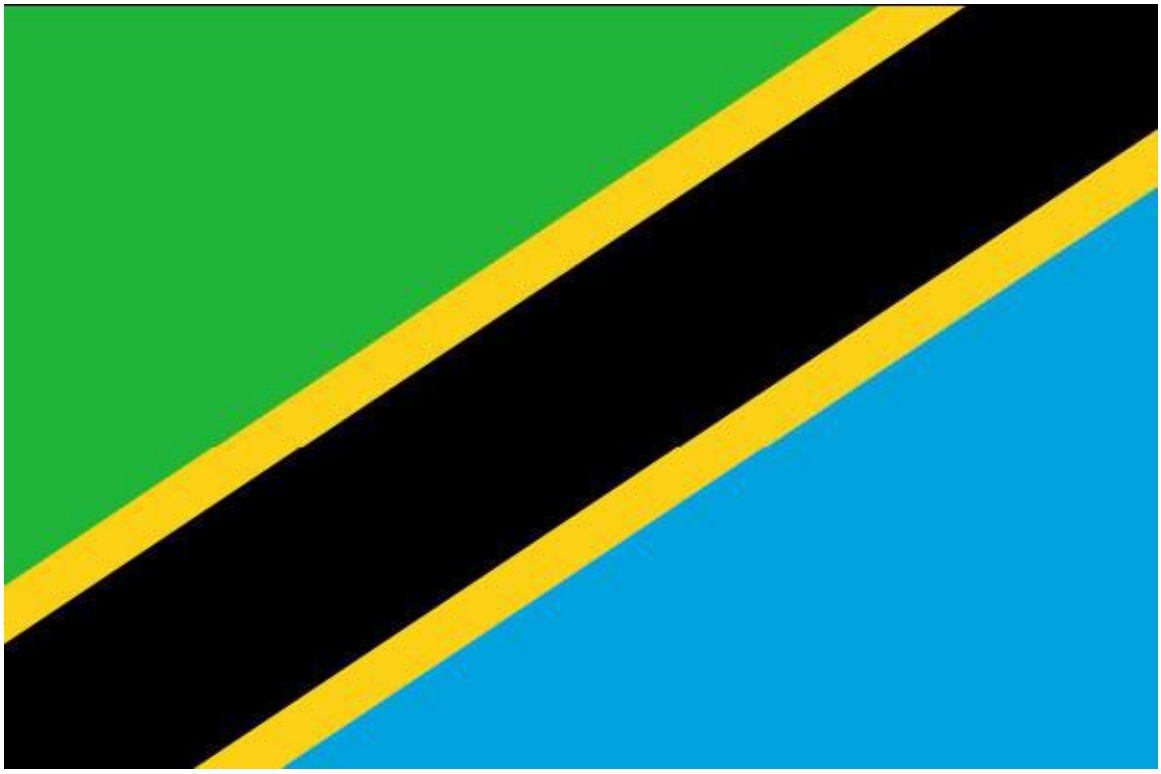
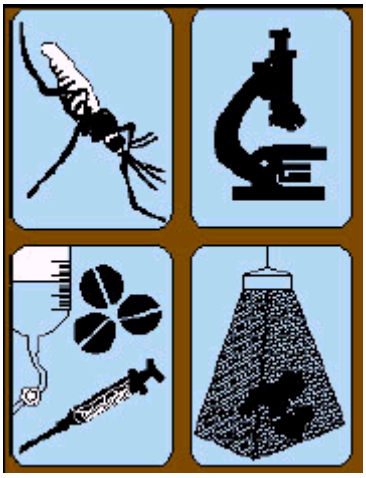


Muhtasari wa Tafiti Tano za Kaya Kufuatilia Idadi ya Watu waliofikiwa na Matokeo ya Afua za Malaria Tanzania, 2007 – 2008



Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria
2009

Muhtasari wa Tafiti Tano za Kaya Kufuatilia Idadi ya Watu waliofikiwa na Matokeo ya Afua za Malaria Tanzania, 2007 - 08

Septemba, 2009

SR-09-59

Taarifa hii imefanikishwa kwa msaada kutoka Shirika la Maendeleo la Marekani (USAID) chini ya masharti ya makubaliano ya Ushirika GPO-A-00-03-0003-00. Maoni yaliyoandikiwa ni ya waandishi na si lazima yaonyeshe maoni ya USAID, Vituo vya Udhibiti na Kinga ya Maradi au Serikali ya Marekani.

Yaliyomo

Muhtasari Rasmi … … … … … … … … 1

Usuli … … … … … … … … … … 4

Njia ya Utafiti … … … … … … … … 6

Matokeo … … … … … … … … … 11

Vyandarua vya Vitanda … … … … … … … 11

Tiba ya Kinga ya Vipindi … … … … … … … 18

Tiba ya Haraka na Inayofaa … … … … … … 20

Vimelea vya Malari na Upungufu wa damu … … … … 25

Mapendekezo ya Jumla … … … … … … … 30

Kiambatanisho Cha 1: Viashiria na Ukubwa wa Sampuli … … 33

Kiambatanisho cha 2: Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria, Warsha na Uenezaji wa matokeo ya Utafiti wa Kaya 2007-08

Tarehe 26-27 Novemba 2008 … … … … … … 34

Maelezo na Marejeo … … … … … … … … 40

Dibaji

Taarifa hii inatoa muhtasari wa matokeo makuu ya tafiti tano huru za kaya kuhusu afua za malaria zilizofanywa Tanzania Bara kati ya Oktoba 2007 na Septemba 2008. Mwezi Novemba 2008, Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria (NMCP) na Mfuko wa Rais wa Marekani wa Kupambana na Malaria (PMI) waliitisha mkutano wa siku mbili, Dar es Salaam kuwezesha uwasilishaji wa njia na matokeo ya tafiti zote tano.

Tafiti za Kaya ni muhimu sana katika mazingira ya ugonjwa wa malaria kwa ajili ya kupima kufikiwa na afua zilizolenga ngazi ya Kaya, kama vile vyandarua vyenye dawa (ITN) na katika kuelewa mielekeo ya matumizi ya mbinu za kuzuia malaria miongoni mwa walengwa. Kila utafiti ulichunguza jukumu mahususi la wakati ulipopangwa na kutekelezwa mwaka 2007-2008. Hata hivyo katika ari ya juhudi za Kupunguza Kasi na athari za Malaria ili kuboresha uwianishaji wa utafiti mkubwa wa Kaya, NMCP na PMI viliwakutanisha watafiti wa tafiti tano zilizohusika kujadili matokeo katika mkutano wa wazi.

Matokeo yaliyomo katika chapisho hili la muhtasari yanayonyesha idadi ya vatu waliofikiwa na data za matokeo mara baada ya kampeni ya kitaifa ya usambazaji bure vyandarua vyenye dawa ya muda mrefu (LLINS) kwa watoto wote wenye umri wa chini ya miaka mitano (iliyozinduliwa rasmi, Mei, 2009) na kampeni nyingine kwa ajili ya usambazaji bure wa LLINS kwa kaya zote zilizobaki (inakadiriwa kuzinduliwa mwanzoni mwa 2010).

Chapisho hili linakusudiwa kuwa kama chapisho moja la chanzo cha taarifa ya matokeo muhimu kutoka tafiti zote tano. Maelezo mahususi yanayohusu njia za utafiti (ikiwemo utayarishaji wa sampuli na dodoso), matokeo mengi zaidi yatafuatiliwa katika taarifa kamili za kila utafiti unaohusika.

Dkt. Alex Mwita
Meneja
Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria
Dar es Salaam

Shukrani

Muhtasari wa Tafiti Tano za Kaya Kufuatilia Idadi ya Watu waliofikiwa na Matokeo ya Afua za Malaria, Tanzania, 2007-08 ulitayarishwa na Karen G. Fleischman Foreit, Elizabeth G. Patton na Dafne M. Walter. Meter D. McElroy, CDC – Tanzania na PMI ameratibu ubadilishanaji wa taarifa miongoni mwa wabia wa tafiti tano na alichangia wakati wote wa mchakato wa matayarisho.

Ushiriki wa vatu wafuatao katika matayarisho ya na / au wakati wa mkutano wa Novemba 2008 unashuhuriwa sana.

Alex Mwita, Renata Mandike, Mufungu Marero, Nick Brown, Sigsbert, Mkude na Kim Bonner (Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria). Kesheni Senkoro, Leonard Mboerá (Taasisi ya Taifa ya Uchunguzi wa Magonjwa ya Binadamu); Tanya Marchant. (London School of Higiene and Tropical Medicins); Aldegunda Komba, Stephano Cosmas (Idara ya Takwimu);Pasiens Mapunda(kituo cha Tathmini ya Afua bora za Malaria); Ritha Njau (WHO – Tanzania); Charles Paluku (WHO-AFRO); Fabrizio Molteni (RTI International); Zul Premji (Chuo Kikuu cha Tiba na Sayansi za Afya cha Muhimbili); Rick Steketee (MACEPA); Theonest Mutabingwa (Seattle Biomedical Institute); James Kajuna, Jane Millar (Population Services Internacional); Laurie Liskin (Measure DHS); Meter McElroy, Chonge Kitojo, Naomi Kaspar (PMI – Tanzania).

Pia tunapenda kumshukuru Raz Stevenson kwa msaada wake na Misun Choi, Nick Brown, Kara Hanson, Leonard Mboerá, Jane Millar Tanya Marchant, Rose Nathan na Steven S. Yoon kwa upitiaji wa uchambuzi na masahihisho ya rasimu za kwanza.

Mwisho, NMCP inapenda kuwashukuru watu wote nchini Tanzania walioshiriki katika tafiti zote tano.

Jina lililopendekezwa: Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria 2009. Muhtasari wa Tafiti Tano za Kaya Kufuatilia Idadi ya Watu Waliofikiwa na Matokeo ya Afua za Malaria Tanzania, 2007-08.

Muhtasari Rasmi

Usuli:

Mkakati wa Pili wa Muda wa Kati wa Taifa wa Kudhibiti Malaria (NMMTSP) wa Pili wa Serikali ya Tanzania unalenga kupunguza udhia wa malaria kwa 80% kati ya mwaka 2007 na 2013 kuanzia mwaka 2007. Ili kutimiza lengo hili, mpango huo unaweka viashirio muhimu vya athari na matokeo na malengo ya kitakwimu, yakiwemo yafuatayo:

- 80% watoto chini ya umri wa miaka 5 wenye homa kupata tiba inayofaa katika muda wa saa 24 baada ya kubainika na homa ifikapo mwaka 2013.
- 80% ya matumizi ya tiba ya kinga ya vipindi ya dozi mbili kwa wajawazito ifikapo mwaka 2013.
- 80% ya idadi ya sasa ya wajawazito walale kwenye ITNs ifikapo mwaka 2013.
- 80% ya watoto wa umri wa chini ya miaka mitano walale kwenye ITNs ifiakapo mwaka 2013.
- 80% ya kaya zinazomiliki angalau ITN kimoja ifikapo mwaka 2013.

Kipimo cha viashirio vya athari na matokeo kinategemea kufanya utafiti wakilishi wa vipindi wa Kaya / watu kati ya Oktoba 2007 na Septemba 2008 tafiti kubwa tano za malaria katika Kaya zilitekelezwa Tanzania Bara, ukiwemo Utafiti wa Kiashirio cha VVU/UKIMWI na Malaria Tanzania (THMMIS), Utafiti wa Taasisi ya Taifa ya Uchunguzi wa Magonjwa ya Binadamu, (NIMR), Utafiti wa Population Services Internacional (IPS), Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria (NMCP); na utafiti wa Mkakati wa Taifa wa Vyandarua vya Kitanda Tanzania (NATNETS).

Matokeo ya utafiti yaliwasilishwa katika warsha ya uenezaji iliyogharamiwa na Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria, Dar es Salaam, Novemba 26-27, 2008. Taarifa hii inatoa muhtasari wa matokeo, zikiwemo taarifa za hivi karibuni na uchambuzi zaidi uliyofanywa baada ya warsha ya uenezaji na inawasilisha mapendekezo ya kimpango na kiuchambuzi kwa watekelezaji na watafiti wa mpango.

Matokeo:

Umiliki wa vyandarua vyenye dawa (ITN): Kumekuwa na toafuti kubwa kati ya utafiti kuhusu viwango vya uwiano wa Kaya zinazomiliki angalau ITN kimoja, kuanzia 29% hadi 57% na wastani wa 45%. Umilki wa angalau ITN kimoja itabidi uongezeke takriban mara mbili ili kufikia malengo ya mwaka 2013 na kuongezeka zaidi ili kufikia 80% ya umiliki wa angalau ITN viwili.

Matumizi ya vyandarua vya kitanda kwa watoto na wajawazito: Uwiano wa watoto wa umri wa chini ya miaka mitano waliotolewa taarifa kuwa wamelala katika ITN haukutofautiana sana katika fatifi nne kati ya tano, na wastani wa takriban 40%. Tafiti tatu zimepima matumizi ya vyandarua vya vitanda. Kwa wajawazito: Wastani wa matumizi ya ITN kwa wajawazito uliokuwa 30%. Makundi yote itabidi yaongeze matumizi ya ITN mara mbili ili kufikia lengo la 80% ifikapo 2013. Jambo la kuzingatia kwa mpango huu ni kwamba wakati umiliki wa vyandarua na matumizi ya vyandarua kwa makundi muhimu yameongezeka kwa jumla, uwiano wa matumizi ndani ya kaya zinazomiliki vyandarua vyenye dawa – ITN umepungua kati ya mwaka 2004 na 2007 miongoni mwa watoto wa chini ya umri wa miaka mitano (kutoka 69% hadi 55%) na wajawazito (kutoka 71% hadi 59%). Aidha, uchambuzi zaidi wa seti za data za utafiti wa Kaya wa THMIS umebaini kuwa zaidi ya robo (27%) ya ITN vilivyobainika katika utafiti imeelezwa kuwa havikutamika usiku uliyopita.

Matumizi ya Tiba ya Kinga ya Vipindi kwa Wajawazito: Tafiti mbili ziliuliza kuhusu tiba ya kinga ya malaria wakati wa ujauzito na kueleza asilimia za uzazi ambapo mama alitumia angalau dozi moja dawa mseto za kukinga malaria za Sulfadoxine – pyrimethamine (SP) (IpTp-1) na angalau dozi mbili (IpTp-2). Matokeo ya namna hiyo pia yalibainishwa katika, tafiti zote takriban nusu ya wanawake wamepata angalau dozi moja ya SP, ingawa chini ya theluthi moja wamepata angalau dozi mbili. Kufikiwa kwa IpTp kunakofaa lazima kuongezeke mara tatu ili kufikia lengo la taifa la dozi mbili ifikapo mwaka 2013.

Muhtasari Rasmi

Tiba ya Haraka na Inayofaa: Tafiti mbili zilipima tiba waliyopata watoto wa chini ya umri wa miaka mitano waliougua homa hivi karibuni. Mpango wa taifa unataka 80% ya watoto wa aina hiyo wapewe tiba mseto ya artemisinin (ACT) katika muda wa saa 24 baada ya kupata homa chini ya mtoto mmoja kati ya saba (13%) amepata tiba ya haraka ya ACT au takriban moja ya sita ya lengo la taifa kwa mwaka 2013. Watoto waliopelekwa katika hospitali ya serikali wamekuwa na uwezekano mkubwa wa kupata ACT na watoto waliyopelekwa kwingine kwa ushauri au tiba. Watoto waliopelekwa katika hospitali ya serikali wamekuwa na uwezekano mkubwa wa kupata ACT au watoto waliyopelekwa kwingine kwa ushauri au tiba. Watoto waliyopelekwa katika hospitali zisizokuwa za serikali walikkuwa na uwezekano wa mara tano zaidi wa kupata dawa nyingine ya malaria zaidi ya ACT.

Vimelea vya malaria na upungufu wa damu: Tafiti tatu zimepima kueneza kwa vimelea vya malaria na upungufu wa damu kwa watoto wa umri wa miezi 6 hadi 59 na tafiti zote tatu zimeonyesha matokeo tofauti kitakwimu. Kuenea kwa vimelea vya malaria ni kati ya 11% hadi 18% na upungufu wa damu (HB<8g/dl) ni kati ya 3% hadi 8%. Hakuna maelezo ya haraka ya matokeo hayo tafuti miongoni mwa tafiti hizo.

Mapendekezo:

Athari za Kimpango: Matokeo ya utafiti ya meonyesha wazi umuhimu wa kuongeza ugavi na mahitaji ya vifaa na huduma za kinga na tiba. Mpango wa taifa ni lazima uendelee na mipango yake ya kusambaza zaidi vyandarua vyenye dawa na mabadiliko ya tabia yanayofaa zaidi yanatakiwa ili kubadili umiliki tu wa ITN kuwa matumizi. Zaidi ya ITN kimoja kati ya vinne vilivyokwisha sambazwa inasemekana havikutumiwa na mtu yeyote katika Kaya, achilia mbali watoto wadogo au wajawazito. Hii ina ahtari kubwa kwa gharama, hasa kwa vile mpango unatarajia kuongeza umilki wa vyandarua kutoka ITN kimoja hadi viwili kwa Kaya. Utumiaji wa wa IpTp unakwazwa na vipengele mbalimbali, ikiwemo upungufu wa dawa, kuchelewa kuanzishwa kuwa kliniki ya wajawazito (ambako kuzuia uwezekano wa kupata dozi mbili kila baada ya mwezi mmoja) na hata ukimya wa watoa huduma kuhimiza matumizi ya dozi mbili za SP. Ingawa tiba ya ACT kwa ajili ya homa kwa watoto wadogo imeanzishwa nchini kote,

robo ya watoto waliopelekwa katika hospitali za serikali kwa ushauri au tiba ya homa hawakupata kabisa dawa za kukinga malaria. Zaidi ya hayo watoto wachache waliopelekwa katika hospitali binafsi walipewa tiba ya ACT kwa homa na robo ya watoto wenye homa hawakupelekwa katika kituo chochote cha huduma ya afya. Gharama na u*pataji vinaweza kuathiri uwezo wa wazazi kutafuta tiba ya watoto wagonjwa au kununua dawa zinazotakiwa katika hospitali binafsi.*

***Athari kwa utafiti na ufuatiliaji na tathmini*:** Mpango wa Ufuatiliaji na Tathmini wa Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria; 2008-2013 utawianisha viashirio na kuuunganisha data kutoka vyanzo mbalimbali. Hii itapunguza idadi ya tafiti zinazojirudia na uwezekano wa matokeo yanayotofautiana. Kuwezesha matumizi makubwa zaidi ya taarifa zilizokusanywa katika tafiti tano kubwa za malaria za hivi karibuni, seti safi za data halisi na maelezo ya njia za utafiti lazima wapatiwe wadau wote wa malaria kwa uchambuzi zaidi. Uchambuzi zaidi lazima ufanywe na kwenda zaidi ya viwango vya viashirio vya utoaji taarifa kwa mfano, kutafuta uhusiano miongoni mwa viashirio vya matokeo na athari. Utafiti wa NATNETS umeonyesha uhusiano hasi kati ya matumizi ya chandarua na maambukizi ya malaria (watoto waliolala katika ITN walikua na uwezekano pungufu wa kuambukizwa vimelea vya malaria kwa 40% kuliko watoto wasiolala katika ITN). Uchambuzi mwingine zaidi, kama vile kulinganisha vimelea vya malaria na homa ya sasa, hasa homa isiyotibiwa, utaonyesha uwiano wa maambukizi ya malaria wenye dalili zaidi pamoja na uwaino wa homa ya utotoni iliyosababishwa na mambo mengine zaidi ya malaria. Kuonyesha ufanisi dawa ya kinga na tiba lazima uarifu utetezi/uraghibishi kuwahimiza watoa huduma kuendeleza utumiaji wa afua hizo na kutaka ubunifu miongoni mwa wazazi na familia.

Usuli:

Nusu ya idadi ya vatu duniani wanakadiriwa kuwa katika hatari ya kuambukizwa malaria, huku kukitokea takriban vifo milioni moja kwa mwaka 2006 peke yake. Nchi 45 kati ya nchi 109 zenye ugonjwa wa malaria ziko barani Afrika[2].

Usuli

Nchini Tanzania, malaria ya kimelea cha P.falciparum, inayoenezwa na mbu wa Anopheles ni chanzo kikuu cha vifo minongoni mwa watoto wa chini ya umri wa miaka mitano[3]. Uambukizaji wa malaria hubadilika mara kwa mara kutegemea hali ya hewa na huwa juu wakati na mara baada ya misimu miwili ya mvua, kuanzia Oktoba hadi Januari na kuanzia Machi hadi Mei [4].

Watoto wadogo wanaambukizwa malaria kiurahisi kwa sababu hawajalikuwa na kinga ya kutosha dhidi ya kimelea cha malaria[5].Wajawazito nao wako hatarini zaidi kuambukizwa kwa sababu kinga yao inapungua sana wakati wa ujauzito na kimelea cha malaria mara nyingi huambukiza kondo la nyuma _____ na kusababisha upungufu wa damu kwa mzazi, (kivoromoko) mtoto aliyefia tumboni, uharibikaji mimba wa papohapo na watoto wanaozaliwa na uzito mdogo[6].

Juhudi za kudhibiti malaria nchini Tanzania zinazingatia mikakati minne iliyopendekezwa na Shirika la Afya Duniani (WHO) – hatua za kinga (vyandarua vyenye dawa; tiba ya kinga ya vipindi wakati wa ujauzito; - na kupuzia dawa ndani ya nyumba) na matunzo ya matibabu (tiba ya haraka na inayofaa kwa watoto wenye dadlili za malaria). Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malari (NMCP) unapitia viashirio vingi kwa ajili ya kupitia na kutathmini juhudi za mpango huo, ikiwemo utumiaji wa afua za mpango pamoja na viashirio vya matokeo kama vile vimelea vya malaria (kuwamo kwa vimelea vya malaria kwenye damu) na upungufu wa damu.

Kati ya Oktoba 2007 na Septemba 2008, tafiti kubwa za kaya kuhusu malaria zilitekelezwa Tanzania Bara. Taarifa hii inatoa muhtasari wa matokeo yanayohusu makundi manne ya viashirio vya kudhibiti malaria vikiwemo viashirio vitatu vya matokeo (maeneo yaliyofikiwa) na viashirio viwili muhimu vya athari.

Usuli

Viashirio vya matokeo:

Vyandarua vya Vitanda

Vikitumiwa kwa usahihi, vyandarua vya kitanda vinatoa ulinzi dhidi ya kuumwa na mbu na hivyo kupunguza uambukizaji wa malaria. Wakati vyandarua vya kitanda vyote vinatoa kiasi fulani cha ulinzi kwa vatu wanaovitumia, vyandarua vyenye dawa (ITN) vinafaa zaidi. ITN vinatoa ulinzi kwa kuwa kama kizuizi halisi cha kukinga kuumwa na mbu na kama kizuiai cha kemikali cha ama kufukuza au kuua mbu wanaotua kwenye chandarua. Uchunguzi unaonyesha kuwa ukijifunika kwa aukamilifu ITN unaweza kupunguza visababisha vya vifu vya watoto wa rika mbalimbali kwa 18% (kati ya 14% hadi 29%) na kupunguza matukio ya ugonjwa wa malaria kwa 50%. (kati ya 39% hadi 62%). ITN pia husadia kupunguza ugonjwa kwa wazazi na watoto wanaozaliwa na uzito mdogo[8].

Tiba ya Kinga ya vipindi kwa wajawazito:

Kuwatibu wajawazito wote, wawe na dalili za malaria au hapana kwa tiba ya kinga ya vipindi wakati wa ujauzito (IPTp) hupunguza upungufu wa damu kwa mwanamke mwenyewe na hatari ya kujifungua mtoto mwenye uzito mdogo. Mpangilio wa tiba ya IPTp ambao hivi sasa umependekezwa na Shirika la Afya Duniani (WHO) ni angalau dozi mbili za dawa mseto – sulfadozine – pyrimethamine (SP) apewe mjamzito baada mtoto kuanza kucheza tumboni wakati wa miezi mitatu ya Pili na ya tatu ya ujauzito wakati wa kliniki ya kawaida ya wajawazito[9]. Hata hivyo kwa kuwa usugu wa SP unaendelea katika nchi za Afrika Kusini ya Jangwa la Sahara, kuna utafiti mpya unaoendelea kuhusu ufanisi dawa wa dawa hii kwa IPTp na usalama wa dawa nyingine zinazofaa kutumiwa wakati wa ujauzito.

Tiba ya Haraka na Inayofaa:

Ili kupunguza kuugua na vifo vinavyosababishwa na malaria, watoto wadogo hawana budi kutibiwa mara baada ya dalili (kwa kawaida homa) kuonekana. Zaidi ya hayo, ni muhimu kupata dawa sahihi. Katika nchi nyingi za Afrika Kusini ya Jangwa la Sahara kimelea cha malaria kimejenga usugu kwa dawa za zamani kama vile Chloroquine,

amodiaquine na sulfadoxine pyrimethamine. Kwa hiyo, Tanzania imebadili miongozo yake ya tiba na sasa kutumia dawa mseto yenye artemisinin (ACTs)[10].

Viashirio vya Athari:

Vimelea vya malaria na upngufu wa damu

Matokeo yanayotakiwa ya afua za kudhibiti malaria ni maambukizi mapya machache na kupungua kwa ukali wa malaria inayotokea.Vyote vinachunguzwa kupitia vipimo vya damu.Vimelea vya malaria(kiwamo kwa vimelea vya malaria kwenye damu) inaonyesha kuwapo kwa malaria. Upungufu wa damu unaweza kuwa na vinazo vingi, miongoni mwa vinazo hivyo ni matukio ya muda au kujirudia kwa malaria. Kwa madhumuni ya ufuatiliaji na tathmini ya malaria, upungufu wa damu unaelezwa kwamba ni kipimno cha hemoglobin cha chini ya 8g/dl[11]. Kupima mabadiliko ya kuenea kwa vimelea vya malaria kwenye damu na upungufu wa damu baada ya muda kunatoa taarifa muhimu kuhusu matokeo ya afua za mpango huu kwa aumbukizaji wa malaria[12].

Njia ya Utafiti

Kati ya Oktoba 2007 na Septemba 2008, tafiti tano kubwa za Kaya zilitekelezwa nchini Tanzania ili kupima viashirio vya athari na matokeo vinavyohusiana na afua za kudhibiti malaria. Tafiti hizo zilitofautiana katika malengo mahususi na viashirio vilivyokusanywa, muda unaosusiana na misimu ya uambukizaji mkubwa wa malaria, njia za kuchukua sampuli (angalia Jedwali la 1). Tafiti hizo, zilizoorodheshwa kwa mfuatano wa utekelezaji, ni pamoja na:

- **Utafiti wa Kiashirio cha VVU/UKIMWI na malaria Tanzania (THMIS)13** ulipangwa kupima tabia inayohusiana na VVU/UKIMWI na malaria pamoja na vimelea vya malaria kwenye damu na upungufu wa damu miongoni mwa watoto wa umri wa miezi 6 hadi 59[14]. Umetumia sampuli za hatua mbili kutoka mfumo wa sampuli wa Utafiti wa Afya na Maisha ya Watu Tanzania kuhusu mapambano dhdi ya UKIMWI (TDHS) wa 2004-2005. Data zilikusanywa kuanzia Oktoba 2007 hadi Februari 2008, kutumia dodoso la Kiswahili kutoka Kaya 8,497 zenye takriban jumla ya 43,000 ya wanaume, wanawake na watoto[15]. Wakusanyaji wa data walipata mafunzo ya situ [17].
- **Utafiti wa Taasisi ya Taifa ya Uchunguzi wa Magonjwa ya BinadamuUtafiti wa (NIMR)** ulipangwa kubaini kufikiwa kwa msingi na matumizi ya ITN kabla ya uzidishaji kwa wote uliyopangwa na kupima uelewa, mitazamo na matendo kinga na udhibiti wa malaria. Ulitumia sampuli za hatua mbili bila ya ubadilishaji na mfumo wa sampuli ya Kaya. Wilaya ishirini na moja, kila moja ikiwakilisha moka wa Tanzania Bara, ilichaguliwa bila ya utaratibu kwa ajili ya tafiti. Kata moja ya mjini na vijijini zilichaguliwa kutoka kila wilaya.Kaya zilichaguliwa kwa kutumia orodha ya idadi zisizofuata utaratibu. Data zilizokusanywa kuanzia Februari hadi Machi 2008, kwa kutumia dodoso la Kiswahili. Mkuu wa Kaya au mtu mzima yeyote anayewakilisha mkuu wa Kaya alisailiwa katika kaya 9,320 zenye takriban jumla ya 46,600 ya wanaume, wanawake na watoto. Wakusanyaji data walipata mafunzo ya situ tatu.

Njia ya Utafiti

- **Utafiti wa Population Services Internacional (PSI)**[17] ulipangwa kufuatilia na kutathmini mpango wa utafutaji soko kwa jamii unaowalenga watoto wadogo. Ulitumia sampuli za hatua mbili na mfumo wa sampuli wa maeneo ya kuhesabiwa (EAs) katika maeneo yanayofikiwa na mpango. Sampuli iliishia kwenye Kaya zenye angalau mtoto mmoja mwenye umri wa chini ya miaka mitano. Katika kila EA, Kaya ya kwanza ilichaguliwa bila ya utaratibu na zilizobaki zilichaguliwa kwa utaratibu. Data zilikusanywa kuanzia Machi hadi Mei 2008, kwa kutumia PDAs na dodoso la Kiswahili. Sampuli ilijumuisha watunzaji wakuu 1,821 wa watoto chini ya umri wa miaka mitano; kaya za sampuli zilikuwa na takriban jumla ya 9,200 yawanaume wanawake na watoto. Wwakusanyaji data walipata mafunzo ya majuma mawili.
- **Utafiti wa Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria (NMCP)** ulipangwa kufuatilia Mkakati wa Pili wa Muda wa Kati wa Taifa wa Kudhibiti Malaria. Ulikuwa ni mzunguko wa hivi karibuni kabisa wa tafiti za kila baada ya miaka miwili iliyofanywa chini ya Mkakati wa Kupunguza Kasi ya Malaria na ulianzia tangu mwaka 2001; wilaya 21 zizonakabiliwa na tatizo la malaria zilichaguliwa makusubi kuwa wawakilishi wa mikoa 21 na tabaka la kuenea na kudhibiti malaria Tanzania Bara. Maeneo manne ya huduma za afya yalichaguliwa kwa kila wilaya (hospoitali 1, kituo cha afya 1, zahanati 2,). Jamii mbili zilichaguliwa kwa kila huduma ya fya na Kaya 50 zilisailiwa katika kila jamii. Madodoso yalitokana na utafiti wa kiashirio cha malaria. Data ziliksanywa mwezi Juni 2008 kwa kutumia dodoso la Kiswahili kutoka kaya 8,400 zenye takriban jumla ya 42,000 ya wanaume,wanawake na watoto. Wakusanyaji data walipata mafunzo ya siku tano.
- **Utafiti wa mkakati wa Taifa wa vyandarua vya vitanda Tanzania (NATNETS)**[18] ulitekelezwa na Taasisi ya Afya ya Ifakara na London School of Higiene na Tropical Medicine (IHI/LSHTM) ulipangwa kupima umilki wa ITN kwa watoto na wajawazito katika ngazi ya wilaya na taifa, ueneaji wa upungufu wa damu na uelewa na matumizi ya mipango mbali mbali ya hati punguzo kununulia ITN katika ngazi ya taifa. Ulitumia kundi la hatua mbili la sampuli bila utaratibu kwa kutumia orodha ya

Njia ya Utafiti

wilaya, kata na vitongoji ya Ofisi ya Waziri mkuu ,Tawala za Mikoa na Serikali za Mitaa mitaa kwa Tanzania Bara[19]. Data zilikusanywa kuanzia Julia hadi Septemba 2008, kwa kutumia PDA na dodoso la Kiswahili kutoka Kaya 7,200 zenye takriban jumla ya 36,000 ya wanaume, wanawake na watoto. Pamoja na usaili wa kaya, vituo vya huduma za afya na wanawake wanaohudhuria kliniki za wajawazito walifanyiwa utafiti pia. Wakusanyaji data walihudhuria mafunzo ya situ 14.

Jedwali la 1: Miundo ya Utafiti 2007-2008

Utafiti	Viashirio	Sampuli	Muda
Utafiti wa Kiashirio cha VV/UKIMWI na malaria Tanzania (THMIS)	• Vyandarua vya vitanda • IPTp • Tiba ya Haraka • Vimelea vya malaria (RDT) • Upungufu wa damu.	Tanzania Bara na Zanzíbar, Kaya zote	Oktoba 27- Februari 2008 (Wkati na mara baada ya msimu wa uambukizaji mkubwa)
Taasisi ya Taifa ya Uchunguzi wa magonjwa ya Binadamu (NIMR)	• Vyandarua vya vitanda.	Tanzania Bar, Kaya zote	Februari-Machi 2008 (Baada ya kuanza kwa msimu wa uambukizaji mkubwa).
Population Services Internacional (PSI)	• Vyandarua vya vitanda	Utafutaji soko katika eneo la mpango, kwa kaya zenye mtoto (wa) <5	Machi-Mei 2008 (wakati wa msimu wa uambukizaj mkubwa)
Mpango wa Taifa wa Kudhibiti malaria (NMCP)	• Vyandarua vya vitanda • Tiba ya haraka • Vimelea vya malaria (RDT) • Upungufu wa damu	Wilaya za Tanzania zilizoteuliwa kuhusu watu na maisha yao, kaya zote	Juni 2008 (mara baada ya msimu wa uambukizaji).
Mkakati wa Taifa wa vyandarua vya vitanda Tanzania (NATNETS)	• Vyandarua vya vitanda • IPTp • Vimelea vya malaria (RDT) • Upungufu wa damu	Tanzania Bara Kaya zote	Julia-Septemba 2008 (Nje ya msimu wa uambukizaji mkubwa).

Ukubwa wa sampuli kwa viashirio mbalimbali umewasilishwa katika Kiambatisho cha 1.

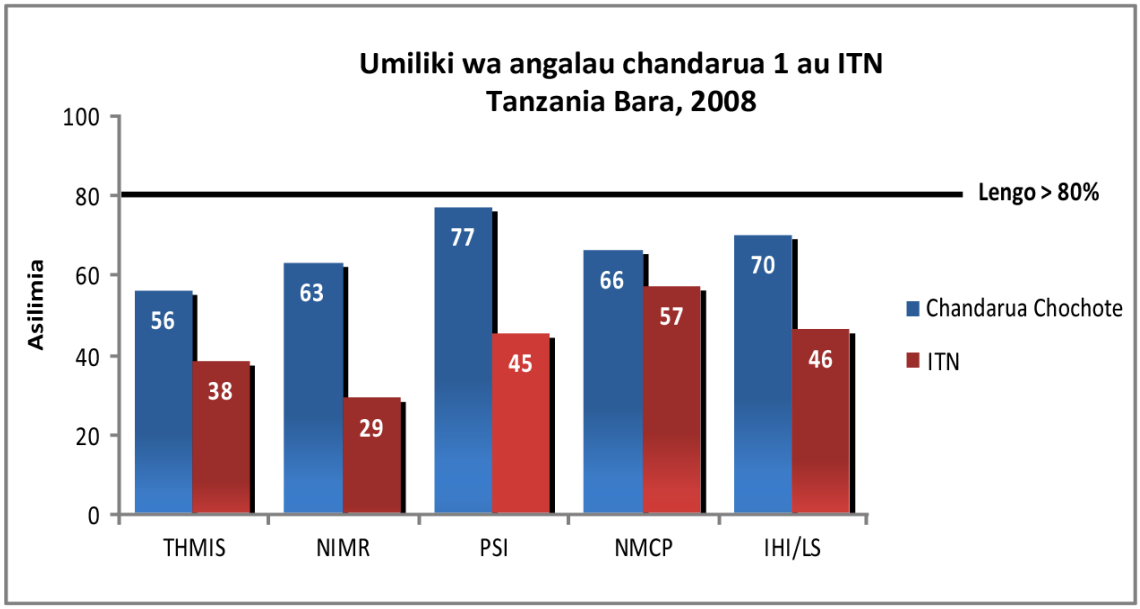
Matokeo: Vyandarua vya Kitanda

Viashirio muhimu kw ITNs vilivyopendekezwa na washirika wa Kupunguza Kasi ya Malaria (RBM) ni pamoja uwiano wa Kaya zenye angalau ITN kimoja, uwiano wa watoto wa umri wa chini ya miaka mitano wlaiolala katika ITN usiku uliyopita; na uwiano wa wajawazito waliolala katika ITN usiku uliyopita[20]; Mkakati wa Taifa wa Kudhibiti Malaria Tanzania (NMCP) umeweka malengo ya ufikiaji wa 80% kwa kila kiashirio kama sehemu ya mpango wa sasa wa muda wa kati (2008-2013). Wakati vyandarua vyote vya kitanda vinavyouzwa Tanzania tangu mwaka 2002 (isipokuwa idadi ndogo vilivyoingizwa nchini kimagendo) vimefungashiwa kivunge cha dawa ya chandarua au vimetiwa dawa kiwandani, uwiano mkubwa wa vyandarua hivyo (takriban 45% [21]) havitiwi tena dawa mara kwa mara. Ingawa si bora kama ITNs, vyandarua hivi vya vitanda vinatoa ulinzi wa kiasi fulani kwa vatu wanaolala. Tafiti zote zilizofanywa nchini Tanzania kati ya Oktoba 2007 na Septemba 2008 zimekusanya taarifa zinazohusu umiliki na matumzi ya chandarua chochote na umiliki na matumizi ya ITNs.

Umiliki wa Vyandarua: Tafiti zote tano zimegundua kiwango kidogo cha umiliki wa ITN katika kaya kuliko lengo la NMCP la 80% lililowekwa kwa mwaka 2013. Makadirio ya umiliki wa Kaya wa angalau ITN kimoja (mchoro wa 1) angalia Kiambatisho cha 1, kwa ukubwa wa sampuli) yanayoanzia kutoka 29% ya chini ya kaya zote katika utafiti wa NIMR hadi 57% ya juu katika utafiti wa NMCP. Kaya zilizotoa taarifa ya umilki wa chandarua chochote pia zilitofautiana kati ya tafiti kutoka 56% katika THMIS hadi 77% katika utafiti wa PSI: Zingatia kwamba kwa ulinganishaji wa tafiti nyingine nne, matokeo ya THMIS katika taarifa hii yanahusu Tanzania Bara na hayajumuishi Zanzíbar.

Matokeo: Vyandarua vya Kitanda

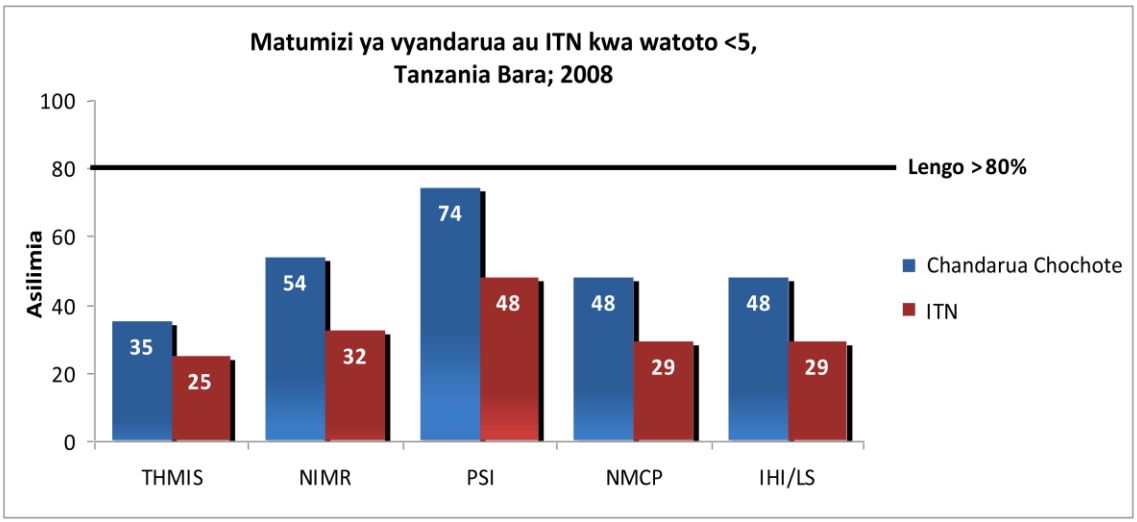
Mchoro wa 1



***Matumizi ya vyandarua vya kitanda kwa watoto wadogo*:** Uwiano wa watoto wa umri wa chini ya miaka mitano walioripotiwa kulala katika ITN (Mchoro 2 ; angalia Kiambatisho 1 kwa ukubwa wa sampuli) haukutofautiana sana katika tafiti za THMIS, NIMR, NMCP na NATNETS ; ingawa kuliwa na tofauti ya wakati wa utafiti (THMIS na NIMR zilifanyika wakati wa msimu wa uambukizaji mkubwa, NMCP na NATNETSs zilifanyika wakati wa kiangazi). Tafiti nne hizi zinatoa taarifa ya viwango vya matumizi ya vyandarua vya kati ya 35% na 54% kwa aina yoyote ya chandarua na kati ya 25% na 32 kwa ITNs. Utafiti wa PSI umeonyesha asilimia kubwa ya watoto wanaotumika chandarua chochote (74%) au ITN (48%). Zingatia kwamba tafiti zote zimebaini kwamba matumizi ya ITN kwa watoto wadogo yalikuwa kiwango cha chini kuliko lengo la mwaka 2013 la 80%.

Matokeo: Vyandarua vya Kitanda

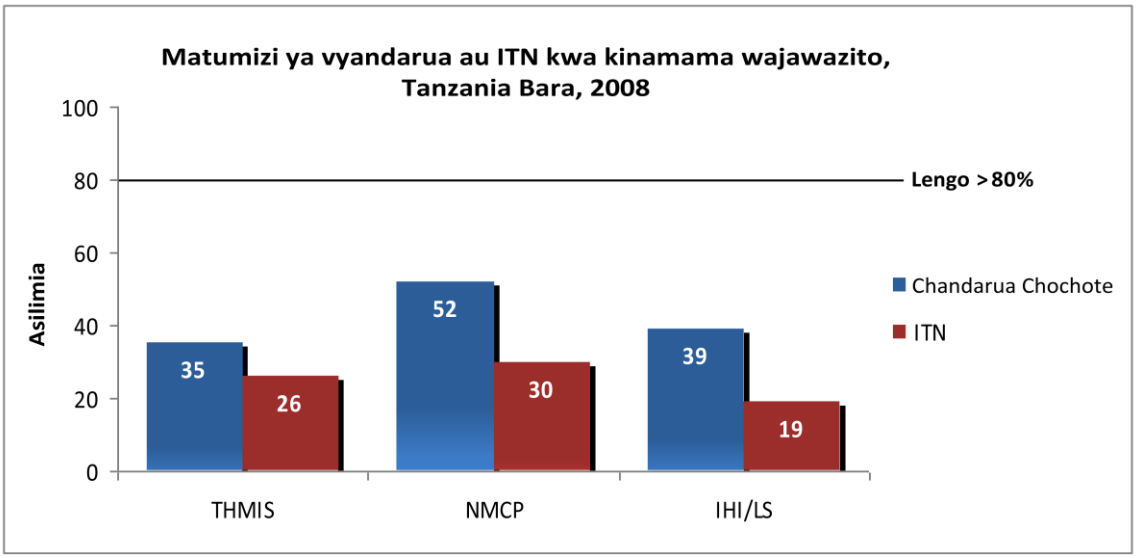
Mchoro wa 2



Matumizi ya vyandarua vya Kitanda cha wajawazito: Tafiti tatu zilikusanya data kuhusu matumizi ya ITN kwa wajawazito (mchoro wa 3; angalia Kiambatisho cha 1 kwa ukubwa wa sampuli). Utafiti wa NMCP, ulifanyika mara baada ya msimu wa uambukizaji mkubwa, umeonyesha matumizi ya juu ya ITNs (30%) na chandarua chochote (52%) kwa wajawazito kuliko tafiti nyingine. Utafiti wa NATNETS, uliofanywa wakati wa kiangazi, umeonyesha matumizi ya kiwango cha chini ya ITN na matumizi makubwa ya chandarua chochote kwa wajawazito kuliko utafiti wa THMIS, uliotekelezwa wakati wa msimu wa uambukizaji mkubwa; hata hivyo makadirio ya THMIS kuhusu matumizi ya ITN yamo ndani ya kiwango cha takwimu cha makadirio ya NATNETS. Zingatia kuwamba makadirio yote ya matumizi ya ITN miongoni mwa wajawazito ni ya kiwango cha chini kuliko nusu ya lengo la NMCP la 80%.

Matokeo: Vyandarua vya Kitanda

Mchoro wa 3



Majadiliano:

Vipengele vya kimsimu, kijiografia, kimpango na kimfuatano wa matukio vinaweza kuchangia katika fotauti ya makadirio ya matumizi ya chandarua yaliyopatikana miongoni mwa tafiti tano za kiwango kikubwa zilizofanywa kati ya Oktoba 2007 na Septemba 2008. Miongozo ya RBM inapendekeza kuwa tafiti zikusanye taarifa kuhusu matumizi ya chandarua wakati wa msimu wa mvua kwa sababu wakazi wa kaya wanauwezekanao mkubwa wa kutumia vyandarua vya kitanda wakati uambukizaji unatarajiwa kuwa wa kiwango cha juu kabisa. Tafiti tatu zilifanywa wakati wa msimu wa mvua, mmoja mara baada ya mwisho na mwingine baada ya msimu wa mvua kumalizika. Matumizi ya chandarua yanaweza kutofautiana kijiografia kutokana na tofauti ya hali ya hewa ya kuwapo kwa malaria pamoja na vipengele vya mpango kama vile upatiaji wa vyandarua vya kitanda vya bei nafuu. Wakati kulikuwa na kujirudia katika wilaya zilizochaguliwa, hakuna hata tafiti mbili zilizoshughulikia wilaya hizo na sampuli za NATNETs zilikua na maeneo ya mjini machache kuliko tafiti nyingine.

Matokeo: Vyandarua vya Kitanda

Wakati wa miezi 12 kuanzia Mwanza wa utafiti wa kwanza hadi mwisho wa utafiti wa mwisho, mipango ya kudhiribiti malaria ilikuwa ikisambaza vyandarua na kufanya kampeni za mawasiliano ya kubadili tabia ili kuongeza umilki na matumizi ya chandarua[22]. Bila ya shaka juhudi hizo zimeathiri umiliki na matumizi ya vyandarua katika kaya. Hata hivyo utafiti wa PSI umejumuisha kaya zenye angalau mtoto mmoja wa umri wa chini ya miaka mitano na maeneo ambako mipango yao inafanya kazi. Hii ingechangia katika taarifa za matumizi makubwa ya vyandarua vya kitanda miongoni mwa watoto waliyomo katika utafiti huo.

Ni muhimu kuzingatia kwamba ingawa kuna tofauti katika umilki wa kaya na matumizi ya ITNs, picha halisi inajitokeza; maeneo yanayofikiwa ni lazima yaongezeka ili kufikia malengo ya RBM ifikapo mwisho wa 2012. Umiliki wa ITNs katika kaya ni wa chini ya 80% katika tafiti zote. Wakati umiliki wa kaya wa chandarua chochote unakaribia zaidi kufikia lengo hili vyandarua visivyotiwa dawa havitoi kiwango sawa cha ulinzi kama ITN. Muhimu zaidi, matumizi ya ITN kwa walengwa – watoto wa umri wa chini ya miaka mitano na wajawazito – haijafikia 80%.

Mapendekezo kwa ajili ya uchambuzi zaidi

Ni dhahiri kwamba matumizi ya ITNs kwa watoto wadogo na wajawazito ni ya chini sana, kwma mpango wa taifa ulivyokiri katika pendekezo lake la mradi la 2008 (Mzunguko wa 8) kwa mfuko wa kimataifa (Global Fund) kw ajili ya ufikiaji wa watu wote, uliyopangwa kuanza utekelezaji mwaka 2010. Ambacho hakifahamiki waziwazi kutokana na viashirio vya kawaida vilivyowasilishwa hapo juu ndiyo sababu ya matumizi madogo je ni kutokana na kaya kutomilki ITN au ni kutokana na walengwa kkutotumia ITN hata kama wanacho? Tofauti hii ni muhimu kimpango – kushindwa kumiliki chandarua kuna maana ya kuhitajika kwa usambazaji mpana pamoja na mawasiliano ya kubadili tabia kuhimiza ununuzi wa chandarua. Kushindwa kutumia chandarua ambacho tayari Kkaya inakimilki inaonyesha umuhimu wa mawasiliano ya kubadili tabia kuhimiza

matumizi ya chandarua. Hata kiashirio cha umiliki wa kaya hakionyeshi uwiano wa kaya zenye watoto wadogo na / au wajawazito zinazomilki angalau ITN kimoja. Kwa hiyo, tunapendekeza uchambuzi zaidi wa tafiti zote ujumuishe viashirio vinne vya ziada vifatavyo:

- Asilimia ya kaya zilizolengwa zenye watoto wenye umri wa chini ya miaka mitano na / au wajawazito wanaomiliki angalau ITN kimoja.
- Asilimia ya walengwa (watoto chini ya umri wa miaka mitano, kinamama wajawazito) waliolala, katika ITN usiku uliotangulia utafiti miongoni mwa Kaya zinazomiliki angalau ITN kimoja.

Jedwali la 2 hapa chini linalinganisha matokeo ya utafiti wa DHS, Tanzania mwaka 2004 na THMIS wa 2007-08 kwa ajili ya viashirio vya umilki na matumizi ya ITN kwa maana mbalimbali. Zingatia kwamba viashirio vya *umiliki* wa ITN vyote vimeongezeka kati ya (DHS) mwaka 2004 na (THMIS) mwaka 2007; kiwango cha ongezeko kilikuwa cha juu kidogo wakati kiashirio kilipohusisha kaya zilizolengwa tu zenye watotowenye wa chini ya umri wa miaka mitano au wajawazito. Bila shaka mpango wa kudhibiti malaria unapiga hatua katika kusambaza vyandarua vyenye dawa.

Kwa upande mwingine viashirio vya matumizi ya ITN havionyeshi matokeo ya namna moja. Matumizi ya ITNs kwa watoto wa umri wa chini ya miaka mitano na wajawazito miongoni mwa kaya zote yameongezeka kiasi cha kuridhisha (kutoka asilimia 16 hadi 26 kwa watoto wa chini ya umri wa miaka mitano na kutoka 16% hadi 27% kwa wajawazito.Hata hivyo kama uchambuzi unahusisha kaya zinazomiliki ITN tu, matumizi yanaelekea kupungua kiasi kati ya mwaka 2004 na 2007 miongoni mwa watoto wa umri wa chini ya miaka mitano (kutoka 71% hadi 59%). Matokeo haya yasiyotarajiwa bila shaka yanahitaji maelezo na uchambuzi zaidi. Wakati ongezeko katika matumizi ya jumla ya vyandarua linatokana na usambazaji mpana wa ITN, takwimu hizi zinaweza

kupendekeza kuwa ongezeko la idadi ya kaya zilizopokea vyandarua zinashindwa kuvitumia.

Uchambuzi zaidi wa seti za data za kaya za THMIS 2007,08 zimeonyesha kwamba zaidi ya robo (27%) y aITNs vilivyopatikana katika utafiti vimeripotiwa kutotumiwa na yeyote katika kaya usiku kabla ya utafiti. NATNETS inachambua tafiti zao za Kaya kutafuata ni nani katika kaya wanatumia vyandarua na nani wanatumia vyandarua bora zaidi kwa hali ya chandarua na namna kilivyotiwa dawa. Matokeo haya kwamba wajawazito na watoto wadogo ambao kaya zao zinamiliki vyandarua huwa hawavitumii mara kwa mara, yanahitaji utafiti zaidi kuongoza utayarishaji wa mbinu mpya za mpango zinazofaa, hasa kuhusu kubadili tabia.

Jedwali la 2

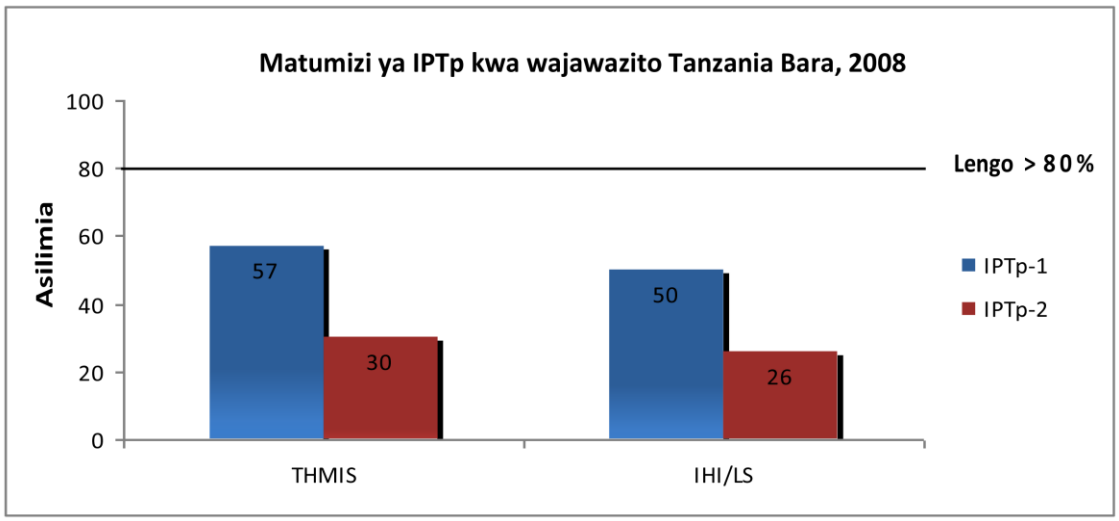
Kiashirio cha Matokeo	Maelezo	DHS-2004		THIMS-2007-08	
		%	IDADI	%	IDADI
Uwiano wa Kaya zenye angalau ITN kimoja	Idadi ya Kaya zinazomiliki angalau ITN kimoja / idadi ya Kaya zilizofanyiwa utafiti.	23	**9,735**	**39**	**8,497**
Uwiano wa Kaya zenye wajawazito au watoto wa chini ya umri wa miaka 5 wenye angalau ITN kimoja.	Idadi ya Kaya zenye wajawazito au watoto < 5 wanaomiliki angalau ITN kimoja / Idadi ya Kaya zenye wajawazito au watoto < 5 zilizofanyiwa utafiti.	24	5,676	46	5,104
Uwiano wa watoto chini ya umri wa miaka 5 waliolala katika ITN usiku uliyopita.	Idadi ya watoto chini ya umri wa miaka 5 waliyolala katika ITN usiku uliyopita / jumla ya watoto wa umri wa chini ya miaka 5 waliyolala katika Kaya zilizofanyiwa utafiti usiku uliyopita.	16	8,360	26	7,514
Uwiano wa watoto chini ya umri wa miaka 5 waliyolala katika ITN usiku uliyopita miongoni mwa Kaya zenye angalau ITN kimoja.	Idadi ya watoto chini ya umri wa miaka 5 waliyolala katika ITN usiku uliyopita/Jumla ya watoto wa chini ya miaka 5 walitolala kwenye Kaya zilizofanywa utafiti *zenye angalau ITN kimoja* usiku uliyopita.	69	1,938	55	3,532
Uwiano wa wajawazito waliyolala katika ITN usiku uliyopita.	Idadi ya wajawazito waliyolala katika ITN usiku uliyopita/Jumla ya wajawazito waliyolala katika Kaya zilizofanyiwa utafiti usiku uliyopita.	16	1,082	27	846
Uwiano wa wajawazito waliyolala kwenye ITN usiku uliyopita miongoni mwa Kaya zenye angalau ITN kimoja.	Idadi ya wajawazito waliyolala katika ITN usiku uliyopita / Jumla ya wajawazito waliyolala katika Kaya zilizofanyiwa utafiti *zenye angalau ITN moja* usiku uliyopita.	71	242	59	381

Matokeo: Tiba ya Kinga ya Vipindi:

Tafiti mbili – THMIS na NATNETS – ziliuliza kuhusu tiba ya malaria wakati wa ujauzito. THMIS iliwauliza wanawake waliowahi kujifungua salama katika kipindi cha miaka miwili iliyopita, kuhusu ujauzito uliyopita. NATNETS iliuliza uzazi salama tangu mwaka 2003. Lakini uchambuzi umewahusisha wanawake waliojifungua miaka miwili iliyopita[23]. Viashirio viwili vilielezwa: THMIS ilimfikiria mwanamke kuwa amepata IPTp-2 kama amepata dozi mbili au zaidi za SP/Fansidar na angalau mojawapo ya dozi hizo wakati wa kliniki ya wajawazito. NATNETS ilimfikiria mwanamke kuwa amepata IPTp-2 kama ameeleza kwamba dawa zilizotumika ni SP/Fansidar, bila ya kujali chanzo cha dawa.

Mielekeo: Inayofanana na IPTp-1 na IPT-2 iliripotiwa katika tafiti mbili (mchoro wa 4; ukubwa wa sampuli katika Kiambatisho 1): Iliripoti kuwa matumizi ya IPT-p1 yalikuwa karibu mara mbili ya IPTp-2 kwenye tafiti zote mbili. THMIS ilibaini viwango vya juu kidogo vya matumizi kuliko utafiti wa NATNETS. Ufuasi wa mpangilio wa dawa uliyopendekezwa wa dozi mbili hadi tatu za SP (IPTp-2) uko chini ya nusu ya lengo la RBM la 80%[13], hata matumizi ya IPTp-1 yameshindwa kufikia lengo la RBM.

Mchoro w 4



Matokeo: Tiba ya Kinga ya Vipindi:

Majadiliano:

Makadirio ya THMIS ya matumizi ya IPTp yako juu kuliko uhakika wa takwimu baina ya tafiti katika makadirio ya NATNETS (uchambuzi haukuonyeshwa). Ni muhimu kuzingatia tofauti za sampuli za utafiti. THMIS umebaini kwamba wanawake wa mijini walikuwa na uwezekano mkubwa wa kupata IPTp-2 kuliko wenzao wa vijijini (asilimia 42 kwa 28). Taarifa ya utafiti wa NATNETS haikuchanganua matokeo kwa makazi; hata hivyo sampuli ya NATNETS si ya mjini kama sampuli za THMIS (asilimia 9 kwa 22), ambazo zitapunguza makadirio ya jumla ya IPTp. Hii ina maanisha kwamba makadirio ya chini ya kufikiwa kwa IPTp katika NATNETS yanaweza kutokana kwa kiasi fulani na tofauti za muundo wa sampuli za utafiti za mjini – vijijini.

Mapendekezo kwa ajili ya uchambuzi zaidi

THMIS na NATNETS zinakubaliana kuhusu matokeo mawili ya msingi: kwanza, kwamba kufikiwa kwa dozi ya kwanza ya SP kuko chini ya lengo la 80%, na Pili ni nusu tu ya wanawake waliyopata dozi ya kwanza waliendelea na dozi ya kwanza waliendelea na dozi ya pili. Kukosekana kwa SP kinaweza kuwa sababu muhimu: NATNETS umebaini kuwa ni 71% tu ya vituo vya huduma vya RCH vilikuwa na SP wakati wa utafiti, zaidi ya 59% waliofanyiwa utafiti mwaka 2007 lakini chini ya viwango vilivyoripotiwa mwaka 2006 na 2005 (74% na 85, kwa mfuatano huo). Uchambuzi zaidi wa data za vituo vya huduma za afya za NATNETS unaweza kupima uhusiano kati ya upatikanaji wa IPTp katika kliniki na utumiaji wake miongoni mwa wajawazito wa sasa.

Matokeo: Tiba ya Kinga ya vipindi:

Kufikiwa kwa ANC nchini Tanzania kunakaribia kua kwawote, lakini idadi na muda wa kuhudhuria ANC kutaathiri uwezo wa mwanamke wa kupata dozi mbili za SP zilizopendekezwa, ambazo ni lazima zitumiwe baada mtoto kucheza tumboni na kila baada ya mwezi mmoja. NATNETS imebaini kwamba 98% ya wajawazito mwaka uliyopita walikwenda katika ANC angalau mara moja, kulinganisha na taarifa ya THMIS

Matokeo: Tiba ya Kinga ya Vipindi:

ya 97% ambayo ni ya juu kidogo kuliko taarifa ya DHS ya mwaka 2004 inayobainisha 94% ya vizazi katika kipindi cha miaka mitano kabla ya utafiti. Si utafiti wa Kaya wa NATNETS wala THMIS uliuliza kuhusu idadi ya kufika katika ANC; dodoso la DHS lilijumuisha idadi ya kufika katika ANC na muda wao. Utafiti wa DHS wa mwaka 2004 ulibaini kuwa katika uzazi wa tatu, wanawake hawakuanza ANC mpaka mwezi wa sita au baadaye, na hivyo kuzuia sana uwezekano wa kupata dozi mbili za IPT. Hii imethibitishwa na tafiti za NATNETS kuhusu kituo cha huduma za afya kwa watumiaji wa kliniki ya wajawazito, ambazo zimebaini kwamba kuchelewa kuhudhuria kliniki ya wajawazito kunapunguza uwezekano wa kupata dozi ya pili ya IPTp kwa mpangilio wa sasa wa dawa[24] uchambuzi zaidi wa DHS utaleta utambuzi zaidi kuhusu ahtari ya idadi na muda wa kufika katika ANC kwa upataji kiasi au kamili wa IPTp. Pia itafaa kufanya utafiti wa ubora miongoni mwa wajawazito na watoa huduma za ANC kuhakikisha vikwazo vingine kwa mtumiaji IPTp (hasa IPTp-2).

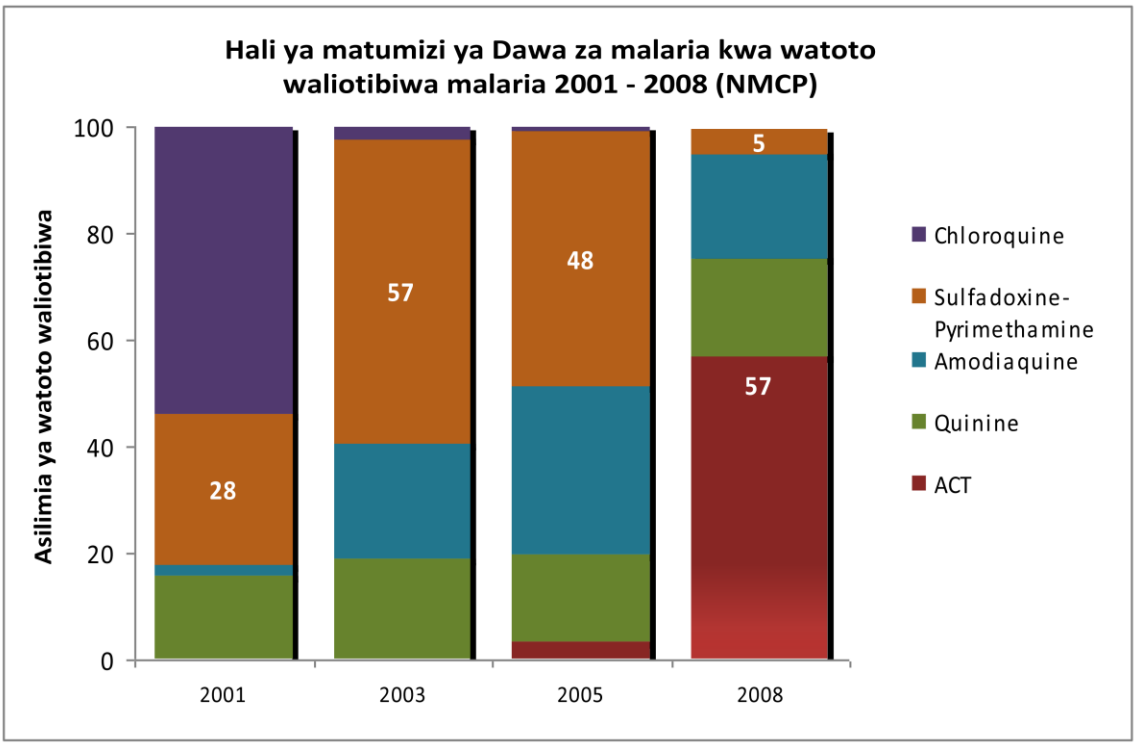
Matokeo: Tiba ya Haraka na Inayofaa:

Viashirio muhimu vya RBM kufuatilia ubainishaji wa ugonjwa wa haraka na tiba[13] vinajumuisha uwiano wa watoto wa umri wa chini ya miaka mitano wlaiokuwa na homa wiki mbili zilizopita na waliopata tiba yoyote dhidi ya malaria na uwiano wa watoto wwenye umri wa chini ya miaka mitano waliopata malaria wiki mbili zilizopita na kupewa tiba dhidi ya malaria iliyopendekezwa kulingana na Sera ya Taifa ndani ya muda wa saa 24 baada ya kupata homa. Tanzania Bara, tiba iliyopendekezwa ni mchanganyiko wa artemisinin (ACT) na / au Quinine kwa malaria kali.

Katika mwongo mmoja uliyopita, kumekuwa na mabadiliko ya haraka kuhusu aiana ya dawa za malaria zilizotumika kwa sababu kumekuwapo na tiba zinazofaa zaidi .M waka 2001, Tanzania imebadilisha Sera ya tiba yake ya malaria kutoka chloroquine kwenda kwenye SP kama dawa ya kwanza ya kutibu matukio ya malaria ya muda. Data za NMCP zilizowasilishwa katika mchoro wa 7 zinaonyesha kuwa matumizi ya chlroquine yaliachwa kabisa kati ya mwaka 2001 na 2003, na matumizi ya SP yaliongezeka mara mbil. Mwaka 2004, mpango wa Taifa wa Kudhibiti malaria ulibadilisha SP na kutumia mchanganyiko wa Artemisinin (ACT) kama tiba ya kwanza ya malaria ya kimelea na *P.falcipazrum* na kuanza kuenezwa nchini kote hadi ngazi ya kituo cha huduma ya afya mwanzoni mwa 2007[25]. Data za NMCP kwa mwaka 2008 zinaonyesha kuwa ACT inachukua zaidi ya nusu ya tiba ya malaria na SP imeshukua hadi nafasi ya mwisho (mchoro wa 5).

Matokeo: Tiba ya Haraka na Inayofaa:

Mchoro wa 5



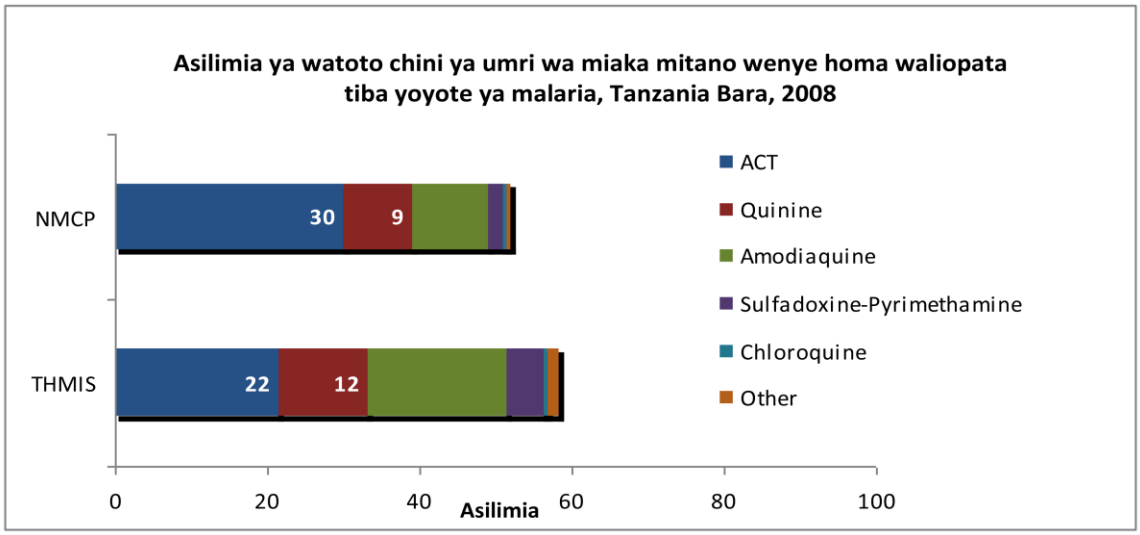
Chanzo (NMCP);

Tiba kwa Dawa za Malaria:

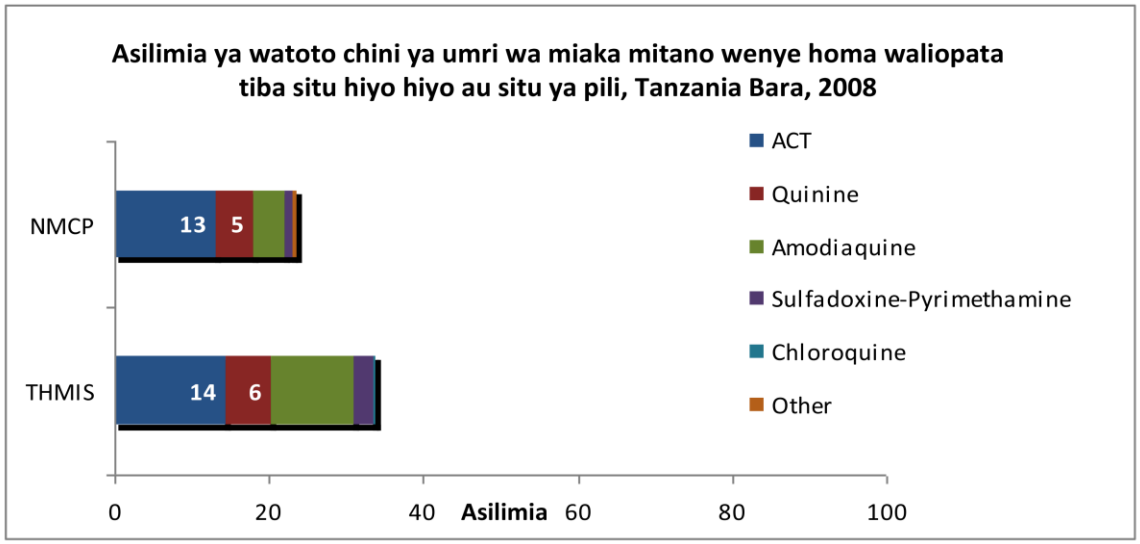
Uwiano wa kulinanisha wa watoto wa umri wa chini ya miaka mitano waliokuwa na homa waliripotiwa kupata tiba ya malaria (THMIS, 56%, THMIS, 52%) (Mchoro wa 6). Hata hivyo THMIS imebaini kwamba watoto wachache walipata dawa ya ACt na kwamba zaidi ya nusu ya watoto wote wanaopata tiba yoyote walipata dawa zisizopendekezwa na sera. Uwiano mdogo sana wa watoto wenye homa walipata tiba ya haraka kwa dawa yoyote (mchoro wa 7) – THMIS imeripoti kuwa theluthi moja (34%) ya watoto wenye homa walitibiwa situ hiyo hiyo au situ ya pili wakati NMCP imebaini kuwa robo (24%) ya watoto walipata tiba ya haraka. Idadi ndogo sana ya watoto walipata tiba ya ACt – tiba iliypendekezwa – kwa wakati unaofaa (NMCP 13%, THMIS 14%).

Matokeo: Tiba ya Haraka na Inayofaa:

Mchoro wa 6



Mchoro wa 7



Matokeo: Tiba ya Haraka na Inayofaa:

Majadiliano:

Sababu za tofauti kati ya tafiti mbili hazifahamiki haraka lakini tafiti zote zina ujumbe unaofanana kwa watekelezaji wa mpango:

- Si watoto wengi wanopata matibabu;
- Watoto wengi wanaopata tiba hawaanzi kwa wakati;
- Watoto wengi wanapata dawa zisizofaa.

Mapendekezo kwa ajili ya uchambuzi zaidi

Watoto wachache wameanza tiba ndani ya saa 24 za kujitokeza kwa dalili. THMIS iliuliza kuhusu muda na mahali kwa ushauri wa kwanza; tiba lazima igawanywe kwa vipengele hivi viwili. Idadi kubwa ya watoto wanaopata dawa za malaria zaidi ya ACT, hasa kama ilivyoripotiwa katika THMIS, huhitaji uchunguzi zaidi. Hakuna dawa yoyote kati ya hizo inayohitaji kutolewa na hospitali ya serikali. THMIS iliuliza kuhusu chanzo cha ushauri au tiba, na kama familia tayari ilikuwa na dawa hiyo nyumbani wakati mtoto alipoungua wakati dodoso halikuhusisha dawa mahususi na vynazo vyake, inawezekana kulinganisha aina za dawa kwa chanzo cha tiba. Jedwali la 3 hapa chini linawasilisha asilimia ya watoto chini ya umri wa miaka mitano wenye homa ambao hawakupelekwa kwa ushauri au tiba, kuonekana katika huduma ya afya ya serikali (hospitali, kituo cha afya na / au zahanati) au kuonekana mahali pengine au mtoa huduma (wakiwemo watoa huduma binafsi, maduka ya dawa, huduma za Asasi zisizo za serikali vituo vya afya vya vijiji, wafanyakazi wa CBD na waganga wa jadi) pamoja na asilimia ya watoto wanaopata aina mbalimbali za dawa za malaria.

Nusu (49%) ya watoto wenye homa walipelekwa katika huduma ya afya ya serikali na robo (26%) walipelekwa mahali pengine au mtoa huduma. Asilimia ishirini na tano ya watoto wenye homa hawakupelekwa kwa mtoa huduma yeyote au kituo cha afya kwa ushauri au tiba. Takriban watoto wote (86%) waliopata ACT pia wameonekana katika kituo cha huduma ya afya cha umma. Hata hivyo ni zaidi kidogo ya theluthi moja (38%) ya watoto waliopelekwa katika huduma za afya za umma walipata ACT na karibu idadi hiyo hiyo wamepata Amodeiaquine, Quinine au Fansidar kama walivyopata ACT, na 26% hawakupata dawa yoyote ya malaria. Hata hivyo, ni sehemu ndogo ya watoto walioonekana mahali pengine walipata ACT na zaidi ya nusu walipata aina nyingine ya dawa za malari.

Matokeo: Tiba ya Haraka na Inayofaa:

Jedwali la 3: Chanzo cha tiba na dawa zilizotumika kwa homa, watoto chini ya umri wa miaka 5, uchambuzi wa pili, THMIS, Tanzania Bara

Chanzo cha tiba ya homa

	Hakuna	Kituo cha Serikali	Vingine	Jumla
Watoto wote <5 wenye homa	**25%**	**49%**	**26%**	**100%**
% waloipata ACt	3%	38%	9%	21%
% waliopata Amodiaquine	11%	17%	27%	18%
% waliopata Quinine	7%	15%	20%	12%
% waliopata Fansidar	3%	4%	8%	5%

Utafiti wa ziada miongoni mwa wazazi na watoa huduma unaweza kufanywa ilikujua ni nani anayetoa dawa za malaria zisizokuwa ACT kwa watoto na kwa nini. Uchambuzi wa Utafiti wa Kupima Huduma wa 2006 (TSPA) ni lazima ufanywe ili kupima ACT zilizopo ikilinganishwa na dawa nyingine za malaria zilizopendekezwa katika vituo vya huduma za afya vya serikali na visivyo vya serikali.

Matokeo: Athari – vimelea vya malaria na upungufu wa damu

Viashirio muhimu vya RBM ni pamoja na kuenea kwa vimelea vya malaria na upungufu wa damu kama vipimio vya athari. Vyote vimepimwa kwa kipimio cha damu kwa watoto wa umri wa miezi 6 hadi 59. Vimelea vya malaria kwenye damu honyesha uwiano wa watoto wadogo wenye maambukizo ya malaria[27]. Upungufu wa damu unaohusishwa na malaria ni kipimo cha hemoglobin cha chini ya 8g/dl[28]. Tafiti zote tatu – THMIS, NMCP na NATNETS –zimekusanya data za viashirio hivi. THMIS na NMCP zimechanganua viashirio hivi kijiografia na kwa umri wa mtoto.

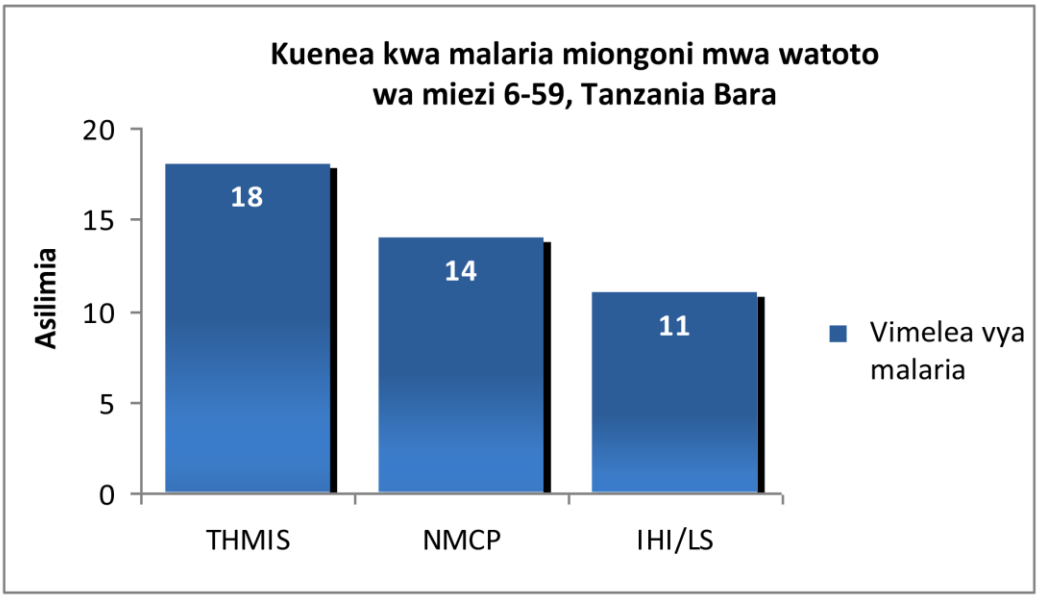
Vimelea vya malaria:

Tafiti tatu zimeonyesha kitakwimu tofauti kubwa za kuenea kwa vimelea vya malaria. THMIS imeripoti kiwango cha juua zaidi cha kuenea kwa maambukizo ya malaria (18%), na NATNETS (11%), na takwimu za utafiti wa NMCP zilikuwa kati ya tafiti mbili hizo (14%). Hakukuwa na kujirudia katika uhakika wa takwimu baina ya makadirio ya tafiti za THMIS na NATNETS[28], halikadhalika makadirio ya NMCP yako nje kabisa uhakika ya takwimu baina ya makadirio ya tafiti zote. Mchoro wa 8 unawasilisha matokeo.

Taarifa za THMIS na NMCP zimechaganua kuenea kwa vimelea vya malaria kwenye damu kwa umri. Viwango vya vimelea vya malaria kwenye damu (Jedwali la 1) vinalingana kwenye marika yote isipokuwa miezi ya 48 hadi 59. Sababu za mielekeo hii haifahamiki kwa urahisi na zinaweza kuonyesha toafuti za umri na mgawanyo wa kijiografia wa sampuli za utafiti.

Matokeo: Athari – vimelea vya malaria na upungufu wa damu

Mchoro wa 8



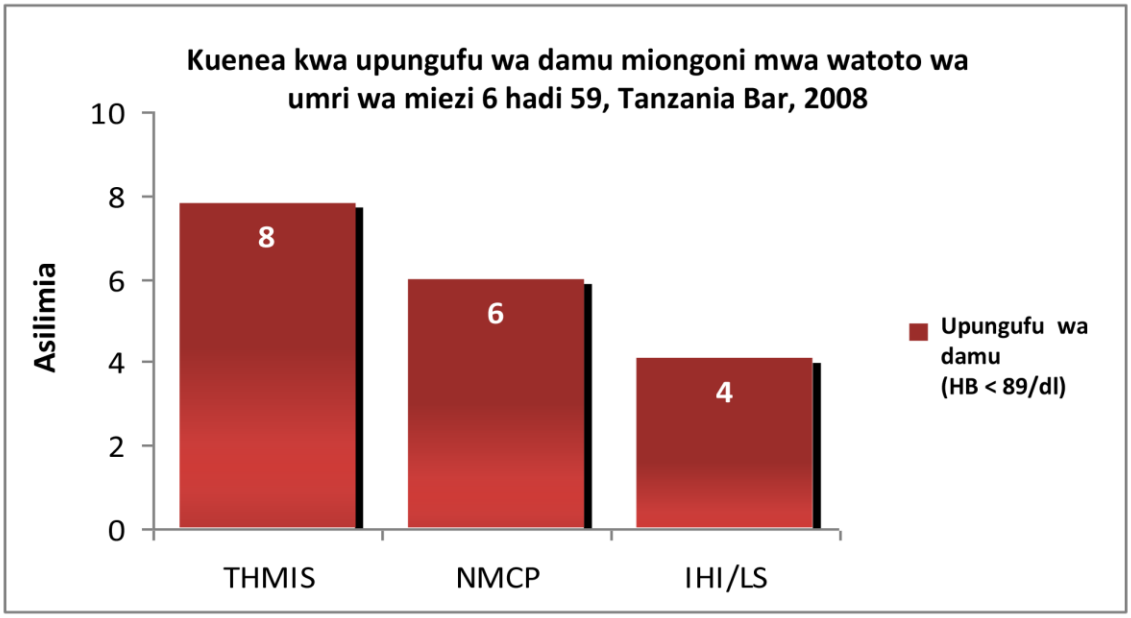
Upungufu wa Damu:

Kama ilivyokuwa kwa vimelea vya malaria, tafiti zote tatu zimeonyesha kitakwimu tofauti kubwa ya kuenea kwa upungufu wa damu. THMIS imeripoti kiwango cha juu cha kuenea kwa upungufu wa damu (8%), NATNETS kiwango cha chini kabisa cha kuenea (3%), na takwimu za utafiti wa NMCP zilikuwa kati ya tafiti hizo mbili. (6%) ya upungufu wa damu) Hakukuwa na kujirudia kwa uhakika wa takwimu baina ya makadirio ya tafiti za THMIS na NATNETS na makadirio ya NMCP yako nje kabisa ya uhakika wa takwimu vaina ya makadirio ya tafiti zote.Mchoro wa 9 unawasilisha matokeo.

Taarifa za THMIS na NMCP zimechanganua kuenea kwa upungufu wa damu kwa umri tofauti na vimelea vya malaria kwenye damu. THMIS imeripoti kiwango cha juu kabisa cha kuenea kwa upungufu wa damu kuliko NMCP miongoni mwa marika mawili ya umri mdogo kabisa. Hapa pia sababu za mielekeo hii hazifahmiki haraka.

Matokeo: Athari – vimelea vya malaria na upungufu wa damu

Mchoro wa 9



Jedwali la 4. Kuenea kwa vimelea vya malaria na upungufu wa damu kwa umri katika miezi, Tanzania Bara

Vimelea vya Malaria			HB<8g / dl	
Miezi	**THMIS**	**NMCP**	**THMIS**	**NMCP**
6-11	9%	9%	10%	8%
12-23	14%	14%	12%	10%
24-35	21%	20%	8%	8%
36-47	20%	21%	5%	5%
48-59	21%	18%	3%	3%

Taarifa ya NATNETS imetumia utofautishaji wa mjini/vijijini kwa vimelea vya malaria na upungufu wa damu kwa watoto. Kiwango cha juu cha kuenea kwa malaria kulionekana katika maeneo ya vijijini na ya nusu mji kuliko mijini na miongoni mwa watoto walioripotiwa kutolala katika vyandarua vya ITN. Hakukuwa na tofauti kubwa za kitakwimu katika kuenea kwa upungufu wa damu.

Matokeo: Athari – vimelea vya malaria na upungufu wa damu

Jedwali la5; Kuenea kwa vimelea vya malaria na upungufu wa damu miongoni mwa watoto chini ya umri wa miaka mitano kwa makazi na matumizi ya utafiti wa ITN, NATNETS.

	Vimelea vya Malaria		HB<8g / dl	
Makazi	**Kuenea**	**P Value**	**Kuenea**	**P Value**
Kijijini	16%		4%	
Nusu-mji	7%		4%	
Mjini	1%	<001	2%	.2
Matumizi ya ITN				
Ndiyo	7%		3%	
Hapana	12%	<.01	3%	.9

Majadiliano:

Ubadilikaji uliyodhahiri na usiyoyumba wa baina ya utafiti katika kuenea kwa vimelea vya malaria na upungufu wa damu unatokana na tofauti za muda wa tafiti zote tatu. Miongozo ya BRM inaeleza wazi kwamba hali ya msimu huathiri maambukizo ya malaria na kupendekeza kuwa upimaji wa kuenea kwa vimelea vya malaria ufanywe mnamo mwisho wa msimu wa mvua wakati uambukizaji unakuwa wa kiwango cha juu zaidi[13]. THMIS ulifanywa wkati wa msimu wa uambukizaji wa kiwango cha juu, wakati malaria inapokuwa imeenea sana. Utafiti wa NMCP umefanywa mara baada msimu wa uambukizaji wa kiwango cha juu, na utafiti wa NATNETS umefanywa mara baada ya msimu wa uambukizaji, wa kiwango mengi, kama si yote, kuhusu tofauti za vimelea vya malaria vilivyoelezwa. Kwa kiasi cha kuhusisha upungufu wa damu na maambukizo makubwa ya malaria, maelezo hayo hayo yanaweza kutumika kwa tofauti za makadirio ya upungufu wa damu. Kwa hiyo makadirio ya vimelea vya malaria na upungufu wa damu hufuata hali iliyotarajiwa: kuongezeka wakati wa aubmukizaji malaria wa kiwango cha juu na kupungua wakati wa miezi ya kiangazi.

Matokeo: Athari – vimelea vya malaria na upungufu wa damu

Mapendekezo kwa ajili ya Uchambuzi zaidi

Ndani ya kila utafiti majedwali ya kulinganisha ya vimelea vya malaria na upungufu wa damu yanaweza kupima uhusiano kati ya hali ya afya na maambukizo ya malaria. Matokeo ya kiwango cha juu cha upungufu wa damu miongoni mwa watoto wenye vimelea vya malaria yataimarisha nadharia tete kwamba tofauti za kati ya utafiti hunaonyesha tofauti za msimu katika uambukizaji wa malaria. Uchambuzi zaidi lazima ufanywe kupima uhusiano kati ya afua za kinga na vimelea vya malaria. Tafiti zote tatu zimekusanya data kuhusu matumizi ya vyandarua vya kitanda kwa watoto wadogo na vimelea vya malaria; uhusiano hasi kati ya matumizi ya chandarua na maambukizo ya malaria, kama ilivyoonyeshwa katika utafiti wa NATNETS, utaonyesha ufnisi wa afua. Kulinganisha vimelea na homa ya sasa, hasa homa isiyotibiwa, kutaonyesha uwiano wa maambukizo ya malaria yenye dalili pamoja na uwiano wa homa ya utotoni kutokana na sababu zaidi ya malaria.

Mapendekezo ya Jumla:

Ili kuwezesha uchambuzi zaidi, na matumizi makubwa zaidi ya taarifa zilizokusanywa katika tafiti tatu kubwa za malaria za hivi karibuni, seti safi za data halisi na maelezo ya njia za utafiti lazima wapatiwe wadau / wabia waote wa malaria kwa uchambuzi zaidi. Kimsingi, tafiti zote zinaweza kufanikiwa mahali pamoja. Matokeo ya utafiti, ukiwemo uchambuzi zaidi, lazima uenezwe zaidi ya ngazi ya taifa, kwa wadau wa mikoa na serikali za mitaa. Itafaa zaidi pia kuwaweka pamoja wadau wa malaria kujadili masuala mbalimbali wlaiyonayo kuhusu mipango yao na namna data zilizopo hivi sasa Tanzania zitavyosaidia kujibu maswali hayo.

Wakati muafaka zaidi wa kukusanya viashirio vya malaria ni wakati au kuelekea mwisho wa msimu wa uambukizaji wa kiwango cha juu (yaani msimu wa mvua)[30]. Ili kufuatilia mabadiliko ya kuaminika baada ya muda, tafiti ni lazima zifanywe wkati ule ule kila mwaka. Baadhi ya viashirio vina muda mfupi wa marejeo kuliko vingine na kwa hiyo vinaweza kupimwa mara kwa mara. Kwa mfano matumizi ya vyandarua vya ktianda yanaweza kupimwa usiku mmoja kabla ya usaili na tiba ya haraka na inayofaa ya homa ya utotoni ina kipindi cha marejeo cha wiki mbili; vyote vinaweza kufuatiliwa kwa mwaka mzima (au hata zaidi) ili kupima athari/matokeo ya muda mfupi na muda mrefu ya shughuli za mpango kama vile usambazaji wa wingi au kampeni za mawasiliano kwa upande mwingine, matumizi ya IPTp yanategemea zaidi ujauzito uliyokamilika. Kupata ukubwa wa sampuli zinazotosha za uajauzito uliyokamilika, kunahitajika kipindi cha miaka miwili kwa ajili ya sampuli ya kitaifa na kipindi kirefu zaidi cha marejeo kiaweza kuhitajika kwa viwango vidogo vya uchanganuzi. Hii ina maana kwamba mabadiliko ya IPTp hayawezi kufuatiliwa kwa uhakika zaidi mara kwa mara kuliko kila baada ya miaka miwili. (tafiti za kila mwaka zitakua vipindi vya marejeovinavyojirudia). Vimelea vya malaria vinaweza kutokomezwa kwa tiba inayofaa na kwa wakati na kuweza kuleta mabadiliko kwa haraka. Hata hivyo, upungufu wa damu mara nyingi ni matokeo ya sababu mbalimbali na kutokomeza maambukizo ya malaria peke yake hakutatosha kuwezesha viwango vya hemoglobin kurudia hali ya kawaida kwa haraka. Watoto chini ya miaka mitatu wanaonyesha kiwango cha juu zaidi cha upungufu wa damu, lakini

Mapendekezo ya Jumla:

hufuatilia mabadiliko kwa umri wa watoto kunahitaji sampuli kubwa zaidi. Mwisho athari za afua za ngazi ya kijiji au wilaya zinaweza kuwa ndogo sana kuonekana katika utafiti unaowakilisha taifa.

Aidha juhudi ni lazima zifanywe kuongeza ubora wa mifumo ya Taarifa za Afya za Kawaida (RHIS) na kuongeza matumizi yao kwa ajili ya ufuatiliaji wa tathmini ya mipango ya malaria, kama haki yao na nyongeza / kiungo cha tafiti za ngazi ya watu. Kwa upande wa IPTP, data bora za RHIS zinaweza kutoa fursa nzuri zaidi kwa maeneo yanayofikiwa na mpango. Kutokana na kwamba maeneo yanayofikiwa na ANC tayari ni yote huongezeka kwa matumizi ya mpango kwa kiwango kikubwa kuliko kiwango cha ongezeko la watu kutakuwa na maana ya kuongezeka kwa idadi ya watu wanaofikiwa. Hali kadhalika kwa kuwa upimaji wa kuthibitisha ugonjwa umeenea sana na kuaminika zaidi; data za ubainishaji ugonjwa za RHIS zina uwezo mkubwa wa kufuatilia tofauti za kimsimu na kiografia katika uambukizaji wa malaria. Hata hivyo, data hizo hazina budi kulinganishwa na tafiti za watu na kufafanuliwa kwa tahadhari: Kuongezeka kwa matumizi ya vituo vya huduma za afya kwa homa za utotoni kunaweza pia kuongeza matokeo mazuri ya upimaji wa kubainisha ugonjwa wa malaria bila ya kuwapo na mabadiliko ya viwango vya maambukizo vya msingi.

Mpango wa kudhibiti malaria hauna budi kuhimizwa kushirikisha data kutoka katika vinazo vyaote – tafiti, RHIS, maeneo ya watu na maisha yao na vyanzo vingine vya ngazi ya kitabibu na jamii zikiwemo juhudi maalumu za kukusanya data kama vile usaili wa wateja kwenye vituo vya huduma za afya na tafiti za makundi madogo au sampuli ya Uhakikishaji Ubora wa Kundi (LQAS). Data lazima zipewe namba ya kijiongrafia na kuhusishwa na ramani ilikutambua mielekeo ya kijiografia ya malaria na mipango ya afua. Data za wakati muafaka ni muhimu kubainishia masuala ya uendeshaji ya muda mfupi katika mipango ya malaria, kubainisha kasoro na mafanikio na kusaidia kueleza kwa nini mpango umefanikiwa au haukufanikiwa kupata matokeo na athari yaliyotarajiwa.

Mapendekezo ya Jumla:

Mpango wa ufuatiliaji na tahtmini (M&E) wa mpango wa Taifa wa kudhibiti malaria wa 2008-2013 utawianisha viashirio na kuunganisha data kutoka vinazo mbalimbali, zikiwemo taarifa za huduma za kila mwezi zinazokubalika, mifumo ya uchunguzi ya kitaifa tafiti za watu katika kaya za vipindi, katika ngazi za taifa na mikoa / wilaya / vijiji, tafiti za mbu kwa watu na maisha yao na za vituo vya afya. Mapendekezo yaliyoelezwa hapo juu yana mpango wa taifa wa M & e na uhamasishaji unaozingatia ushahidi,, utoaji uamuzi na utekelezaji wa mpango.

Kiambatanisho cha 1:

Viashirio na ukubwa wa sampuli

Kiashirio	Wahusika	Utafiti	Ukubwa wa Sampuli
Umiliki wa angalau chandarua kimoja au ITN katika Kaya.	Kaya	THMIS* NIMR PSI* NMCP NATNETS	8,269 9,166 1,821 8,332 6,922
Matumizi ya vyandarua au ITN kwa watoto wa umri wa chini ya miaka 5.	Watoto wenye umri wa chini ya miaka 5.	THMIS NIMR PSI NMCP NATNETS	7,319 14,409 2,528 9,186 5,701
Matumizi ya vyandarua au ITN kwa wajawazito	Wajawazito	THMIS NMCP NATNETS	823 545 731
Matumizi ya IPTp kwa wajawazito	Ujauzito miaka miwili iliyopita.	THMIS NATNETS	2,967 2,418
Tiba ya Haraka ya Homa	Watoto chini ya umri wa miaka mitano, wenye homa katika majuma mawili ya mwisho.	THMIS NMCP	1,320 2,140
Vimelea vya malaria na upungufu wa damu	Watoto chini ya umri wa miaka mitano, walichukuliwa sampuli za damu.	THMIS NMCP NATNETS	6,211 7,772 5,442

*Ukubwa wa sampuli zilizopimwa Tanzania bara tu

*Kwa kaya zenye watoto chini ya umri wa miaka mitano tu

Kiambatanisho cha 2:

Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria

Warsha & Uenezaji wa matokeo ya utafiti wa Kaya wa 2007-08 tarehe 26-27 Novemba 2008

Malaria bado ni tatizo kubwa kwa afya ya umma kwa Tanzania Bara na inaendelea kuongezea mzigo mkubwa kwa mfumo wa matunzo ya afya ambao tayari umezidiwa. Katika juhudi ya kubadili hali hii, serikali ya Tanzania kupitia mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria imetayarisha mpango mpya wa mkakati wa muda mfupi wa malaria wa Taifa (2008-2013) ili kuongeza kwa haraka viwango vya ufikiaji wa afua muhimu za malaria. Mikakati muhimu ni pamoja na

a) Ubainishaji wa malaria na Tiba na
b) Kinga dhidi ya malaria. Mikakati muhimu ya kusaidia ni pamoja na mpango wa kuimarisha ufuatiliaji na tathmini (M&E) na uchunguzi wa malaria.

Mkabala na Tanzania ni kushirikiana na wadau na wahisani waliodhamiria kifedha na kiufundi kuzidisha upataji wa vyandarua vyenye dawa (ITN), uanzishaji wa kupuliza dawa nyumbani (IRS) katika wilaya zilizochaguliwa, tiba inayotumia mchanganyiko wa artemisimiin (ACT) na tiba ya kinga ya vipindi kwa wajawazito (IPTp). Kwa kuwa gharama za afua hizo inaongezeka nchini kote Tanzania, matokeo ya viashirio vya watu waliofikiwa na athari ya kuenea kwa malaria na upungufu wa damu vitahitaji ufuatiliaji wa mfululizo kwa kuwa zinawakilisha taifa, tafiti za kaya ni mhimili wa M&E kwa mikakati ya kudhibiti malaria. Katika kipindi cha miezi 12 iliyopita (Oktoba 2007 hadi sasa), idadi kubwa isiyopingika ya tafiti za kaya imefanyika nchini Tanzania wakati njia mbalimbali za sampuli na ukusanyaji wa data zimetumika katika tafiti zote tano, kila utafiti unatoa taarifa muhimu za kuongoza sera ya kudhibiti malaria na mpango.

Kiambatanisho cha 2:

Tafiti zilihusika ni:

Taasisi ya Ukusanyaji Data	**Utafiti**	**#Kaya**
Okt 07-Feb. 08	Idara Kuu ya Takwimu (NBS) THMIS	8,500
Feb.-Machi 08	Taasisi ya Taifa ya Utafiti wa Tiba(NIMR) utafiti na matumizi ya ITN	9,166
Machi-Mei 08	Population Services Internacional (PSI) Kaya	1,500
Mei – Julai 08	Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria (NMCP) utafiti wa RBM	8,500
Julai-Sept 08	Taasisi ya Afya ifakara (IHI)/ London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM)	7,200

Katika juhudi za kuweka makadirio bora zaidi kwa ajili ya viashirio vya ufikiaji na hali ya vimelea vya malaria kwenye damu na pungufu wa damu, hasa kwa kuwa Tanzania imetngewa fedha nyingi na , NMCP inatarajia kuitisha warsha ambapo matokeo ya tafiti zilizotajwa yatawasilishwa na kujadiliwa.

Malengo ya Mkutano :

- Kuwakutanisha wadau na wahisani wenye shauku ya kuanzisha makadirio halisi ya viashirio vya matokeo na ufikiaji wa afua za malaria.
- Kupitia matokeo ya utafiti kuhusu hali ya sasa ya viashirio vya ufikiaji nchini Tanzania.

Kiambatanisho cha 2:

- Kujadili mfumo wa M & E uliyowianishwa kwa ajili ya udhibiti wa malaria kwa kuwa Tanzania inaongeza mpango wake kulingana na mkakati wa kirundi cha marejeo ya ufuatiliaji na tathmini cha upunguzaji kasi ya malaria (MERG). Kwa ajili ya kuendeshea tafiti za kaya za uwakilishi wa kitaifa.

Matokeo:

- Chapisho moja dogo linalotoa muhtasari wa:
  - Hali ya sasa ya viashiria vya ufikiaji na matokeo ifikapo mwisho wa 2008;
  - Maeneo ya sensa / kufikiriwa kwa ajili ya kutayarisha mkakati uliyowianishwa kuongoza utekelezaji wa baadaye wa tafiti za kaya kwa M & E ya malaria nchini Tanzania.

Kiambatanisho cha 2:

Mpango wa Taifa wa Kudhibiti Malaria

Warsha & Uenezaji wa matokeo ya utafiti wa Kaya wa 2007-08 tarehe 26-27 Novemba 2008

Day 1: Wednesday, 26 Nov

9:00 AM Registration

9:30 – 9:45 AM **Welcome**
Alex Mwita, NMCP Manager
Ritha Njau, WHO Representative

9:45 – 10:00 AM **Overview of NMCP's M&E framework** and role of household surveys
Presenter: Renata Mandike, NMCP M&E Team Leader

10:00 – 10:10 AM **Meeting Objectives and Methods**
Presenter: Peter McElroy, U.S. President's Malaria Initiative and CDCTanzania

10:10 – 10:45 AM **Survey Methods**
Co-chairs: Pasiens Mapunda, CEEMI and Tanya Marchant, IHI/LS
Presenter: Kesheni Senkoro, NIMR

10:45 – 11:15 AM **Tea Break**

11:15 – 11:50 AM **Bednet Ownership and Use Estimates**
Co-chairs: Nick Brown, NMCP and Ritha Njau, WHO-Tanzania
Presenter: James Kajuna, PSI

11:50 AM – 12:25 **IPTp Coverage** (20 minute presentation by one person + 15 minute Q&A for panel of representatives from NBS, IHI/LS, NMCP)
Co-chairs: MW Marero, NMCP and TK Mutabingwa, Seattle Biomedical Reseach Inst.
Presenter: Tanya Marchant

Kiambatanisho cha 2:

12:30 – 1:30 PM	**Lunch**
1:30 – 2:00 PM	**Treatment of Children with Fever** *Co-chairs: Alex Mwita, NMCP and Elizeus Kahigwa, IHI* *Presenter: Sigsbert Mkude, NMCP*
2:00 – 2:30 PM	**Parasitemia and Anemia Prevalence** *Co-chairs: Hugh Reyburn, Joint Malaria Programme and Zul Premji, MUHAS* *Presenter: Fabrizio Molteni, RTI*
2:30 – 2:45 PM	**Trends in Coverage/Biomarker Estimates 2001–08** *Co-chairs: Hugh Reyburn, Joint Malaria Programme and Zul Premji, MUHAS* *Presenter: Fabrizio Molteni, RTI*
2:45 – 3:15	**Tea Break**
3:15 – 4:00 PM	**General Discussion** *Chair: Alex Mwita, NMCP Manager*

Kiambatanisho cha 2:

Day 2: Thursday, 27 Nov

8:30 – 8:45 PM **Summary of Previous Day**
Presenter: Dawne Walker, Measure Evaluation

8:45 – 9:15 PM **Malaria Indicator Survey (MIS)** as systematic, internationally comparable approach to coverage estimates and biomarker data collection, WHO/AFRO,
RBM MERG
Chair: Rick Steketee, MACEPA
Presenter: Charles Paluku, WHO-AFRO

9:15 – 9:30 AM **Plans for 2009-10 DHS** and whether coverage data alone or coverage plus
biomarker data should be collected
Chair: Rick Steketee, MACEPA
Presenter: Laurie Liskin, Measure DHS

9:30 – 10:00 AM **General Discussion of MIS and DHS future timelines**
Chair: Alex Mwita, NMCP Manager

10:00 – 10:40 AM **Harmonizing Malaria Household Survey Needs and Timing**
Chair: Peter McElroy, PMI
Presenter:Renata Mandike, NMCP

10:40 – 11:00 PM **Closing Remarks**
Alex Mwita, NMCP

Meeting adjourned

Maelezo na Marejeo:

1 United Republic of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare, National Malaria Control Programme.
Medium Term Malaria Strategic Plan 2008 – 2013. February, 2008
2 World Health Organization. 2008. The World Malaria Report, 2008. Available online at:
http://malaria.who.int/wmr2008/malaria2008.pdf
3 President's Malaria Initiative. 2008. Malaria in Tanzania. Available online at:
http://www.fightingmalaria.gov/countries/profiles/tanzania.html
4 Since mosquitoes need standing water to breed, there are more mosquitoes and thus higher malaria
transmission during the rainy season than during the dry season.
5 D'Alessandro, U. et al. 1995. Mortality and morbidity from Malaria in Gambian children after introduction of an
impregnated bednet program. Lancet, 345(8948), 479-483.
6 Schulman, C.E., and E.K. Dorman. 2003. Importance and prevention of malaria during pregnancy. Transactions of
the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 97.
7 Schellenberg, J.R. et al. 2001. Effect of large-scale social marketing of insecticide-treated nets on child survival in
rural Tanzania. Lancet, 357 (9264), 1241-1247.
8 Ter Kuile, F.O., et al. 2003. Reduction of malaria during pregnancy by permethrin-treated bed nets in an area of
intense perennial malaria transmission in western Kenya. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 68
(Suppl. 4) 50-60.
9 Roll Back Malaria, World Health Organization. 2003. Reducing the burden of malaria in pregnancy. Available
online at: http://www.who.int/malaria/rbm/Attachment/20040713/MeraJan2003.pdf.
10World Health Organization. The World Malaria Report, 2008.

11 The criterion for malaria-associated anemia differs from severe nutritional anemia (<7g/dL) and the medical
definition of severe anemia (<5g/dL).

12 Carneiro, I., Roca-Feltrer A., Schellenberg, J. 2005. CHERG estimates of the burden of malaria morbidity in Africa
in children under the age of five years. Available online at:
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/cherg_malaria_morbidity.pdf

13 Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS), Zanzibar AIDS Commission (ZAC), National Bureau of Statistics (NBS),
Office of the Chief Government Statistician (OCGS), and Macro International Inc. 2008. Tanzania HIV/AIDS and
Malaria Indicator Survey 2007-08. Dar es Salaam, Tanzania: TACAIDS, ZAC, NBS, OCGS, and Macro International Inc.

14 HIV/AIDS indicators were also collected, as well as household characteristics, fertility histories and other
individual characteristics.

15 Including both Mainland Tanzania and Zanzibar. For comparison purposes with other surveys, results reported
pertain only to Mainland Tanzania.

Notes and References

Page

28

16 Mboera, L.E.G., Mayala, B.K., Senkoro, K.P., Magesa, S.M., Kitua, A.Y., Nkya, T., Kitau, J., Nkya, G.M., Mbilu, T.,
Manga, C., Kabula, B.I., Emidi, B., Kalinga, A.K., Emmanuel, E. and Kaluwa, B. (2008). Mosquito net Coverage and
Utilisation in Tanzania. National Institute for Medical Research, Dar es Salaam, Tanzania.

17 Kajuna J and Miller J. Social Marketing Research Series (SMRS), Monitoring PSI/Tanzania Key Malaria Indicators:
Household Survey. PSI/Tanzania, June, 2008.

18 Marchant T, Bruce J, Nathan R, Mponda M, Sedekia Y, Hanson K. Monitoring and evaluation of the Tanzanian
National Net Strategy Report on 2008 NATNETS household, facility services, and facility users surveys. Ifakara
Health Institute, London School of Hygiene and Tropical Medicine, February 24, 2009.

19 Examination of the final samples found that the NATNETS sample tended to be less urban than the other
surveys.

20 Roll Back Malaria Partnership, Guidelines for Core Population-Based Indicators. January 2009. Measure
Evaluation. Calverton, MD.

21 Nick Brown, Tanzania National Insecticide Treated Nets (NATNETS) Programme, personal communication
8/30/2009.

22 During the time period when the surveys were conducted the NMCP planned to distribute approximately 1.1
million ITNs and re-treat approximately 6.5 million nets.

23 The findings from pregnant women surveyed at the antenatal clinics were not included in the final report.

24 The antenatal schedule for delivery of IPTp recommends delivery of the first dose at the second antenatal visit.
See Marchant et al (2008). Individual, facility and policy level influences on national coverage estimates for
intermittent preventive treatment of malaria in pregnancy in Tanzania. Malaria Journal 7: 260. Available at
http://www.malariajournal.com/content/7/1/260.

25 NMCP Strategic Plan 2008-2013.

26 Tanzania National Malaria Control Program. 2001-2008. Antimalarials used 2001-2008.

27 THMIS used the Paracheck Pf™ rapid diagnostic blood test was used to detect malaria, and NATNETS used the

PARAHIT® rapid diagnostic test. NATNETS also prepared thick film blood slides for future testing.

28 Compared to severe nutritional anemia which uses the < 7 g/dL cutoff and the medical cutoff of severe anemia

at < 5 g/dL.

29 The NATNETS survey prepared thick blood film slides for microscopy in addition to using Rapid Diagnostic Tests

(RDT); the microscopy results are not included in the final report.

30 IPTp, asked of recent completed pregnancies, should be insensitive to survey timing.