest 3,3 miliarda ludzi w 109 krajach. Wprawdzie malaria ma charakter globalny, jednak 85% jej przypadków występuje na kontynencie afrykańskim.²

Jedną z podstawowych strategii zmniejszania zasięgu malarii jest ułatwianie dostępu do skutecznej profilaktyki i terapii. Większość dzieci, które z powodu tej choroby nie przeżyją, umiera w ciągu 48 godzin po zakażeniu³. Od 50 do 70% zgonów dzieci ma miejsce w domu, bez jakiegokolwiek kontaktu z profesjonalną służbą zdrowia. Odległość od jej placówek, ubóstwo narzucające ograniczenia finansowe, niska jakość ewentualnych świadczeń i niedostatek leków są przyczynami tego stanu rzeczy.

Większość ludzi z grup największego ryzyka mieszka w regionach wiejskich, z których dostęp do publicznej opieki zdrowotnej jest utrudniony, dlatego też często uciekają się oni do samoleczenia lub do poradnictwa nieformalnego. Zagrożenie śmiercią z powodu malarii, zwłaszcza dzieci w wieku do lat 5 zwiększa się wskutek niedostępności profilaktyki i opóźnień w stosowaniu odpowiedniej terapii, jak również w wyniku przyjmowania z własnej inicjatywy środków niezalecanych przez lekarza. Poważne utrudnienie skutecznego przeciwdziałania chorobie stanowi w znacznej mierze brak świadomości zagrożenia wśród ludzi szczególnie narażonych, a także niedostatek środków na poddanie się leczeniu lub jego nieosiągalność z różnych powodów.

Malaria jest w Kenii poważnym problemem. Narażonych jest na nią 27,6 mln (tj. 70%) z 39,4 mln mieszkańców kraju.⁴ Można jej przypisać 30% wizyt ambulatoryjnych, 19% hospitalizacji oraz 3 do 5 % przypadków śmierci pacjentów w placówkach leczniczych.

Kenijskie Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża (KRCS) wdraża projekty profilaktyki antymalarycznej jako partner Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Higieny (MZPiH). Projekty te mają na celu docieranie z przesłaniem profilaktycznym do społeczności lokalnych przez kampanie informacyjne, wizyty w miejscach zamieszkania i organizowanie "dni malarii" w poszczególnych regionach, jak również przez rozdawanie siatek (moskitier) pokrytych środkiem owadobójczym, pokazy ich instalowania i promowanie opieki przedporodowej (m. in. prowadzenie okresowych badań profilaktycznych) dla zapobiegania zachorowaniu na malarię w okresie ciąży. Kenijski CK z pomocą wolontariuszy wywodzących się z poszczególnych społeczności opracowuje sposoby postępowania z chorymi w warunkach domowych.

Okręg Malindi – region na wybrzeżu Kenii

Okręg Malindi znajduje się w Prowincji Nadmorskiej. Ludność jest szacowana na 415.846 (na podstawie spisu z 1999 r., przy założeniu corocznego przyrostu naturalnego 3.9% do r. 2010). Okręg ma jeden z najwyższych w kraju wskaźników śmiertelności kobiet rodzących (625/100.000) i dzieci (127/1000), przy czym jednym z głównych powodów zachorowań i śmierci jest malaria. Wśród dorosłych ta choroba jest najczęstszym powodem uzyskanych porad lekarskich, tj. 19,5% (72.092 w 2008 r.). Odsetek wzrasta do 55% (49.095) wszystkich porad udzielonych dzieciom do lat 5 (49,095 przypadków w 2009 r.).

2 WHO – World Malaria Report 2009

3 WHO – Scaling up home-based management of malaria 2004

4 WHO – ibid.

Istnieją bliskie związki między Okręgowym Urzędem Ochrony Zdrowia podlegającym MZPiH a KRCS. Wolontariusze stowarzyszenia wspierali działania ministerstwa w kampaniach promujących zdrowie i koordynowali takie inicjatywy jak dziecięce dni zdrowia, odbywające się dwa razy w roku.

Placówki ochrony zdrowia oferują zróżnicowany standard świadczeń profilaktycznych. Raz do pięciu razy w roku organizowane są kampanie wyjazdowe. Do okolic szczególnie trudno dostępnych dociera się podobnie jak w okręgu Lamu. Przeciętna trasa do pokonania do placówki i z powrotem ma 60 km długości. Skierowanie pacjenta z takich okolic do szpitala jest trudne i kosztowne. W okręgu jest tylko jeden ambulans, parkujący w szpitalu okręgowym Malindi. Docieranie do pacjentów i kierowanie ich na leczenie może zostać ułatwione przez działania wolontariuszy KRCS, dysponujących telefonami komórkowymi oraz rowerami i motorowerami CHEW, co umożliwi im przewóz pacjentów na konsultację, a w konsekwencji – wcześniejsze podejmowanie leczenia.

Okręg Lamu

Okręg Lamu znajduje się w Północno-Wschodniej Prowincji Nadmorskiej. Składa się z archipelagu rozciągającego się na północ, do granicy z Somalią, oraz z regionu lądowego, należącego do najuboższych w Kenii. Jest on nawiedzany przez wielkie powodzie, lecz również przez susze, co powoduje brak bezpieczeństwa żywnościowego. Ludność okręgu szacuje się na 88.203 (na podstawie spisu z 1999 r., przy założeniu corocznego przyrostu naturalnego 3.9% do r. 2010). Okręg ma jeden z najwyższych w kraju wskaźników śmiertelności kobiet rodzących (412/100.000) i dzieci (109/1000), przy czym jednym z głównych powodów zachorowań i śmierci jest malaria.

Korzystanie z placówek ochrony zdrowia napotyka na poważne bariery. Przeciętna trasa do pokonania do placówki i z powrotem ma 88 km długości. Lamu ma jeden szpital okręgowy, jeden rejonowy, cztery ośrodki zdrowia i 24 przychodnie (z których obecnie 6 nie działa). Ponadto jest 11 placówek prywatnych i dwie należące do misjonarzy. Z uwagi na niedostateczną infrastrukturę, a zwłaszcza na utrudnienia transportowe, szybkie kierowanie pacjentów do odpowiednich placówek nie jest możliwe. W większości przypadków w tym celu korzysta się z transportu wodnego. Jednak dostęp do szpitali rejonowego i okręgowego jest kosztowny uzależniony od warunków atmosferycznych i od pływów oceanu. Aktualnie do przewozu pacjentów dostępna jest tylko jedna jednostka pływająca, należąca do MZPiH

Zakwalifikowane wioski na lądzie stałym nie są dostępne dla pojazdów przez 4 miesiące w roku. Rozbudowa telefonii komórkowej na wyspach i na niektórych terenach na lądzie usprawni porozumiewanie się między wolontariuszami KRCS a placówkami ochrony zdrowia.

Dystrybucja LLIN nie jest kompletna, tzn. szczególnie trudno dociera na wyspy i do ludności wędrownej.

II. Cele kampanii

Przy wsparciu PCK KRCS dostarczyło 2.000 LLIN do rozprowadzenia lokalnie w 113 wioskach w okręgach Malindi i Lamu.

Kluczową rolę odgrywali tu wolontariusze KRCS, mobilizując społeczności miejscowe wokół ośrodków dystrybucji, rejestrując grupy docelowe i upowszechniając podstawowe wiadomości o malarii oraz o prawidłowym instalowaniu i używaniu LLIN. Poważnym problemem okazał się zbyt krótki czas na przeprowadzenie kampanii, lecz trudności przysporzyła również pogoda (ulewne deszcze).

III. Wsparcie okręgów Malindi i Lamu przez Polski Czerwony Krzyż

Koszty zakupu i rozprowadzenia siatek poniósł PCK. Obejmowały one zakup LLIN i ich transport do punktów dystrybucji, a także identyfikowanie beneficjentów i kontrolerów, środki zachęty dla wolontariuszy, ich szkolenie oraz nadzór nad ich działaniami, jak również dostarczenie gwoździ i sznurków niezbędnych do prac instalacyjnych.

IV. Działania w okręgach Malindi i Lamu

1. Mobilizacja społeczna

Mobilizowanie społeczności polega na docieraniu do ludzi, grup i społeczności, w celu przekazania im podstawowych wiadomości merytorycznych i informacji o planowanych wydarzeniach. W obydwu okręgach lokalne radiostacje zapowiadały kampanię oraz działania towarzyszące dystrybucji. Odgrywano scenki i przedstawienia w miejscowych językach, by treści będące przedmiotem kampanii były rozumiane przez ludzi nieznających angielskiego ani suahili.

Atutem wolontariuszy KRCS jest ich więź ze społecznościami, których potrzeby i oczekiwania znają. Dzięki temu mogą lepiej oddziaływać na świadomość tych ludzi i umożliwiać im rozumienie wagi spraw poruszanych w trakcie kampanii.

Obecność wolontariuszy miała kluczowe znaczenie przy identyfikacji osób z konkretnych gospodarstw domowych. Wolontariusze, pochodzący z danej społeczności, znają



jej członków, co zapobiega mnożeniu liczby korzystających, które polegałoby na wydawaniu LLIN większej liczbie osób niż jedna z jednego gospodarstwa domowego. W Malindi w niektórych punktach dystrybucji szefowie wiosek sprawdzali, czy wśród osób otrzymujących siatki nie dochodzi do takich nadużyć.

2. Punkty dystrybucji

Wolontariuszom KRCS pracującym w punktach dystrybucji LLIN wyznaczono następujące zadania:

- pomaganie kontrolerom w organizowaniu punktu dystrybucji

- kontrola tłumu i dbanie o porządek w kolejce
- witanie i rejestracja osób zgłaszających się
- zbieranie dokumentów i rozdawanie siatek
- otwieranie opakowań z siatkami
- wyjaśnianie beneficjentom, jak ważne jest właściwe rozwieszanie siatek przed każdą nocą, i że powinny one być wietrzone poza zasięgiem światła przez 24 godziny przed użyciem
- pokazywanie, w jaki sposób rozwieszać siatkę
- pomagać kontrolerowi z zamykaniem punktu pod koniec dnia

Podczas dystrybucji otwierano opakowania z siatkami i mierzwiono je, aby zapobiegać ich odsprzedawaniu. Przy rejestracji gospodarstw domowych wolontariusze apelowali o przynoszenie toreb plastikowych, by obdarowani mogli w nich zabierać siatki. Wolontariuszy pracujących w punktach dystrybucji proszono o zakopywanie już niepotrzebnych opakowań po LLIN.

Ponieważ kluczową sprawą po wydaniu siatek jest pokazanie prawidłowego sposobu rozwieszania siatek, w każdym punkcie były ustawione specjalne stojaki, a wolontariusze instalowali na nich LLIN i udzielali porad beneficjentom.



Stojak demonstracyjny



Wolontariusze informowali ludzi, że siatki zawierające chemikalia należy wietrzyć w cieniu przynajmniej przez 24 godziny przed użyciem.

3. Rozwieszanie

Wolontariusze KRCS w Malindi i Lamu odwiedzali gospodarstwa domowe, sprawdzając, czy siatki zostały odpowiednio zawieszane. W razie potrzeby pomagali w ich instalowaniu zaopatrzeni w sznurek i gwoździe. Te działania prowadzili w tydzień po dystrybucji, by pozostawiać dość czasu na przewietrzenie siatek. Ich dostarczenie stanowi dopiero pierwszy krok. Następnym jest doprowadzenie do systematycznego ich używania przez ludzi, którzy są świadomi, że wpłynie to na ich stan zdrowia. Wizyty domowe mają na celu przekonanie mieszkańców, że otrzymane za darmo siatki nie powinny być sprzedwane, używane do połowu ryb czy składowane w domu, lecz codziennie należy je rozwieszać przed zapadnięciem nocy, aby zapobiegać zakażeniom malarią. Kenijskie Stowarzyszenie CK ma doświadczenie z kampanii promowania moskitier do użytku w nocy. Ocena dokonana w 2007 r. wykazała znaczny postęp w korzystaniu z nich przez te gospodarstwa domowe, które wcześniej odwiedził wolontariusz.

V. Wnioski

Dzięki wsparciu ze strony Polskiego Czerwonego Krzyża Kenijski Czerwony Krzyż rozprowadził 2.000 LLIN, co przybliży kraj do zapewnienia powszechnego dostępu do siatek antymalarycznych – istotnego etapu realizacji celów programu na rok 2010 „Powstrzymać malarię” oraz Milenijnych Celów Rozwoju, zakładających poprawę wskaźników zdrowotnych, w tym powstrzymanie rozprzestrzeniania się malarii i zmniejszenie liczby zgonów przez nią powodowanych.

