TATHMINI YA MAONI KUHUSU USUGU WA VIMELEA VYA MAGONJWA DHIDI YA DAWA

RIPOTI YA NCHI YA

TANZANIA

JUNI 2026

Stanford | Deliberative Democracy Lab
Center on Democracy, Development and the Rule of Law
The Trinity Challenge

Muhtasari **3**
Sehemu ya I: Utangulizi na Mbinu za Utafiti **4**
A. Utangulizi 4
B. Mbinu za ukusanyaji maoni 6
Sehemu ya II: Idadi ya Washiriki **6**
Sehemu ya III: Uchambuzi wa Maoni **8**
B. Uchambuzi wa Pendekezo 10
B. Mwelekeo wa Kipekee 14
Sehemu ya IV: Maarifa Yaliyopatikana **15**
Sehemu ya V: Ushawishi wa Kisiasa **16**
Sehemu ya VI: Tofauti ya Idadi ya Watu **17**
A. Jinsia 17
B. Umri 17
C. Elimu 17
D. Wakati wa Vijijini dhidi ya Wakati wa Mijini 18
Sehemu ya VII: Tathmini ya Mchakato Mzima **18**

Muhtasari

Kwa ushirikiano wa The Trinity Challenge, Stanford Deliberative Democracy kulifanyika shughuli ya kukusanya maoni juu ya Usugu wa Vimelea vya Magonjwa dhidi ya Dawa (AMR) kwa kuzingatia zaidi Antibiotiki. Maoni haya yalikusanywa ili kujua maoni ya wananchi katika nchi sita za uchumi wa kati zilizoteuliwa (MICs) kuhusiana na mapendekezo ya sera zenye lengo la kupambana na Usugu wa Vimelea vya Magonjwa dhidi ya Dawa.

Wananchi wa Tanzania waliojitokeza katika mchakato huu walipendekeza mapitio ya sera karibu katika kila eneo. Wengi wao walijikita zaidi katika eneo la kinga dhidi ya maambukizi, ambapo walihitaji msaada katika WASH na chanjo kwa karibu wastani wa asilimia 14. Hii inamaanisha Watanzania wengi walipendekeza msaada uongezwe katika eneo la kinga dhidi ya maambukizi.

Washiriki waliunga mkono mapendekezo ya kuongezwa kwa wataalamu wa antibiotiki badala ya kuzuia zaidi mifumo isiyo rasmi. Waliunga mkono pendekezo la kuruhusu maduka ya dawa za binadamu na dawa za mifugo kuendelea kutoa antibiotiki bila ulazima wa maelezo ya wataalamu, huku wakitaka maduka ya dawa yasiyo rasmi yawezeshwe badala ya kuzuiliwa. Mapendekezo haya yalitokana na uzoefu walionao wanajamii wa kukosa huduma za afya katika maeneo yenye miundombinu hafifu. Kwa upande wa kilimo, Watanzania walitoa maoni mseto huku yaliyounga mkono pendekezo la kuwepo kinga dhidi ya magonjwa katika kilimo yakiongezeka kutoka 66.2% hadi 94.6% na maoni kuhusu uwepo wa masharti kwa antibiotiki muhimu kwa mifugo yalipanda kutoka 67.1% hadi 91.3%. Walisema wanahitaji kupewa taarifa zaidi, wala sio wapinzani wa kimtazamo, wana utayari wa kuunga mkono juhudi baada ya kuelewa uhusiano uliopo baina ya Afya ya Pamoja (One Health) ya binadamu, wanyama na mazingira katika kupambana na usugu wa vimelea vya magonjwa.

Mapendekezo Matano ya Juu ya Sera yaliyoungwa mkono na Washiriki wa Tanzania.

Nafasi	Pendekezo la sera
1	Kuwe na lengo la ulimwengu mzima kuzuia matumizi ya antibiotiki kali katika mifumo ya chakula.

2	Usafi wa mikono na kuzuia maambukizi vinapaswa kujumuishwa katika mtaala wa masomo shuleni kuanzia mwanzo mpaka kuhitimu masomo.
3	Serikali zinapaswa kuvipa kipaumbele vifaa vya kuzuia maambukizi (maji safi, usafi na chanjo) kupunguza kasi ya magonjwa yanayoambukizwa.
4	Fedha zinazotolewa na serikali zielekezwe katika miundombinu ya afya ili kuhakikisha watu wote wanapata maji safi kwa ajili ya usafi wa mikono.
5	Chanjo za kinga kwa watoto zilizopendekezwa na Shirika la Afya Duniani zinapaswa kulingana na zitolewe kwa usawa kwa watoto wote.

Sehemu ya I: Utangulizi na Mbinu za Utafiti

A. Utangulizi

Tanzania inakabiliwa na mgogoro katika suala la kiafya unaoonyeshwa na uwepo wa kiwango kikubwa cha usugu wa vimelea vya magonjwa kwa binadamu, udhibiti mdogo wa dawa, matumizi ya antibiotiki katika sekta ya kilimo. Zaidi ya watu 40,000 nchini Tanzania hufa kwa vifo vinahusiana na usugu wa vimelea vya magonjwa. Wakati huduma rasmi za afya zikielekezwa zaidi mijini, wakazi wa vijijini wanakabiliwa na huduma zisizo rasmi ambazo zinawezesha upatikanaji wa dawa muhimu ingawa mara nyingi hukiuka utaratibu rasmi wa kitabibu. Uchumi duni, ikiwemo gharama kubwa za vipimo vya maabara na utegemezi wa ufugaji mdogo, matumizi holela ya dawa za kujikinga na magonjwa.

Kilimo kinachangia karibu 28% ya pato la taifa nchini Tanzania na kuajiri 80% ya nguvu kazi ya taifa. Ardhi ya Tanzania inatambuliwa na wakulima wadogo wadogo ambao kwao, mifugo ikiwemo kuku na ng’ombe, inachangia usalama wa chakula na kipato. Mifugo hutumika kama “benki hai” ambayo inaweza kuuzwa haraka ili kugharamia mahitaji ya dharura ambayo hutoa uthabiti kwa familia ambazo hazina fursa ya kufikia huduma rasmi za kibenki, na hivyo kusaidia kupunguza makali ya umasikini.

Wakati mashirika ya afya duniani yakihofia matumizi kupita kiasi ya antibiotiki, wakulima na wananchi wa Tanzania hukabiliwa na changamoto kubwa ya tishio ukosefu wa dawa muhimu kutokana na gharama kubwa, jiografia ya umbali wa huduma za afya, au matatizo katika mifumo ya usambazaji wa dawa.

Katika mashamba mengi madogo, antibiotiki hutumika kama suluhisho la haraka kwa matatizo ya msingi kama vile usafi duni au upungufu wa miundombinu ya kitaalamu ya mifugo, kwa sababu matumizi ya antibiotiki ni nafuu zaidi kuliko ushauri wa kitaalamu. Mara nyingi wagonjwa hulazimika kutumia dozi zisiyo kamili za antibiotiki kutokana na vikwazo vya bei. Upatikanaji wa dawa bado ni changamoto. Kutokana na ukosefu wa zahanati na kliniki zilizo nafuu na zinazofikika kwa urahisi, maduka ya dawa yamekuwa sehemu kuu ya kupata huduma za afya kwa binadamu na mifugo.

Nchini Tanzania, mfumo wa huduma za afya umegawanyika kati ya maeneo ya mijini na vijijini; wakati maeneo ya mijini yana upatikanaji bora wa huduma katika vituo rasmi vya afya, wananchi wengi wa vijijini wanaishi mbali na madaktari na hulazimika kutegemea maduka ya dawa yasiyo rasmi au vituo vilivyoidhinishwa vya kusambaza dawa. Mara nyingi, mfumo usio rasmi wa usambazaji dawa ni chanzo pekee cha antibiotiki, na ni maeneo makuu ambayo antibiotiki hutolewa bila udhibiti kwa maambukizi ya virusi.

Kabla ya majadiliano, washiriki kutoka Tanzania walionesha uungwaji mkono mdogo kwa kanuni kali za udhibiti, huenda kutokana na hali za ndani zilizotajwa hapo awali. Baada ya majadiliano, uungwaji mkono kwa mapendekezo kuhusu iwapo wafamasia waliosajiliwa na madaktari wa mifugo waliosajiliwa wanapaswa kuruhusiwa kutoa antibiotiki bila agizo la daktari uliongezeka kutoka wastani wa makubaliano wa 5.44 (uungwaji mkono wa 41.3%) hadi 7.59 (uungwaji mkono wa 72.5%), na kutoka 5.67 (uungwaji mkono wa 58.5%) hadi 7.72 (uungwaji mkono wa 81.7%), mtawalia. Washiriki walitambua kuwa kuongeza idadi ya vituo vya huduma vinavyofikika vyenye wataalamu waliofunzwa kunaweza kupunguza vifo na usugu wa dawa kwa wakati mmoja.

Baada ya majadiliano, uungwaji mkono wa kuweka kipaumbele kwa huduma za maji safi, usafi wa mazingira na usafi binafsi (WASH), sambamba na programu za chanjo, uliongezeka na kufikia zaidi ya 95%. Katika eneo ambalo miundombinu ya huduma za afya mara nyingi huwa na changamoto, njia inayowezekana zaidi ya kupunguza Usugu wa Vimelea vya Magonjwa dhidi ya Dawa (AMR) ni kupitia afua za One Health zinazozuia hitaji la matumizi ya antibiotiki tangu mwanzo.

B. Mbinu za ukusanyaji maoni

Rasilimali mbalimbali, utaratibu wa utafiti katika Nchi za Kusini mwa Jangwa la Sahara na MENA, ndizo zilichaguliwa kutoa washiriki. Rasilimali hizi zilichunguzwa kulingana na sampuli za washiriki kwa njia ya ana kwa ana na njia ya simu. Izingatiwe kwamba, kulifahamu kundi lengwa na kiwango cha ushiriki wao kilichohitajika, walichagua mbinu hizi ili kupata matokeo bora zaidi, ingawa zilihitaji kwenda na wakati pamoja na rasilimali za kutosha. Maabara ya Ukusanyaji wa Maoni ya Stanford imefanya kazi na RDR kwa miaka michache iliyopita katika miradi mikubwa ulimwenguni katika ukanda wa Kusini mwa Jangwa la Sahara na Ukanda wa Kati na Kaskazini mwa Afrika. Katika uchunguzi huo, kulichukuliwa sampuli kwa nchi nzima kutoka Nigeria na Tanzania.

Washiriki walipewa vifaa vya kitaaluma, walishiriki kikamilifu katika mijadala ya makundi madogo madogo yenye mitazamo tofauti tofauti na kupata fursa ya kuuliza maswali kwa jopo la wataalamu.

Ukusanyaji wa maoni nchini Tanzania ulipata sampuli ya kundi la matibabu lenye washiriki 185 na kundi la kudhibiti lenye washiriki 206.

Sehemu ya II: Idadi ya Washiriki

Timu ya ukusanyaji maoni nchini Tanzania ilifanikiwa kukusanya washiriki kutoka katika makundi mbalimbali nchini humo. Jedwali la 2 linaonesha idadi ya washiriki waliotoa maoni yao (kundi la matibabu).

Mgawanyo wa maoni ya washiriki kulingana na jinsia.

Jinsia	Idadi	Asilimia
Wanaume	86	46.7%
Wanawake	99	53.3%

Mgawanyo wa Maoni ya Washiriki kulingana na Umri.

Kundi la Umri	Idadi	Asilimia
18–24	32	17.2%
25–34	58	31.1%
35–44	57	31.1%
45–54	38	20.6%
55+	0	0%

Mgawanyo wa Maoni ya Washiriki kulingana na kiwango cha Elimu

Kiwango cha Elimu	Idadi	Asilimia
Elimu ya msingi au Chini ya hapo	32	17.4%
Elimu ya Sekondari	89	47.9%
Elimu ya baada ya Sekondari/Ufundi	43	23.4%
Elimu ya Juu (Shahada ya Awali)	21	11.3%

Mgawanyo wa Maoni ya Washiriki kulingana na mji

Eneo	Idadi	Asilimia
Miji/Miji midogo	177	95.9%
Vijiji	8	4.1%

Sampuli ya maoni kutoka Tanzania (N=185) ilikuwa karibu kuwiana kijinsia. Ushiriki wao uliangaliwa kwa kuzingatia umri wa kufanya kazi kwa watu wazima: ambapo takriban nne ya tano au asilimia themanini ya washiriki walikuwa na umri kati ya miaka 18 na 44, na hakukuwa na washiriki wenye umri wa miaka 55 na kuendelea katika kundi la matibabu kulingana na asilimia zilizoripotiwa. Washiriki walichanganywa bila kujali viwango vyao vya elimu lakini vilikaribiana na elimu ya sekondari, pamoja na wachache wenye elimu baada ya sekondari au ufundi na kundi la elimu ya msingi. Kijiografia, sampuli zilichukuliwa katika maeneo ya miji mikubwa/miji midogo, inamaanisha maoni kutoka maeneo ya vijijini yalikuwepo lakini kwa kiwango kidogo. Makundi yaliundwa na washiriki kutoka mijini kwa kiasi kikubwa kuliko makundi yanashughulika na kinga ya maradhi bila kusahau alama za makundi ya washiriki kutoka Tanzania zilikuwa chini ya wastani wa mapendekezo 31 kati ya mapendekezo 45 kabla ya maoni kulinganisha na kundi linalochunguza hali ya matibabu.

Sehemu ya III: Uchambuzi wa Maoni

Katika mchakato wa kukusanya maoni, washiriki wa kutoka Tanzania walitoa alama kwa mapendekezo 45 kwa kiwango cha 0-10 (kuanzia wanaopinga kisha wanaounga mkono). Hii iliwakilisha hatua madhubuti ambazo washiriki walichukua baada ya kujadili na kujifunza kuhusu Usugu wa Vimelea vya Magonjwa dhidi ya Dawa.

A. Mapendekezo 10 kwa ajili ya Tanzania

1. **Kuacha kutumia antibiotiki za kinga katika mnyororo wa chakula (Malengo kwa antibiotiki):** Kuwe na dhamira ya ulimwengu mzima kuzuia matumizi ya antibiotiki kali katika mnyororo wa chakula.
2. **Kuongeza upatikanaji wa antibiotiki za wanyama kwa wakulima (Upatikanaji wa antibiotiki):** Serikali za nchi zenye kipato cha chini au cha kati ziongeze upatikanaji wa antibiotiki kwa wafugaji wote kwa ajili ya wanyama wao, ikiwemo wale wenye uwezo mdogo wa kuwafikia madaktari wa mifugo.

3. **Kudhibiti maduka bubu ya dawa na usimamizi wa antibiotiki muhimu (upatikanaji wa antibiotiki):** Serikali inapaswa kutoa miongozo bayana na msaada kwa maduka ya dawa yasiyo rasmi na usimamizi wa dawa muhimu zinazohitajika zaidi bila uwepo wa maelezo ya daktari wa binadamu au daktari wa mifugo.
4. **Kuunda mfumo wa ufuatiliaji wa binadamu, wanyama na maji (ufuatiliaji na usimamizi):** Programu za ufuatiliaji kitaifa zianzishwe kufuatilia kiwango cha maambukizi, aina za bakteria, matumizi ya antibiotiki) na usugu wa vimelea dhidi ya antibiotiki kwa binadamu, wanyama (pamoja na samaki) na mifumo ya maji.
5. **Mfuko wa maji safi kwa ajili ya huduma za kiafya (kinga dhidi ya maambukizi):** Fedha kutoka serikali zinapaswa kuelekezwa kwenye miundombinu ya afya ili kuhakikisha watu wote wanapata maji safi ya kunawa mikono.
6. **Kiwango cha juu cha Shirika la Afya Duniani limependekeza chanjo ya watoto (kinga dhidi ya maambukizi):** Chanjo za watoto zinazopendekezwa na Shirika la Afya Duniani (WHO) zinapaswa kuongezwa na kuboreshwa ili kuwafikia watoto wote, kwa usawa.
7. **Kudhibiti na kufuatilia wauzaji wa antibiotiki wasio rasmi (Upatikanaji wa antibiotiki):** Wauzaji wa antibiotiki wasio rasmi, kama vile wauzaji wa dawa binafsi wenye hati miliki na maduka ya dawa yasiyo rasmi, wanapaswa kudhibitiwa na kufuatiliwa ili waruhusiwe kutoa idadi ndogo ya antibiotiki za msingi za kunywa kwa ajili ya maambukizi maalumu, kwa kuzingatia miongozo madhubuti, hata kama dawa hizo zitatolewa bila cheti cha daktari.
8. **Kujumuisha vipimo vya haraka vya uchunguzi katika mfumo wa ufuatiliaji (Ufuatiliaji na uangalizi):** Taarifa zinazotokana na vipimo vya haraka vya uchunguzi vinavyofanyika katika vituo vya kutolea huduma zinapaswa kujumuishwa katika mfumo wa kawaida wa kitaifa wa ukusanyaji na utoaji wa taarifa za ufuatiliaji.
9. **Kampeni za uhamasishaji kuhusu madhara ya matumizi yasiyo ya lazima ya antibiotiki (Uhamasishaji na elimu):** Kampeni za uhamasishaji zinapaswa kujikita katika hatari na madhara ya matumizi yasiyo ya lazima ya antibiotiki kwa binadamu, usalama wa chakula, na mazingira.
10. **Kuunganisha mifumo ya maabara na rasilimali za pamoja za One Health (Ufuatiliaji na uangalizi):** Mifumo ya maabara ya kupima usugu wa bakteria dhidi ya antibiotiki kwa binadamu na wanyama inapaswa kuunganishwa na kutumia rasilimali za pamoja za One Health.

Mapendekezo yaliyosisitiza kuwa kila mtu anapaswa kuwa na upatikanaji wa maji safi na salama pamoja na huduma bora za usafi wa mazingira, na kwamba serikali zinapaswa kuweka kipaumbele katika zana za kuzuia maambukizi ili kupunguza mzigo wa magonjwa ya kuambukiza, hayakuingia katika mapendekezo 10 bora kwa Tanzania.

Washiriki walionyesha kuvutiwa zaidi na mapendekezo yanayohusu ufuatiliaji na uangalizi pamoja na upatikanaji wa antibiotiki. Mitazamo ya washiriki kabla ya majadiliano ilionyesha kiwango cha chini zaidi cha uungwaji mkono kwa serikali kudhibiti wakulima kuanzisha programu za kuzuia maambukizi katika mashamba. Hata hivyo, baada ya majadiliano, uungwaji mkono kwa pendekezo hili ulibadilika kwa kiwango kikubwa miongoni mwa washiriki wa Tanzania, na kufikia wastani wa alama 8.485 (uungwaji mkono wa 94.6%).

B. Uchambuzi wa Pendekezo

1. Kuwe na lengo la kimataifa la kusitisha matumizi ya antibiotiki muhimu kwa matibabu katika mnyororo wa chakula.

Pendekezo hili linatoa wito wa kuwepo kwa agizo la kimataifa la kusitisha matumizi ya antibiotiki muhimu kwa afya ya binadamu katika sekta ya uzalishaji wa chakula. Baada ya majadiliano, uungwaji mkono nchini Tanzania uliongezeka kwa kiasi kikubwa, ambapo wastani ulipanda kutoka 7.28 (uungwaji mkono wa 65.2%) hadi 8.54 (uungwaji mkono wa 92.2%).

Washiriki walieleza kuwa "matumizi ya dawa hizi ndiyo yanayosababisha kupanda kwa bei," na kwamba kupunguza matumizi yake ni muhimu ili "kila Mtanzania" apate chakula salama. Mshiriki mwingine aliongeza kuwa kwa sasa chakula kingi "kinauzwa sokoni bila kufanyiwa uhakiki," hivyo kunahitajika uhakiki wa kina ili kuwalinda walaji.
Kilimo kinachangia asilimia 28 ya Pato la Taifa (GDP) la Tanzania na kinaajiri asilimia 80 ya nguvu kazi. Kwa sababu wakulima wadogo mara nyingi hutumia antibiotiki kama suluhisho la haraka kutokana na ukosefu wa usafi, uelewa wa madhara ya muda mrefu kwa afya ya binadamu yanayosababishwa na usugu wa vimelea dhidi ya dawa ulisababisha mabadiliko makubwa ya maoni.

2. Serikali za nchi zenye kipato cha chini na cha kati zinapaswa kuongeza upatikanaji wa antibiotiki ili kuwasaidia wafugaji wote kwa ajili ya mifugo yao, wakiwemo wale wenye fursa ndogo ya kupata huduma za madaktari wa mifugo.

Uungwaji mkono kwa pendekezo hili uliongezeka kutoka wastani wa 7.25 (uungwaji mkono wa 68.8%) hadi 8.88 (uungwaji mkono wa 94.7%). Washiriki walitambua kuwa maeneo ya vijijini kwa sasa hayapati huduma za kutosha. Walieleza kuwa "madaktari wengi hawafiki huko kwa ajili ya antibiotiki" katika jamii za vijijini, na wakaishauri serikali "iwaonyeshe jinsi ya kuzidhibiti" kwa kuwa mifugo bado ni "tatizo kubwa" bila msaada wa wataalamu. Aidha, mshiriki mmoja alisema kuwa bila upatikanaji rasmi wa huduma

hizo, wafugaji "huwa kama waombaji" madukani, na hivyo kupoteza uwezo wao wa kusimamia afya ya mifugo yao.

Kwa asilimia 70 ya Watanzania, mifugo hutumika kama akiba hai inayoweza kuuzwa wakati wa dharura. Kuhakikisha akiba hii inalindwa kupitia upatikanaji wa uhakika wa dawa ni suala la msingi la usalama wa kifedha kwa watu wasio na huduma rasmi za benki.

3. Serikali zinapaswa kuandaa miongozo iliyo wazi na kuunga mkono udhibiti wa utoaji usio rasmi pamoja na ufuatiliaji wa antibiotiki za msingi zinazohitajika zaidi na zinazotumika kwa njia ya kunywa, bila kuhitaji ushauri wa daktari au daktari wa mifugo.

Uungwaji mkono uliongezeka kutoka wastani wa 7.67 (uungwaji mkono wa 83.4%) hadi 8.87 (uungwaji mkono wa 97.6%). Washiriki walisisitiza zaidi umuhimu wa elimu kuliko kuweka vikwazo. Mshiriki mmoja alipendekeza kuwa wanaofanya kazi katika maduka ya dawa "wapewe elimu ya sekondari na vyuo," kwa sababu kwa sasa "wanauza lakini hawajui jinsi ya kuzitumia." Watanzania wanategemea kwa kiwango kikubwa vituo vilivyoidhinishwa vya kusambaza dawa, hususan katika maeneo ya vijijini na mijini ambako miundombinu rasmi ya huduma ni haba. Wananchi walipendelea kuongeza idadi ya vituo vya huduma vinavyotoa dawa vinavyoendeshwa na watu waliopata mafunzo ili kupunguza vifo.

Washiriki wa Tanzania waliongeza uungwaji mkono wao kwa kuwepo kwa miongozo iliyo wazi na udhibiti wa utoaji usio rasmi wa antibiotiki bila kuhitaji maelezo ya daktari. Jambo la kuvutia, hakukuwa na mabadiliko yenye umuhimu wa kitakwimu katika kiwango cha uungwaji mkono kuhusu kudhibiti au kuweka mipaka kwa uwezo wa wauzaji wa dawa na maduka yasiyo rasmi ya dawa kutoa antibiotiki bila maelezo ya daktari. Uungwaji mkono kwa pendekezo hilo uliendelea kuwa wa juu, ukiwa wastani wa takribani 7.65 kati ya alama 10 (sawa na uungwaji mkono wa 76.8%).

4. Programu za serikali za ufuatiliaji zinapaswa kuwekwa kwa ajili ya kufuatilia kiwango cha maambukizi, aina za bakteria, matumizi ya antibiotiki, na usugu wa bakteria dhidi ya antibiotiki kwa binadamu, wanyama (ikiwemo samaki), na mifumo ya maji.

Washiriki walijadili mapendekezo mbalimbali ya kuanzisha au kuimarisha mifumo ya kufuatilia viwango vya maambukizi, usugu wa aina za bakteria, matumizi ya antibiotiki,

na viashiria vingine muhimu. Uungwaji mkono uliongezeka kutoka wastani wa 7.95 (uungwaji mkono wa 73.7%) hadi 8.69 (uungwaji mkono wa 95.6%).

Ukusanyaji wa taarifa ulionekana kuwa njia pekee ya kuchochea uingiliaji wa serikali. Mshiriki mmoja alibainisha kuwa taarifa hizo zitasaidia kutambua "ni watu wangapi wamekufa" na kuwezesha kudhibiti maambukizi "mapema kuliko kufanya hivyo [baadaye]." Tanzania inakabiliwa na tatizo la matumizi ya antibiotiki yasiyodhibitiwa; washiriki wanaamini kuwa uwekaji sahihi wa kumbukumbu ni sharti la awali kwa hatua za kinidhamu zinazohitajika katika sekta hii hatarishi.

5. Fedha mahususi za serikali zinapaswa kuelekezwa katika vituo vya huduma za afya ili kuhakikisha vyote vina upatikanaji wa maji safi kwa ajili ya usafi wa mikono.

Uungwaji mkono uliongezeka kutoka 7.93 (uungwaji mkono wa 79.2%) hadi 8.56 (uungwaji mkono wa 91.5%). WASH (Maji safi, Usafi wa mtu na Usafi wa Mazingira) ilionekana kama kinga ya msingi kwa makundi yaliyo hatarini. Mshiriki mmoja alisisitiza umuhimu wa "programu ya maji ya vijiji [maji] mahsusi kwa [watoto]." Mshiriki mwingine alisema kuwa maji safi ni hitaji la kuelewa na kuboresha "afya ya watu" katika mikoa kama Kilimanjaro.

Uungwaji mkono kwa uzuiaji wa maambukizi ulibadilika zaidi nchini Tanzania kuliko katika kundi lingine lolote, ambapo uliongezeka kwa wastani wa asilimia 14.26. Washiriki walihitimisha kuwa kuzuia maambukizi ndiyo njia inayotekelezeka zaidi pale ambapo miundombinu ni finyu.

6. Utoaji wa chanjo kwa ajili ya chanjo za utotoni zinazopendekezwa na Shirika la Afya Duniani (WHO) zinapaswa kuongezwa ili kufikia huduma ya wote/ufikivu kamili, ili kuwahusisha watoto wote.

Uungwaji mkono wa washiriki wa Tanzania kwa mapendekezo ya uzuiaji wa maambukizi ulionekana kuathiriwa zaidi na mchakato wa majadiliano ya upigaji kura, ambapo asilimia ya washiriki waliounga mkono iliongezeka kwa wastani wa 14.26% baada ya majadiliano. Uungwaji mkono kwa pendekezo hili uliongezeka kwa kiasi kikubwa kutoka wastani wa 7.46 (uungwaji mkono wa 64.6%) hadi 9.00 (uungwaji mkono wa 97.9%). Chanjo zilitambuliwa kama njia ya kuvunja mzunguko wa magonjwa. Mshiriki mmoja alibainisha kuwa kwa chanjo, tunaweza kuhakikisha mtoto "marudi wa shindo [harudi kuugua]. Mshiriki mwingine aliongeza kuwa programu zilizopo katika maeneo kama Serengeti ni "dhaifu" na zinapaswa kusimamiwa vizuri zaidi ili kufika mijini. Kabla ya majadiliano, Watanzania walikadiria uzuiaji kama kipaumbele cha chini,

lakini walitoka katika mchakato huo wakiona chanjo kama njia muhimu ya One Health inayopunguza haja ya matumizi ya antibiotiki baadaye.

7. Wauzaji wa antibiotiki wasio rasmi kama vile wauzaji wa dawa binafsi wenye hati miliki na maduka yasiyo rasmi ya dawa wanapaswa kudhibitiwa na kufuatiliwa ili kutoa idadi ndogo ya antibiotiki za msingi za kumeza kwa maambukizi maalum chini ya masharti madhubuti.

Uungwaji mkono kwa modeli hii ya utoaji uliongezeka kutoka 5.44 (uungwaji mkono wa 41.3%) hadi 7.59 (uungwaji mkono wa 72.5%). Washiriki walitaka kusawazisha utaalamu na changamoto za kijiografia. Mshiriki nambari 60005 alipendekeza kuwa “wataalamu wanapaswa kwenda katika maeneo wanayojua jinsi ya kutoa antibiotiki” ili watu wasilazimike kusafiri umbali mrefu kupata dawa rahisi.

Wakati uungwaji mkono kwa kuimarisha taaluma katika majukumu haya uliongezeka, uungwaji mkono kwa kudhibiti wauzaji wasio rasmi uliendelea kuwa wa juu kwa asilimia 76.8%, ikionesha nafasi yao kama chanzo kikuu cha huduma za afya ya binadamu na mifugo katika jamii za vijijini.

8. Taarifa zinazotokana na vipimo vya haraka vya uchunguzi vinavyofanyika katika vituo vya kutolea huduma zinapaswa kujumuishwa katika mfumo wa kawaida wa kitaifa wa ukusanyaji na utoaji wa taarifa za ufuatiliaji.

Uungwaji mkono uliongezeka kutoka wastani wa 7.77 (uungwaji mkono wa 85.8%) hadi 8.65 (uungwaji mkono wa 92.5%). Upimaji wa haraka ulionekana kama njia ya “kudhibiti athari kwa binadamu” kwa kupunguza matumizi ya dawa kwa majaribio. Mshiriki mmoja aliunga mkono “uainishaji wa maabara zote... kuanzia mtaa wetu” ili kutoa vipimo maalum vinavyosaidia kuzuia sumu. Gharama kubwa ya vipimo vya maabara kwa sasa husababisha matumizi ya dawa za kinga nchini Tanzania; kujumuisha vipimo vya haraka na vya gharama nafuu kunachukuliwa kama afua muhimu ya kiuchumi na kiafya.

9. Kampeni za uhamasishaji zinapaswa kujikita katika hatari na madhara ya matumizi yasiyo ya lazima ya antibiotiki kwa binadamu, usalama wa chakula, na mazingira.
Uungwaji mkono uliongezeka kutoka wastani wa 7.97 (uungwaji mkono wa 75.2%) hadi 8.18 (uungwaji mkono wa 88.1%). Washiriki walisisitiza umuhimu wa kuwepo kwa miundo ya mawasiliano inayofikika kwa urahisi. Mshiriki mmoja alipendekeza “matumizi zaidi ya sauti kuliko maandishi” kwa kuwa redio na video vinaweza “kupunguza ukubwa wa madhara kwa binadamu” kwa watu wasioweza kusoma kwa wingi. Mshiriki mwingine aliwataka wadau wa serikali “kuweka mkazo katika hilo ili... kuwafikia watu

wengi zaidi.” Matumizi ya lugha ya Kiswahili yalitambulika kama nyenzo muhimu katika elimu ili ujumbe uweze “kueleweka kwa urahisi zaidi” na jamii kwa ujumla.

10. Mifumo ya maabara ya kupima usugu wa bakteria dhidi ya antibiotiki kwa binadamu na wanyama inapaswa kuunganishwa na kutumia rasilimali za pamoja za One Health.

Uungwaji mkono uliongezeka kutoka wastani wa 7.90 (uungwaji mkono wa 87.3%) hadi 8.74 (uungwaji mkono wa 91.4%). Ujumuishaji ulionekana kama njia ya kupata msaada wa kimataifa. Mshiriki mmoja alibainisha kuwa hii itakuwa “njia ya kupata wafadhili wa kimataifa” kusaidia mifumo ya ndani kukua. Mshiriki mwingine aliongeza kuwa wataalamu wanapaswa “kushirikiana nao” ili kujenga timu imara ya afya ya kimataifa. Kwa kuzingatia mwingiliano wa maisha ambapo binadamu wanaishi karibu na mifugo, rasilimali jumuishi za One Health zilionekana kuwa za lazima.

B. Mwelekeo wa Kipekee

Kabla ya maoni, washiriki kutoka Tanzania walitoa alama ya kiwango cha chini kidogo kuliko kundi la udhibiti kwa mapendekezo 31 katika ya 45, ikiwemo pendekezo la uhakika wa upatikanaji wa chakula: kuzuia matumizi ya antibiotiki za kiwango cha juu cha dawa za binadamu katika mifumo ya uzalishaji wa chakula (67.1% uungwaji mkono; sawa na wastani wa 6.668). Baada ya maoni Tanzania ikashuhudia kupanda kwa kiwango cha mapendekezo ya kuhitaji msaada, yakiambatana na hatua madhubuti za kinga dhidi ya maambukizi. Maoni ya kuzuia matumizi ya antibiotiki yalipanda kwa kasi hadi kufikia 91.3% ya uungwaji mkono (sawa na wastani wa 8.491) na kuchochea ongezeko la dunia nzima kutoka 69.3% na kufikia 76.6%.

Tanzania iliibuka kidedea katika utoaji wa maoni juu ya udhibiti wa matumizi ya antibiotiki katika kilimo, kubadilika kwa maoni yaliyokuwa na shaka kiasi mpaka kuwa maoni yenye kuunga mkono kwa kishindo (67.1% hadi 91.3%). Tofauti na Brazil, ambako maoni mengi yalipinga kabisa matumizi ya antibiotiki bila maelezo ya daktari, maoni kuhusu utolewaji msaada kwa wataalamu wa dawa na madaktari wa mifugo kutoa antibiotiki bila maelezo ya madaktari yaliongezeka kwa alama mbili pekee kiwango cha 1-10. Katika muktadha ni wa utofauti uliopo baina vijiji na miji na upatikanaji mdogo wa daktari, ongezeko la uhitaji wa wataalamu wenye mafunzo ni hitaji la lazima ili kuokoa maisha ya watu.

Washiriki walishuhudia ongezeko la asilimia 25.3 za kukubaliana na maelezo kuwa “Watumishi wa umma wanajali zaidi kwamba watu kama mimi wanafikiria nini” (33% hadi 58.3%), badiliko kubwa kushuhudiwa katika nchi zote. Maoni ya kukubaliana na

kauli kuwa “nina maoni kuhusu masuala ya sera yanayotakiwa kusikilizwa” pia yaliongezeka kwa kasi kutoka (78.3% hadi 89.6%). Izingatiwe kuwa, hata hivyo uwezeshwaji huu ulienda sambamba na mtazamo hasi: baada ya ukusanyaji wa maoni, 53.4% ya Washiriki wa Tanzania walikubaliana na kauli isemayo “Watu kama mimi sina kauli juu ya kile kinachofanywa na serikali” utofauti wa kudhani unatambulika na ushawishi halisi wa kisiasa.

Sehemu ya IV: Maarifa Yaliyopatikana

Washiriki wa Tanzania walionesha ufahamu mdogo kabla ya utafiti ukilinganisha na makundi mengine ya aina hiyo, kukiwa na ongezeko kutoka 3.6% hadi 7.1% kupitia maswali sita yaliyoulizwa kupima ufahamu wao. Hiki ni kiwango cha chini kidogo ukilinganisha na nchi kama Nigeria (30.6%) na India (17.5%). Upimaji zaidi wa maarifa nchini Tanzania unaweza kuonesha kuwa tayari washiriki walikuwa na uelewa angalau kidogo kama si kiasi, kwa kuzingatia uelewa wa mwanzo waliokuwa nao juu ya upatikanaji wa antibiotiki na usimamizi wa mifugo.

Licha ya wastani wa chini kuongezeka, washiriki kutoka Tanzania walionesha kuimarika kwa uelewa wao katika makundi makundi matano kati ya sita yaliyofanyiwa majaribio, wakati kukionekana kushuka kwa uelewa kwa 1.4% katika swali moja. Kiwango kikubwa zaidi cha uelewa wao kilichoonekana kilikuwa 12.4% katika swali lililohoji: “Ni kauli ipi katika ya zifuatazo ni sahihi kuhusu usugu wa vimelea dhidi ya antibiotiki?

Washiriki wakiwa katika makundi walieleza kwa kina uelewa juu ya vizuizi vya elimu kuhusu usugu wa vimelea vya magonjwa dhidi ya antibiotiki, wakipendekeza kwamba elimu ya ufundi lazima itolewe katika njia za jadi zinazokubalika. Kwa mfano, mshiriki mmoja alidai “elimu inatakiwa kutolewa kwa njia ya sauti zaidi kuliko kwa njia ya maandishi…..kupunguza madhara yanayoweza kutoka kwa binadamu” akisisitiza kuwa maandishi yanaweza kuwa kikwazo kwa wengi. Pia walisisitiza zaidi matumizi ya Kiswahili ili taarifa ziweze kueleweka kwa watu wengi zaidi.

Mchakato wa utafiti ulibadilisha mitazamo ya Watanzania juu ya kinga dhidi ya maambukizi, huku uungwaji mkono wa mapendekezo haya ukiongezeka kwa wastani wa 14.26%. Hii inaonesha elimu ya kiufundi ilikuwa ya kiwango cha kati, maoni yaliyozingatiwa yanahusu umuhimu wa usafi binafsi na chanjo kama kinga ya kwanza dhidi ya usugu wa vimelea dhidi ya dawa unaongezeka kwa kasi. Washiriki walitambua kwamba ukosefu elimu juu ya matumizi mabaya ya dawa. Mshiriki mmoja alisema “watu wengi wanatumia dawa bila maelezo ya daktari” kwa sababu ya gharama kubwa,

akashauri kwamba sera zinapaswa kuzingatia unafuu wa vipimo kuziba pengo lililopo baina ya kuwa na elimu hii na utendaji.

Kwa kuwa Watanzania hutegemea zaidi maduka ya dawa yaliyo rasmi, sera zinapaswa kujielekeza katika utoaji wa elimu na mafunzo kwa wauzaji wasio rasmi kuliko kuwazuia, washiriki waligundua kuwa uwepo wa wataalamu wengi wenye elimu ni njia bora zaidi ya kupunguza vifo na kinga katika maeneo ya vijijini.

Sehemu ya V: Ushawishi wa Kisiasa

Washiriki kutoka Tanzania walishuhudia ongezeko la ushawishi wa kisiasa baada ya mchakato wa maoni, ongezeko kubwa zaidi la kiwango cha kujiamini kwa utafiti uliofanyika katika nchi sita. Wakati Watanzania wakionesha uwepo wa ushawishi mdogo katika siasa, mchakato wa maoni ulionesha kuwapa motisha, ukasababisha mabadiliko ya mtazamo walionao juu ya uhusiano wao na maofisa wa serikali na uwezo wao binafsi wa kuleta mabadiliko.

Uungwaji mkono wa kauli “Watumishi wanajali zaidi kuhusu watu kama mimi wanafikiriaje” ulionesha kupanda kwa 25.3% kabla ya mchakato wa maoni ambao ulikuwa 33% hadi 58.3% baada ya mchakato wa maoni. Imani juu ya mtazamo wa mtu kuhusu sera pia umeimarika: uungwaji mkono wa kauli “Nina maoni kuhusu masuala ya sera yanayostahili kusikilizwa” uliongezeka kwa 11.3% na kufikia 89.6%. Mwisho, mitazamo ya jamii kuhusu ushiriki wao ulikuwa juu lakini bado ulitakiwa kueleweka zaidi, huku uungwaji mkono wa kauli “Nina uwezo wa kuleta mabadiliko katika jamii yangu” ukiongezeka kutoka 89.4% hadi 94.1% ambayo ni kubwa zaidi katika uelewa wa ushawishi wa jamii miongoni mwa mataifa yote sita.

Tanzania ilionesha upekee miongoni mwa nchi sita kwa kuonesha kupishana kwa mwelekeo wake wa data. Wakati washiriki wakionesha kuelewa kuwa maofisa wa serikali wanajali kuhusu maoni yao, pia alishuhudia kuongezeka kwa 16.5% katika uungwaji mkono wa kauli “Watu kama mimi sina kauli juu ya kile kinachofanywa na serikali” (umeongezeka kutoka 36.9% hadi 53.4%).

Uungwaji mkono wa kauli “Watu kama mimi hawana la kufanya kuhusu uhakika wa chakula” ulipanda kwa 10.8%. Hali hii inadhihirisha kuwa wakati washiriki kutoka Tanzania wakihisi maoni yao yanathaminiwa na yanastahili kusikiliza, tatizo la Usugu wa Vimelea vya Magonjwa dhidi ya Dawa na uhaba wa chakula huenda umewawezesha kujua vikwazo vya kimfumo vinavyodhoofisha ushawishi wa mtu mmoja mmoja. Kabla ya mchakato wa maoni, utofauti mkubwa ulikuwa mji au kijiji. Wakazi wa vijijini walipata

alama kwa mapendekezo 16 katika ya 45 idadi ya chini kuliko wakazi wa mijini na walipata alama katika ya 1.76 na 2.6.

Kufuatia majadiliano, hizo tofauti zilitoweka. Alama za washiriki wa vijijini zilipanda zilikaribiana na zile za washiriki wa mijini katika mapendekezo 43 kati ya 45, ikionesha upatikanaji wa taarifa na utoaji wa maoni umelingana kwa wakazi wa vijijini ambao mwanzoni walihisi kuwa nyuma. Baada ya machakato wa ukusanyaji maoni, tofauti ya umri ikawa tofauti kubwa katika uungwaji mkono wa mapendekezo 15 tofauti, wakati kiwango cha elimu hakikuonekana kuwa tofauti kubwa kwa namna Watanzania walivyouelewa ushawishi wa kisiasa au suluhisho la sera.

Watu wengi walioamini kwamba watumishi wa umma wanajali wanaona kwamba Watanzania wana mwitikio katika michakato ya uundaji wa sera. Kwa sababu tathmini hii iliziba pengo baina vijiji-miji, matokeo yanaonesha kwamba uhamasishaji na kampeni zilizolenga wakati wa vijijini ungeweza kujenga uelewa wa masuala ya kitaifa, ushawishi wa kisiasa katika hatua za makusudi dhidi ya Usugu wa Vimelea vya Magonjwa dhidi ya Antibiotiki, ilimradi serikali itausimamia mradi wa One Health unaokubalika sana kwa washiriki.

Sehemu ya VI: Tofauti ya Idadi ya Watu

A. Jinsia

Jinsia haikuwa kigezo kikuu katika utoaji wa wastani wa alama kabla na baada ya mchakato wa tathmini.

B. Umri

Kabla ya tathmini, umri haukuwa kigezo cha takwimu katika ugawaji wa wastani wa alama katika mapendekezo. Hata hivyo, baada ya tathmini, umri ulikuwa kigezo katika mapendekezo 15 kati ya 45 kutokana na ongezeko la mwaka mmoja wa umri linalohusiana na ongezeko la wastani kati ya 0.033 na 0.093 katika alama za pendekezo.

C. Elimu

Washiriki walijibu maswali kuhusu viwango vyao vya elimu. Majibu yao yaliwekwa katika makundi matatu: waliohitimu elimu ya juu au chini ya hapo, elimu baada ya sekondari (ikijumuisha elimu isiyo ya msingi na elimu ya muda mfupi, inayolingana na elimu ya ufundi au elimu ya biashara), na shahada ya kwanza au zaidi. Nchini Tanzania, kiwango cha elimu hakikuwa kigezo kikuu katika uwekaji wa alama za mapendekezo.

D. Wakati wa Vijijini dhidi ya Wakati wa Mijini
Utafiti uliwahoji washiriki kuhusu hadhi ya mazingira wanayoishi. Majibu ya wakazi wa "mijini" au "miji midogo" au "wengineo" ulirekodiwa "mijini" wakati wale wa "miji midogo" "vijiji" au "wengineo" waliwekwa katika kundi la "vijijini". Kabla ya tathmini, mji au kijiji ilionekana kama ndio kigezo cha kutofautisha nchini Tanzania. Wakazi wa vijijini walipewa alama katika mapendekezo 16 kati ya 45 kiwango cha chini kuliko wale wa mijini. Alama zilikuwa wastani kati ya 1.76 na 2.6 kwa wakati wa vijijini, ikionesha utofauti mkubwa. Hata hivyo, baada ya tathmini, wakati wa walipata tofauti ya wastani wa alama mbili pekee katika mapendekezo, chini ya wakati wa mijini kwa alama 1.27 kwa pendekezo, "Usafi wa mikono na kinga dhidi ya maambukizi unapaswa kuwa sehemu ya mtaala shuleni kuanzia mtoto anapoanza mpaka anapohitimu" na 1.62 ukawa wastani wa chini wa alama katika pendekezo "Serikali za kitaifa zinapaswa kuongeza fedha kwa ajili ya kampeni kuhusu kusuasua katika chanjo na kuongeza uelewa juu ya tabia za watu zinazohusiana na chanjo.

Sehemu ya VII: Tathmini ya Mchakato Mzima

Washiriki walitakiwa kutathmini matokeo ya mchakato mzima wa ukusanyaji wa maoni kwa alama kuanzia 0-10, ambapo 0 inawakilisha hakuna na namba nyingine hadi 10 ilionesha thamani ya matokeo. Washiriki kutoka Tanzania walitoa alama 8.538/10 kwa mijadala ya makundi madogo madogo, matumizi ya vitendea kazi: 8.427/10, jopo la wataalamu 8.550/10 na shughuli nzima ilikuwa na alama 8.404/10. Pia washiriki waliambiwa watoe alama kwa kiwango chao cha uungaji wa kauli mbalimbali, kwa kiwango cha 0 'kutokuunga mkono' na 10 'kuunga mkono'. Washiriki waliamini kuwa mchakato wa tathmini uliwafanya kuwa na uelewa kuliko ule waliokuwa nao. Washiriki walikubali kuwa vitendea-kazi uliwapa mtazamo mpana zaidi kwa kuupa alama 8.267/10. Wahojiwa pia waliamini kuwa, wataalamu waliwapa mtazamo mpana kwa kiwango cha 8.601/10. Pia walihisi kuelewa zaidi kuhusu maoni ya watu wengine kuhusu mada hii baada ya mjadala kwa kiwango cha (8.541/10).

Kazi hii ni kwa msaada wa Wellcome [226689] na Novo Nordisk Foundation [NNF24SA0092600].

Kwa maelezo zaidi tafadhali tembelea:
https://deliberation.stanford.edu/
https://thetrinitychallenge.org/