

ÚROVEŇ PORODNICTVÍ V AFRICE (UGANDĚ)

Bakalářská práce

KATEŘINA SIKOROVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Hanušová René

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář

Studijní obor: Porodní asistentka

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

Abstrakt

SIKOROVÁ, Kateřina: Úroveň porodnictví v Africe (Ugandě). Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci. Školitel: PhDr. René Hanušová. Vysoká škola zdravotnická o.p.s. v Praze, 2009.

Tématem bakalářské práce je úroveň porodnictví v Africe, zejména pak v Ugandě. Tato teoretická práce se zabývá Ugandou jako zemí, zdravotní péčí v Ugandě, tradičním kmenovým porodnictvím a vedením porodu v nemocnici nacházející se ve vesnici Buikwe, která je na africké poměry velmi dobře vybavena a poskytuje kvalitní péči jak o rodičku, tak o novorozence. Součástí práce jsou rozhovory se čtyřmi erudovanými lékaři, kteří v Africe vykonávali gynekologicko-porodnickou činnost.

Klíčová slova: Afrika, Uganda, Buikwe, kmen, zdravotnictví, porodnictví, Česko-slovensko-ugandská nemocnice sv. Karla Lwagy, porodní asistentka, péče.

Abstract

SIKOROVÁ, Kateřina: Level of midwifery in Africa (Uganda). Bachelor work. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Degree of professional qualification: Bachelor in midwifery. Advisor: PhDr. René Hanušová. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze, 2009.

The theme of this bachelor thesis is the level of midwifery in Africa (Uganda). This theoretical thesis deals with Uganda as country, health care in Uganda, traditional tribal midwifery and midwifery in hospital which is in village called Buikwe. This hospital is very well equipped and a quality on mothers care and newborns care is very high in a matter of african conditions. My thesis includes four interviews with erudite doctors, who worked as gynaecologist and obstetrician in africa.

Key words: Africa, Uganda, Buikwe, tribe, health service, midwifery, st. Charles Lwanga Buikwe Hospital, midwife, care.

Předmluva

Úroveň porodnictví ve vyspělých zemích rok od roku stoupá. Rodičkám se dostává kvalifikované péče a je úspěšně vyřešeno mnoho patologií spojených s těhotenstvím a porodem. Jsou ale země, kde péče o těhotnou a rodící ženu je daleko za hranicemi dnešní doby.

Tato práce vznikla ve snaze přiblížit úroveň porodnictví a péče o rodičku v Africe zejména v Ugandě. Téma práce bylo ovlivněno osobními zkušenostmi s africkým porodnictvím, zájmem o problematiku rozvojových zemí a o možnosti dobrovolného působení v roli porodní asistentky v těchto zemích.

Práce je určena jak studentkám porodní asistence, tak i zdravotnickému personálu z řad porodních asistentek, sester i lékařů, kteří by mohli mít zájem o práci v zemích třetího světa a výrazně tak přispět ke zlepšení kvality života domorodých obyvatel.

Poděkování

Tato práce vznikla s výrazným přispěním mnoha lidí. Chtěla bych tímto poděkovat Arcidiecézní charitě Praha zejména pak Petře Matulové a Veronice Formánkové za ochotu

a spolupráci s organizací mé cesty do Ugandy, za bezplatné ubytování, možnost pozorování

a práce v Česko-slovensko-ugandské nemocnici sv. Karla Lwagy v Buikwe. Dále mé díky patří štědrým dárcům Slezské církve evangelické augsburského vyznání v Třinci a firmě Tomáše Sikory, kteří finančními dary umožnili uskutečnění mé cesty. Chtěla bych také poděkovat lékařům, hlavně panu doc. Donátovi, kteří mi poskytli cenné informace a rady týkající se porodnictví v Africe. A v neposlední řadě chci poděkovat PhDr. René Hanušové za pedagogické vedení, podnětné rady a podporu při vypracovávání bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

Kateřina Sikorová

Obsah

ÚVOD	8
1. ZEMĚPISNÁ ČÁST	9
1.1 Uganda	9
1.1.1. Uganda v přehledu.....	9
1.1.2. Zeměpis.....	10
1.1.3. Zajímavá místa Ugandy.....	11
1.1.4. Historie.....	12
1.1.5. Hospodářství.....	14
1.2 Buikwe	15
1.2.1 Zeměpisné údaje.....	15
1.2.2 Očima doc. Donáta.....	15
1.2.3 Proč Buikwe?.....	16
2 ZDRAVOTNICTVÍ V UGANDĚ	17
2.1 Zdravotní péče v Ugandě	17
2.2 Česko-slovensko-ugandská nemocnice sv. Karla Lwagy	19
2.2.1 Osobní pohled.....	19
2.2.2 Provozovatelé a financování.....	21
2.2.3 Hlavní cíle.....	22
2.2.4 Status nemocnice.....	23
2.2.5 Struktura nemocnice.....	23
2.2.6 Oddělení nemocnice.....	24
2.2.7 Školení a vzdělávací programy.....	25
2.2.8 Očkování, vitamíny, odčervování.....	26
3 AFRICKÉ PORODNICTVÍ	27
3.1 Kmenové porodnictví	27
3.1.1 Kmen Baganda.....	27
3.1.2 Kmen Acholi.....	27
3.1.3 Kmen Basamia-Bagwe.....	29
3.1.4 Kmen Banyole.....	30
3.1.5 Kmen Bagwere.....	31
3.1.6 Kmen Bagisu.....	31
3.1.7 Kmen Banyankore.....	31
3.1.8 Kmen Lugbara.....	32
3.1.9 Kmen Kumam.....	32

3.1.10 Kmen Japadhola.....	33
3.2 Porodnictví v nemocnici (Nemocnice sv. Karla Lwagy v Buikwe).....	34
3.2.1 Osobní pohled.....	34
3.2.2 Prenatální péče.....	35
3.2.3 Příjem rodičky.....	36
3.2.4 První doba porodní.....	36
3.2.5 Druhá doba porodní.....	37
3.2.6 Třetí doba porodní a doba poporodní.....	38
3.2.7 Novorozenec.....	38
3.2.8 Vzdělání porodních asistentek.....	39
3.2.9 Zajímavosti.....	40
3.2.9.1 Dvojčata.....	40
3.2.9.2 Délka těhotenství.....	40
3.2.9.3 Peggy Namazzi.....	41
3.2.10 Platby.....	41
4 OČITÉ SVĚDECTVÍ.....	43
4.1 MUDr. Marcel Drlík.....	43
4.2 doc. MUDr. Josef Donát, DrSc.....	52
4.3 MUDr. Ondřej Šimetka.....	57
4.4 MUDr. Pavel Orlík.....	61
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ.....	65
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM OBRÁZKŮ	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

Úvod

Porodnictví je jedním z nejstarších odvětví lékařství. Jeho náplní je těhotenství a porod jak z hlediska matky, tak z hlediska dítěte. Mezi základní snahy moderního porodnictví patří rozpoznat a předcházet, popřípadě zdárně řešit patologické stavy ohrožující ženu či plod. V moderním porodnictví se můžeme opřít o rozsáhlé znalosti z anatomie, fyziologie a patofyziologie. V dnešním porodnictví máme také k dispozici množství diagnostických postupů a přístrojovou techniku, která umožňuje možné patologie včas rozeznat a řešit.

Jaké je to ale v zemích, kde nejsou k dispozici ani odborné znalosti, ani přístrojová technika? V zemích, kde porodnictví je stále z velké většiny v rukou tradičních porodních bab bez vzdělání, v podmínkách zcela nehygienických a zatížených pověrami a kouzelnictvím? I takové je dnešní africké porodnictví.

Přestože je v Ugandě již několik zdravotnických zařízení, kde je ženám poskytnuta nejlepší dostupná péče, stále je mnoho těch, hlavně z vesnice, které k této péči nemají přístup a proto jakákoli patologie stran rodičky či plodu končí povětšinou tragicky.

Hovořit o Porodnictví v Africe se může zdát jako téma neschůdné. Já jsem si ho však zvolila proto, že dle mého názoru je stále málo těch, kteří se o problematiku rozvojových zemí zajímají a ještě méně takových, kteří jsou ochotní s tím něco udělat. Potřeba pomoci však stále stoupá a je nutné o tom hovořit.

Sama jsem také měla možnost pobytu v nemocnici v Ugandě. Do Ugandy jsem pod záštitou Arcidiecézní charity Praha (dále jen ADCH) odjela dne 6.1.2009. Strávila jsem sedm dní v nemocnici Sv. Karla Lwagy ve vesnici Buikwe. Byla jsem přítomná jak spontánním porodům fyziologickým, porodu mrtvého plodu (foetus mortuus), tak císařskému řezu (sectio caesarea).

Cílem mé práce je přinést informace jak o úrovni afrického porodnictví v nemocnici, a tím pádem možnost srovnání s porodnictvím u nás, tak i o tradičním kmenovém porodnictví v Ugandě. Dále pak o zdravotní péči v Ugandě a možnosti vzdělávání porodních asistentek.

1. Zeměpisná část

1.1 Uganda



Obrázek č. 1 Uganda na mapě Afriky



Obrázek č. 2 Ugandská vlajka

„Kdysi krásná západoafrická země, zničená zločinným diktátorem a národnostními konflikty, by se opět mohla stát perlou Afriky (13).“

1.1.1 Uganda v přehledu

Oficiální název: Ugandská republika

Rozloha: 236 036 km²

Obyvatelstvo: 20 256 000

Hustota zalidnění (obyv. na km²): 85

Hlavní město: Kampala

Sousedící státy: Demokratická republika Kongo (na západě), Súdán (na severu), Keňa (na východě), Tanzanie (na Jihu), Rwanda (na jihozápadě)

Politický systém: republika

Měna: 1 ugandský šilink

Jazyky: Angličtina, svahilština (oba úřední)

Náboženství: křesťané 66%, animisté 18%, muslimové 16%

Podnebí: tropické rovníkové, v horských oblastech chladněji

Využití půdy: orná 32%, lesy 30%, pastviny 25%, ostatní 13%

Průměrná délka života: muži 48, ženy 49 (13).

1.1.2 Zeměpis

Je to již dosti dávno co Winston Churchill (1874-1965) nazval Ugandu „Perlou Afriky“. Byla to doba, kdy si toto označení Uganda plně zasloužila. Měla sice jediný přístup k moři a to silnicí nebo železnicí přes Keňu do Mombasy, ale přesto byla prosperující zemí. Nebyla kolonií, ale britským protektorátem a bylo jí umožněno spravovat vlastní záležitosti a rozvíjet vlastní hospodářské zdroje.

Uganda je stále bohatou, úrodnou zemí dobře zásobenou vodou s příjemným klimatem, přestože v některých oblastech dochází k erozi půdy a odlesňování (1, 2).

Na severu a ve středu země leží v nadmořské výšce 1000-1400 m náhorní plošina, vklíněná mezi východní a západní rameno Velké příkopové propadliny. V tomto izolovaném pruhu savany žije jedno z posledních velkých společenství divokých zvířat afrických savan. Na západě se zvedá pohoří RUWENZORI, jehož vrcholy dosahují až 5109 m. Jsou pokryty sněhem a zahaleny mlhou. V podhůří prosperuje hospodářství. Na východě země je potom nejvyšším pohořím vulkán MOUNT ELGON (4321 m) (1, 2).

Přes jihovýchodní hranice Ugandy přesahuje z Keni pánev Viktoriina jezera (Ukereve), ke kterému na severu přiléhá oblast s rozsáhlými bažinami. Nížiny v okolí jezera byly kdysi zalesněny, ale dnes již většinou ustoupily polím. Z jezera směrem na severozápad protéká Ugandou Viktoriin Nil, který se za jezerem Kyoga stává hlavním řečištěm Nilu (2, 13).

Vzhledem k vyšší nadmořské výšce a četným jezerům má Uganda poměrně chladné podnebí, i když leží přímo na rovníku. Výjimkou je oblast Karamoja na severovýchodě, kde jsou deště nejisté a povrch vyprahlý. Obyvatelé této oblasti jsou chudí pastevci, kteří žijí na pokraji přírodní katastrofy, která v podobě sucha postihla v letech 1979-81 celé území a vyžádalo si až 30 000 lidských obětí (2).

V mnohonárodnostním státě žije asi 45 etnických skupin, z nichž většinu z nich tvoří BANTUSKÉ národy. A z nich 28% připadá na národ Ganda. Vedle nich žijí nilotské a súdánské národy a také indická a arabská menšina (1).

Silniční síť Ugandy je ve velmi špatném stavu. Po celý rok je sjízdná pouhá čtvrtina silnic. Železniční síť v délce 1240 km se teprve buduje. Vnitrostátní letecká doprava,

podobně jako lodní doprava se uskutečňuje velmi nepravidelně. Mezinárodní letiště se nachází v ENTEBEE (1).

Hlavním městem Ugandy je již výše zmiňovaná Kampala a to od vyhlášení nezávislosti v roce 1962. Kampala vznikla u místa známého jako mengo, kde měl svůj palác kabaka (král) Bugandy. V roce 1890 tam Britové postavili pevnost, v jejímž okolí postupně vyrostlo město, které se stalo obchodním střediskem země. Při svém rozvoji těžilo především ze své výhodné pozice blízko Viktoriina jezera, v nejbohatší oblasti země. Kampala je postavena na několika kopcích. Na dvou z nich stojí katedrála, nemocnice a školy protestantské a římsko-katolické církve. Na dalším pahorku se nachází hlavní mešita, jiný pahorek je sídlem univerzity. Většina továren ve městě, postavených na vysušených bažinách, vyrábí zboží pro místní potřebu. Mnoho chudých obyvatel žije ve slumech mezi hlavními budovami (2, 13).

1.1.3 Zajímavá místa Ugandy

Pod jedním ze sedmi pahorků Kampaly Namirembe se nachází královský palác, kde žije současný král a zasedá parlament a vláda. Dále zde můžete vidět protestantskou katedrálu sv. Pavla a starý koloniální hřbitov. Tento hřbitov, se svými neobyčejnými hroby vyvolávají představy dávno minulých tragédií. Hřbitov byl založen 1889 a je zde asi 90 hrobů. Můžeme tady vidět hrob 29leté Georgie, ženy lékaře Leakeyho, která zemřela na malárii, nebo hrob 25letého Johna Alexandra Christisona, vnuka baroneta z Edinburghu. Prostý kamenný kříž dekoruje hrob George Pilkingtona, misionáře, který Bibli přeložil do jazyka Luganda. Leží zde i James Hannington, první biskup ve východní rovníkové Africe. V roce 1885 se rozhodl navštívit misie v Ugandě a byl na příkaz krále Mwangy zavražděn i se svým 50 členným doprovodem, ještě než vstoupil na území Bugandy. Vedle biskupa leží Alexander Mackey, který založil v Africe jednu z nejúspěšnějších misí. Nejpůsobivějšími hroby jsou místa posledního odpočinku doktora sira Alberta Cooka a jeho ženy Lady Katheriny. Společně založili první misionářskou nemocnici v Mengo v roce 1897. Doktor Cook byl nejslavnějším lékařem Ugandy a jeho jméno je spojováno s výzkumem a bojem se spavou nemocí. Lady Cooková pak proslula jako odvážná a neúnavná představená sestry hlavní nemocnice v Kampale. Po 21 letech tuto funkci složila a v roce 1918 založila porodnickou školu

s centry po celé Ugandě. Svoji činnost ve škole ukončila v roce 1930 a v roce 1938 zemřela (6).

1.1.4 Historie

Jestliže chceme pochopit africkou současnost, současnost neuvěřitelné bídy, negramotnosti a nemocí, musíme znát i trochu historie, to, co ovlivnilo nebo se přímo podílelo na vývoji, který zemi dovedl až k nynější situaci. Musíte ale vědět, že nynější neradostný stav je rájem ve srovnání s minulostí, diktátorskými režimy a občanskou válkou (2, 13).

Uganda získala nezávislost 9. října 1962. Při této příležitosti byly uspořádány okázalé slavnosti a obyvatelé věřili v lepší budoucnost. Uganda měla ze všech bývalých afrických kolonií a protektorátů nejvíce kvalifikovaných odborníků, dostatek nemocnic, základních i vyšších škol. Ale za 15 let dokázala všechno bohatství promrhat. Hospodářství se ocitlo v troskách. Zemí zmítaly vnitřní rozpory a mezi obyvateli se šířil strach. Sémě zkázy bylo ale zaseto dlouho před vyhlášením nezávislosti. Protektorát Uganda byl státním útvarem sdružující 6 království a kmenových území. Srdce protektorátu bylo mocné a starobylé království Buganda. Na západ od něj ležela méně silná království Buňoro, Toro a Ankole. Na severu a na východě se rozkládala kmenová území Lango a Acholi, na jihu pak okrsek Kigezi. Kulturně, jazykově a rasově měli obyvatelé z odlišných konců Ugandy společného asi tolik Irové a Ukrajinci. Zdálo by se logické, že největší, nejbohatší a nejvzdělanější etnická skupina Bugandů, na jejich území leží i hlavní město, se ujme vedení nového státu, jak to udělali Kikujové v Keni. Ale Bugandští náčelníci se o Ugandskou republiku příliš nezajímali a přednosti dávali kmenovým záležitostem. A tak se moc ve státě dostala do rukou zástupcům méně početných kmenů. Království byla zrušena, ale v roce 1993 byla symbolicky restaurována. Králové se dnes těší velké úctě, ale nemají žádnou moc. Současným králem Bugandy je Roland Mutebi II. Prvním ministerským předsedou se stal Milton Obote z kmene Lango (2, 9, 13).

V roce 1966 se Buganda pokusila odtrhnout od Ugandy. Obote této příležitosti využil, aby zrušil kmenové monarchie a ústavy. Ustavil ústřední vládu a prohlásil se

prezidentem. Ale bez podpory Bugand'anů se mu vládlo velmi nesnadno. Když v roce 1971 odjel na setkání předsedů vlád společenství, byl sesazen ministrem obrany generálem Adi Aminem. Převrat patrně urychlilo vyšetřování ztráty 5 miliónů dolarů z fondů ministerstva obrany. Tak začaly roky hrůzovlády Adiho Amina, který se prohlásil prezidentem na doživotí. Jeho nástup byl sice vítán jako nástup silného muže a Britové to přijali s klidem. Ale nadšení Afričanů i Angličanů velmi rychle opadlo. Amin potlačil veškerý politický život a silou zlikvidoval opozici. Protože za jeho vlády vládl chronický nedostatek peněz, a nemohl udržovat svůj nákladný způsob života, vyhostil ze země všechny Indy, tedy doslova celou podnikatelskou obec, a zmocnil se jejich majetku. Ze země uprchla i většina ostatních cizinců. Podniky byly předány do rukou Ugand'anů, kteří s jejich vedením neměli vůbec žádnou zkušenost. Amin poté začal likvidovat každého, kdo měl nějakou námitku proti jeho vládě. Odhaduje se, že za obět' Aminovi padlo 100 000 až 300 000 osob. K Aminovu pádu v roce 1979 přispělo jeho rozhodnutí uchvátit příhraniční část Tanzanie. Tanzanský prezident Julius Nyerere se svou armádou nejenže vytlačil ze země Aminova vojska, ale na jeho podnět byl Amin z Ugandy odstraněn osvobozenou armádou. Když uprchl a nechal za sebou zničenou zemi. V roce 1980 byl do čela státu znovu zvolen Obote, ale výsledky voleb byly zpochybněny. Zároveň vypukly na severovýchodě země nepokoje. Ozbrojení zloději dobytka se tam střetli s vládními vojsky. Odhaduje se, že po Aminově odchodu zahynulo celkem 200 000 osob. Jako vždy byly tou hlavní příčinou kmenové potyčky. Roku 1985 strhla armáda převratem, který podporovali ugandští vystěhovalci, Oboteho a do čela státu nastoupil generál Tito Okello. Okello přizval ke spolupráci Museveniho a jeho Národní hnutí odporu. V roce 1986 došlo mezi oběma stranami k roztržce. Partyzáni Národního hnutí odporu vyhnali pravidelnou armádu z Kampaly. Yoweri Museveni, 62letý bývalý partyzánský velitel, byl ustanoven prezidentem v roce 1986. Byl pak ještě dvakrát zvolen prezidentem v letech 1996 a 2001. Přestože, slíbil, že potřetí už kandidovat nebude, rozhodl se, že se v roce 2006 opět stane prezidentem a také potřetí tyto volby vyhrál. Nyní je v Ugandě mír, přesto že je tento klid občas narušován výstřely bojů „božích bojovníků“ LRA s vládními vojáky na severu země při hranici se Súdánem nebo více na východ boji kambodžských rebelů a armádou při hranicích s Keňou. O obětech obou konfliktů se denně dočítáme v tisku. Přesto země prosperuje a patří k zemím s nejrychleji rostoucím národním důchodem. Všechno tohle

je bezpochyby velkou zásluhou prezidenta Museveniho. Za jeho vlády panuje v zemi politická stabilita a pomalu se začíná zotavovat i hospodářství (2, 9, 13).

1.1.5 Hospodářství

Některé části Ugandy byly hrůz 70. a počátku 80. let ušetřeny, Autoritářská vláda v Kampale nebyla schopná ovlivňovat život v celé zemi. Jen 10% obyvatelstva totiž žije ve městech a venkovská sídla jsou značně rozptýlená. Proto se život ve vzdálenějších oblastech státu takřka nezměnil. Většina Ugandanů stále pěstuje plodiny pro svou obživu a tak se v létech bojů vyhnula hladomoru. Rodinná pouta jsou zde velmi silná a nezřídka dostávají rodiny ve městech zásobu potravin od příbuzných z venkova. Na jihu je hlavní potravinou zelený druh banánů zvaných matoke, na severu je to pak proso a čirok. V koloniálních dobách se pěstoval hlavně bavlník a kávovník. Zemědělství zůstává významným odvětvím i dnes. Zajišťuje téměř 60% hrubého národního produktu. Zaměstnává také 80% pracovních sil země. Nejdůležitější exportní plodinou zůstává kávovník, ale od 90. let se vláda snaží omezit závislost země na vývozu této komodity. V 70. letech se zdálo, že produkce kávy upadá, ale příčinou poklesu bylo pašování velkého množství úrody do Keni. Produkce bavlníku prudce klesla v důsledku nedostatku osiva, pesticidů i pracovních sil. Pěstitelé kávy však nadále prosperují (1, 2).

Když Museveni stanul v čele státu, začal se snažit o stabilizaci a modernizaci hospodářství. Zahájil privatizaci, zavedl měnové reformy a uvolnil většinu cen. Inflace, která v roce 1987 dosahovala 300%, je teď 6%. Průmysl jako je cukrovarství, výroba nápojů, zpracování tabáku, výroba textilu a cementu roste o více než 7% ročně. Za Museveniho vlády také došlo k pokusům o obnovu průmyslových a zemědělských podniků, které v zemi prosperovaly v době vyhlášení nezávislosti. Šlo zejména o čajové plantáže na západě země, dvě velké plantáže cukrové třtiny u Viktoriina jezera, měděný důl na západě, průmyslové podniky v Kampale atd. Asijské podnikatelé byli opět pozváni do země a byl jim navrácen majetek. Železnice Mombasa - Kampala je opět v provozu a cestovní ruch se vzpamatovává (1, 2).

Vztahy se sousedními zeměmi se zlepšily natolik, že Uganda vytvořila společně s Keňou a Tanzánií Výbor pro spolupráci ve východní Africe. V rámci Ugandy byly

roku 1993 obnoveny tradiční monarchie. V březnu 1994 byl zvolen nestanný parlament, který má za úkol připravit novou ústavu. V demokratických prezidentských volbách roku 1996, kterých se neúčastnily politické strany, ale pouze samostatní kandidáti, zvítězil s převahou Museveni. Hospodářství je stabilní a zaznamenává pravidelný růst. Pokud bude příznivý hospodářský růst pokračovat, mohla by se Uganda opět zařadit mezi privilegované země afrického kontinentu (1, 2).

1.2 Buikwe

Město buikwe je situováno asi 60 km východně od hlavního města Kampaly v kraji Mukono, diecézi Lugazi. V oblasti Buikwe žije asi 1 500 dětí podporovaných prostřednictvím českých dárců projektu Adopce na dálku®. Nejbližší nemocnice schopná provádět specializovanou péči a operace v úplné anestezii je od Buikwe vzdálena 35 kilometrů, které se během období dešťů stávají vážnou překážkou nejen kvůli nákladům na dopravu, ale též kvůli neprůjezdnosti cest (3).

1.2.1 Zeměpisné údaje

Zeměpisná šířka: 0, 338

Zeměpisná délka: 33, 01

Přibližný počet obyvatel na 7km od tohoto místa: 3185 (1)

1.2.2 Očima doc. Donáta

Buikwe leží na jakési křižovatce prašných cest. Tu nejdůležitější, plnou bláta nebo červeného prachu, podle toho zda prší nebo neprší, s množstvím hlubokých výmolů a jam, nazýváme „Buikwe Road“. Spojuje Buikwe s Lugazi, které je vzdálené 11 kilometrů a leží na asfaltové silnici vedoucí z Kampaly do Jinji, to je hlavním silničním tahu na východ od Keni. Asi v polovině Buikwe na návsi je křižovatka ve tvaru T (6).

Buikwe je zapomenuté hnízdo, kde v podstatě není vůbec nic, snad jedině miniaturní pošta a několik škol, policie a rozpadající se více než 50letá nemocnice s honosným

názvem Buikwe Health Centre, v němž funguje jen ambulantní oddělení a porodní sál bez jakéhokoliv zázemí, není tady žádný operační sál. Rodí zde jen málo žen, většinou rodí doma s místními tradičními porodními bábami (6).

Buikwe tvoří ono T, lemované přízemními zděnými hangáry, s obchody vpředu a bydlením vzadu. Tržiště neutěšeného vzhledu a několik málo lepších domků z cihel a se zasklenými okny, které by člověk spočítal na prstech jedné ruky. Mimo silnici při cestách je roztroušeno množství domků a chýší, povětšinou z hlíny, někdy i z cihel. Střechy jsou pokryty vlnitým plechem, palmovými listy nebo suchou trávou. Přesto má Buikwe charakter trvalého místa, které poznáte, kdykoli se sem vrátíte, i když občas nějaké stavení zmizí a jiné přibude (6).

1.2.3 Proč Buikwe?

To, že je Buikwe zanedbanou, ale přece jen železniční stanicí bylo jedním z rozhodujících faktorů, proč bylo z celé Kikube zvoleno za místo stavby budoucí česko-ugandské nemocnice. Jako reálná se totiž ukázala představa nakoupení vybavení a nakoupení výbavy a zařízení nemocnice za odhadní nebo symbolickou cenu ve zrušených českých nemocnicích, přeprava lodí do Mombasy v Keni a odtud ugandskou dráhou přes národní park Tsavo, Nairobi, Rift Valley pod Mont Elgon v Ugandě a odtud k Ukerewe do Buikwe. Tady vlak zastaví a bude vyložen náklad pro českou nemocnici, která je vzdálená 200-300 metrů (6).

Dalším důvodem proč volba padla na Buikwe, bylo to, že město je střediskem okresu, ve kterém je nejvíce z Čech adoptovaných dětí. Česká katolická charita, která podpořila projekt české nemocnice tady má vybudovanou dobrou pověst a vazby na diecézi v Lugazi, na místní charitu a ředitelství zdravotní služby v krajském městě Mukuno, na místní učitele, kněze a pastory, starosty a starší a konečně i na rodiče dětí. Již 6 let tady působí naši dobrovolníci (3).

Jedním z nejpodstatnějších důvodů, proč bylo ze širokého okolí vybráno právě Buikwe je, že tam měli elektřinu a vodu. A také celkem přijatelné spojení s okolním světem v podobě již výše zmiňované ‚Buikwe Road‘ (6).

2 Zdravotnictví v Ugandě

2.1 Zdravotní péče v Ugandě

Uganda jako jedna z rozvojových zemí leží s úrovní zdravotnické péče daleko za zbytkem světa. Nedávné statistiky ukazují, že průměrná délka života není vyšší než 49 let. Velmi vysoká je také úmrtnost dětí. Statistiky z roku 2002 uvázejí, že z tisíce narozených dětí zemře do pátého roku života 140 z nich (11).

Uganda, stejně jako další Africké země, zejména východní Afriky, byla vystavena velkému nárůstu nakažených syndromem získaného imunodeficitu (dále jen AIDS). V roce 1990 bylo zaznamenáno, že je nakaženo celých 13% Ugandské populace. Na konci roku 2002 se zjistilo, že se toto číslo podařilo snížit o 4,1%. Uganda je nyní jednou z nejúspěšnějších afrických zemí v boji proti AIDS (11).

Pouze 49% domácností v Ugandě má přístup ke zdravotnické péči. Tento přístup je ovlivněn a limitován chudou infrastrukturou (soubor odvětví zajišťující ekonomické a sociální systémové funkce), zvláště ve vesnických oblastech, kde žije většina obyvatelstva (11).

Uganda má dohromady 79 nemocnic od roku 1989 s přibližnou kapacitou 2000 lůžek. Vláda řídí 49 z těchto institucí, zatímco 33 je spravováno, personálně obsazeno a vybaveno soukromými organizacemi. Dále je v Ugandě více než 60 malých zdravotnických zařízení včetně komunitních zdravotnických center, porodnic, lékáren, center pro léčbu lepry a míst první pomoci. Tato zařízení jsou pak spravována celonárodně (10).

V každém okrese Ugandy, kromě jižního okresu Rakai, je umístěna nejméně jedna větší nemocnice. Nejlépe je pak péče zajištěna v okresech Mukono a Mpigi, kde je nemocnic pět a hlavní město Kampala se sedmi zdravotnickými zařízeními. Mezi nejhorší oblasti z hlediska dostupnosti zdravotnické péče patří severní oblast Ugandy, kde lidé musejí překonávat velké vzdálenosti kvůli zdravotnické péči. I kvalita zdravotnické pomoci a péče je v této oblasti zhoršená (10).

V roce 1990 se počet lékařů sloužících v ugandském zdravotnictví pohyboval okolo 700.

Roční výdaje na jednoho člověka v Ugandě se pohybují okolo 2 amerických dolarů (dále jen USD). V roce 1989 byl tento nízký rozpočet podpořen vládním zásahem v podobě 63 milionů USD. Zhruba 26% z této částky připadlo sféře sociální, zbytek pak putoval na konkrétní zdravotnické potřeby. Tahle pomoc pak přinesla 50% zvýšení výdajů za zdravotnickou péči (10).

Největší prioritou vládního programu je obnovení a zdokonalení stávajících zařízení a zkvalitnění péče. V roce bylo United Nations Development Programme (UNDP) a Internacional Development Association (IDA) financováno 19 státních nemocnic. Tyto prostředky pak šly zejména na opravu budov a zavedení elektrické a vodovodní sítě. Dále pak na primární zdravotní péči zahrnující imunizační programy, předepisování léků, dodávání zdravotně nezávadné vody a zlepšení hygieny. Eupropean Development Fund (EDF) pak podpořilo vybudování 20 nových zdravotnických center a okresních zdravotnických středisek.

Mnoho státních i nestátních organizací se věnují zdravotnickému výzkumu, tento výzkum je financován Ugandským ministerstvem zdravotnictví, institucí národního zdraví a universitou Makerere. Největší státní zařízení, nemocnice Mulago, řídí výzkum místní výživy a endemických onemocnění. Také United Nations Children Fund (UNICEF) se zabývá výživovým programem dětí v Ugandě (10).

Vláda také sponzoruje výzkum a uskutečnění komunitních programů navržených pro zlepšení zdraví a výživy populace. Ugandský červený kříž a ministerstvo zdraví ve spolupráci s několika mezinárodními organizacemi otevřeli rehabilitační zařízení v Kampale pro handicapované děti i dospělé. Mnoho z nich trpí následky dětské obrny nebo trvalým poškozením zdraví způsobené násilnými činy (10).

Katolické i Protestantské misie, The Food and Agricultural Organization (FAO) a mezinárodní červený kříž jsou velmi aktivní v naléhavé pomoci takovýmto projektům.

Mnoho obyvatel Ugandy kritizuje jejich vládu za nedostatečnou pozornost k veřejnému zdraví, a k velkým nedostatkům ve zdravotnictví. Přesto ale stále věří, že v budoucnosti bude vláda vyvíjet větší úsilí pro eliminaci násilí v zemi a budou usilovat o položení kvalitních základů zdravotnické péče (10).

Výzkum zaměřený na zdravotní stav a nemoci v Ugandě, který proběhl v roce 1995, ukázal, že 75% předčasných úmrtí bylo v tomto roce způsobeno v důsledku desítky nemocí, kterým lze poměrně snadno předcházet v rámci prevence, která je ve vyspělém světě běžná. Jedná se o následující onemocnění: Komplikace v těhotenství a při porodu 20%, malárie 15.4%, infekce dýchacích cest 10.5%, AIDS 9.1%, a střevní obtíže 8.4%. Nejvíce nedostatečnou prevencí a zdravotní péčí trpí děti. Nejkritičtějších je prvních pět let života. 38% dětí je nedonošených, 25% podvyživených a 5% má velmi oslabenou imunitu. Níže uvedená tabulka specifikuje jednotlivé indikátory zdravotního stavu (12).

Indicator	Figures
Life expectancy at birth	48
Infant mortality rate	97
Probability of death before 5 years	14.3%
Under-five mortality rate	147
Total fertility rate	6.9
Contraceptive use	15%
Population Growth Rate	2.7%
Maternal Mortality rate	506
Illiteracy rate	Males 36.8% Females 52.7%
UNDP Human development ranking	158

Tabulka č. 1 Indikátory zdravotního stavu obyvatel Ugandy z roku 1995 (12).

2.2 Česko-slovensko-ugandská nemocnice sv. Karla Lwagy

2.2.1 Osobní pohled

Dne 7.1.2009 jsem vystoupila z letadla na letišti v Entebbe, Uganda. Díky vstřícnosti a spolupráci české katolické charity, která mi umožnila a zajistila pobyt v Česko-

Slovensko-Ugandské nemocnici sv. Karla Lwagy v Buikwe. V této nemocnici jsem strávila týden v lednu a bylo to pro mě velkým přínosem, nejen v oblasti vypracování bakalářské práce, ale také v osobní oblasti.

První dojem z nemocnice je velmi dobrý. Stavba je takřka evropského formátu, rozsáhlá, světlá budova, chráněna plotem a strážní vrátnicí budí dojem důvěry a bezpečnosti. Personál nemocnice, ať už místní nebo z řad evropských lékařů či pracovních charity je velmi přátelský a vstřícný. Setkala jsem se s dvěma slovenskými lékařkami, jedna z nich byla docentkou tropické medicíny, její manžel je v současné době koordinátor a ředitel nemocnice. Druhou lékařkou byla pediatrička. Dalším zahraničním pracovníkem byla anestezioložka, indického původu, která studovala v České republice a dále pak gynekolog z Haiti. Z místního personálu stojí za zmínku především hlavní lékař, který přestože je krátce po dostudování medicíny, má znalosti a dovednosti téměř z každého oboru, jeho hlavním oborem je však chirurgie jak dětí tak dospělých. Kvalifikace a dovednosti ostatního personálu jsou také na velmi dobré úrovni, což je z velké části dáno jejich pracovitostí a také neustálým doškolováním. Samozřejmě je, že nemocnici na africké vesnici nemůžeme porovnávat s nemocnicemi evropského stylu, přesto, je tato nemocnice velkým přínosem a je mezi místními lidmi uznávaná a vyhledávaná.

Jednou z největších rozdílů mezi hospitalizací našich a afrických pacientů je, že veškerou neodbornou péčí zajišťují příbuzní. Jsou s nemocným v nemocnici po celou dobu hospitalizace, starají se od povlečení lůžka přes praní prádla až po vaření, krmení a hygienu. Proto má personál daleko větší pole působnosti v odborných výkonech a péči.

Co je trochu problémem týkajícím se místních sester je jejich pomalost a absence pořádku či spíše neuspořádanosti. To je ale v mnohém dáno africkou kulturou a přirozenou povahou.

Potřebou afrického zdravotnictví tedy z mého pohledu stále zůstává spíše zaškolování domorodého personálu, než prosté vykonávání pracovních povinností. Nemocnice v Buikwe by dle mého názoru určitě uvítala zkušenou instrumentářku a porodní asistentku.

Vůči zahraničnímu personálu nelze mít žádné výhrady. Jsou to odhodlaní, zkušení pracovníci, kteří mají srdce na správném místě. Pracují se zaujetím a aktivně využívají svých znalostí nejen pro samotné léčení, ale také pro zaškolování a osvětu. Byla jsem přítomná jak vizitám na všeobecném oddělení dospělých i dětí, ordinování v ambulanci pro děti, kterou zajišťují slovenské lékařky. Byla jsem také svědkem akutního pohotovostního zákroku při autonehodě a císařskému řezu. Všude jsem viděla jen dobře odvedenou práci.

Co se týče dojmům z jednotlivých oddělení, musím podotknout, že pro zhýčkaného českého zdravotníka, který čeká pokoje o dvou až tří lůžkách a naše standardy, to může být trošku šok. Oddělení je prostě jedna velká místnost, kde se nachází nemocní s různými diagnózami, a všude kolem nich jejich příbuzní. Pro mě osobně to ale bylo spíše příjemné překvapení. Očekávala jsem něco daleko méně uspořádaného a organizovaného. Je sice jisté, že pokud bychom se pokusili pacienta z české, slovenské nebo jakékoli evropské země hospitalizovat v africké nemocnici, byla by taková snaha marná. Ale tamní lidé, jsou neuvěřitelně odolní, silní a vytrvalí. Vděční za jakoukoli pomoc a tiše snášející příkoří. Pro místní obyvatelé je nemocnice v Buikwe jistě nesmírným luxusem a snadným přístupem ke zlepšení zdraví a nepochybně v mnohých případech záchraně života.

Slavnostní otevření Česko-slovensko-ugandské nemocnice se konalo dne 19.2.2007

2.2.2 Provozovatelé a financování

Arcidiecézní charita Praha

V Ugandě působí od roku 2000, kdy zde založila projekt Adopce na dálku. V rámci tohoto projektu umožnila již téměř pěti tisícům nejchudších dětí získat vzdělání přímo v jejich prostředí. Snaha o zlepšení životních podmínek zvyšováním vzdělání může být efektivní pouze v případě, že jsou tyto lidé zdraví. V Ugandě má k zdravotnické péči přístup necelá polovina obyvatel a podle statistik WHO je předpokládaná délka života 50 let. V roce 2004 se proto ADCH Praha rozhodla rozšířit činnost o poskytování zdravotnické péče. Ve spolupráci s místním partnerem, Diecézí Lugazi, vytvořila projekt nemocnice a školícího střediska pro zdravotnický personál (3).

Stavba a vybavení nemocnice byla ze tří čtvrtin financována z prostředků Rozvojového střediska ADCH, 15% přispělo české ministerstvo zdravotnictví, zbytek financovali individuální dárci z řad české veřejnosti, firem nebo zdravotnických zařízení. Náklady na provoz nemocnice jsou financovány Rozvojovým střediskem ADCH, distriktem Mukono a Vysokou školou zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžběty v Bratislavě. Na chod nemocnice přispívají i samotní pacienti, kteří jako všude jinde v Ugandě platí malý poplatek za poskytovanou péči (viz. Tabulka č. 2) (3).

Tabulka č. 2 Finanční zdroje provozu nemocnice v roce 2007 (3)

Arcidiecézní charita Praha	2 051 146 Kč
Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžběty	2 697 494 Kč
Mukono distrikt	652 704 Kč
Poplatky pacientů za poskytnutou péči	960 000 Kč
Celkem	6 361 944 Kč

Tabulka č. 3 Náklady na provoz v roce 2007 (3)

Personální náklady	3 051 746 Kč
Zdravotnický materiál, léky	1 594 306 Kč
Ostatní materiál (čistící prostředky, toaletní potřeby atd.)	383 517 Kč
Energie a služby	195 596 Kč
Doprava (výjezdní programy)	117 444 Kč
Prostředky na údržbu přístrojů, dopravních prostředků atd.	111 446 Kč
Režijní náklady	308 207 Kč
Celkem	6 361 944 Kč

2.2.3 Hlavní cíle

- Rozšířit projekt adopce na dálku o kvalifikovanou a preventivní péči pro podporované děti.
- Zajistit kvalitní lékařskou péči pro další obyvatele oblasti Buikwe, zejména pak těhotným ženám a matkám s dětmi.

- Založit vzdělávací a školicí středisko pro stávající i budoucí personál zdravotnický.
- Šířit osvětu o možnostech prevence AIDS, malárie, o správné hygieně a stravování (3).

2.2.4 Status nemocnice

V Ugandě existují státní, církevní a soukromé nemocnice. Nemocnice v Buikwe spadá do skupiny neziskových církevních zařízení. Má volené správní orgány a schválené stanovy, je registrována v rejstříku ugandských zdravotnických zařízení (3).

Po dvou letech od otevření (leden 2009) obdrží nemocnice akreditaci, díky které bude zařazena do sítě zdravotnických zařízení podporovaných grantem ugandské vlády. Tento grant pokryje přibližně třetinu veškerých nákladů. Český personál bude financován ze zdrojů ADCH, slovenské lékaře a část nákladů na léky pokryje slovenská Vysoká škola zdravotní a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě, dalším zdrojem jsou platby pacientů (3).

2.2.5 Struktura nemocnice

Na pozemku o výměře téměř jednoho hektaru, poskytnutém okresem Mukono, byl vybudován okolo centrálního atria soubor budov navzájem propojených zastřešenými chodníčky. V nemocnici fungují čtyři ambulance, operační sál, lůžková oddělení s celkovou kapacitou 51 lůžek, laboratoř a lékárna. Součástí je též administrativní budova a další prostory (sklady, prádelna, ubytovna lékařů a kaple). Areál je napojen na vodovod a elektrorozvodnou síť (3).

V současné době v nemocnici pracuje 70 zaměstnanců (lékaři, zdravotní sestry, administrativní pracovníci a ostatní pomocný personál). Po celou dobu provozu je přítomno 3-5 lékařů, střídajících se po třech až šesti měsíčních turnusech. Lékaře zajišťuje a vysílá Vysoká škola sv. Alžběty v Bratislavě. Aby se kvalifikace ugandského personálu stále zvyšovala, jsou pro ně jednou týdně pořádány praktické přednášky s cílem zvýšit jejich profesionální znalosti a dovednosti (3).

Vybavení nemocnice pochází jak z ČR, kde se podařilo odkoupit přístroje za symbolickou cenu nebo je získat darem, tak z Ugandy. Jsou to: operační stůl,

anesteziologický přístroj, sterilizační přístroj s příslušenstvím, defibrilátor, koagulační laserový operační přístroj, monitor životních funkcí, dva inkubátory, resuscitační přístroj, gynekologické vyšetřovací lůžko, operační lampy, laboratorní mikroskopy, rentgenový přístroj a další (3).

2.2.6 Oddělení nemocnice

Všeobecné oddělení

Je rozděleno na mužskou a ženskou část. Střídá se zde pět kvalifikovaných sester a pět sanitářek. Celkem je zde čtrnáct lůžek. Nejčastějšími nemocemi jsou zápal plic, břišní infekce, průjmy, záněty ledvin, hnisavé rány a meningitidy. Mnoho nemocných je také HIV pozitivních (3).

Dětské oddělení

Stabilně je na oddělení umístěno 18 postýlek, někdy se ale musí nějaké přidat, popřípadě jsou děti po dvou i po třech v jedné posteli. Devadesát procent dětí trpí malárií, mnoho dětí je anemických a trápí je respirační onemocnění. Úmrtnost dětí i matek po porodu se podařilo snížit z velké části díky hemoterapii. Krev dostává nemocnice po objednání z hlavní krevní banky v Kampale. Dopravu krevních derivátů si skoro vždy musí zajistit sama nemocnice (3).

Porodní a poporodní oddělení

Celková kapacita porodního a poporodního oddělení je 17 lůžek. Na tomto oddělení pracuje sedm kvalifikovaných porodních asistentek a čtyři sanitářky. Tři dny v týdnu jsou vyhrazeny na prohlídky těhotných žen. Tyto prohlídky z větší části jsou pod vedením porodních asistentek, pouze po zjištění patologie, přechází žena do péče lékaře, v současné době gynekologa, jindy to spadá do kompetence, již zmíněného, místního lékaře (3).

2.2.7 Školení a vzdělávací programy

Školení a vzdělávací programy zaměřené na prevenci jsou velmi významnou součástí zdravotní péče. Pokud by nebyly uskutečňovány, nikdy by místní personál nebyl na takové úrovni a také by se nemohla zdravotní péče v Ugandě posouvat směrem k lepšímu. Také je to velmi významné pro místní obyvatele, kteří na rozdíl od moderního světa nemají žádnou možnost získání informací a tedy ani chránit sami sebe před nebezpečím vážných chorob (3).

V současné době zajišťuje nemocnice sv. Karla Lwagy tato školení:

- Pravidelné školení personálu
- Praktická výuka ugandských studentů z vyšších zdravotních škol v okolí vesnice Buikwe
- Osvětové přednášky pro pacienty v nemocniční čekárně
- Pravidelné osvětové akce na vesnicích (školení pro tradiční porodní asistentky)
- Poučení o základních hygienických zásadách a prevenci HIV
- Praktické školení o přípravě nutričně bohaté stravy (pro matky z chudých rodin)

Jednou z hlavních příčin dětské podvýživy je zde jednoduše nevzdělanost matek, obecně zde není nedostatek jídla, ale zdejší strava není příliš pestrá. Většinu jejích složek tvoří sacharidy – různé zpracované slané i sladké banány, kukuřičná kaše, rýže, sladké brambory; která pak zapříčiňuje tzv. kwashiorkor – deficit bílkovin projevující se především otoky dolních končetin nebo klasickými ‘vypouklými bříšky’. Proteinová malnutrice je zde častější než tzv. marasmus, což je podvýživa daná obecně nedostatečným příjmem energie.“ Většina lidí v rurálních oblastech si plodiny pro vlastní potřebu pěstuje doma. Domácí zvířata, tedy potenciální zdroj bílkovin v podobě masa nebo mléka, se zde chovají málo. Lidé žijící na vesnicích samozřejmě nemají chladničky, kde by netrvanlivé potraviny skladovali. Ovoce či zeleniny je zde dostatek, stejně tak jsou dostupná vejce, ryby nebo luštěniny. Matky jen zkrátka nenapadne je dětem podávat. Mezi nevzdělanou populací ve vesnických oblastech navíc koluje řada mýtů, tykajících se např. kojení. Většina lidí se třeba domnívá, že jakmile kojící žena otěhotní, její mateřské mléko se zkazí. Při průměrném počtu 6-7 dětí na jednu ženu je samozřejmě interval mezi těhotenstvími poměrně malý a tak jsou děti kojeny velmi krátkou dobu. V okamžiku, kdy matka

přestane kojit, dítě sice přestane přibývat na váze, ale to je přičítáno onemocnění dítěte, které zde většina lidí nejprve řeší návštěvou ‚tradičního lékaře‘, který dítě ‚léčí‘ pomocí různých rituálů či bylin. Teprve až je dítě v opravdu kritickém stavu, dostává se do nemocnice. Lékaři zde tedy představili program zaměřený jednak na urgentní řešení silně podvyživených případů, kdy je dětem podávána náhradní nutričně bohatá forma dětské mléčné výživy, a jednak na prevenci v podobě vzdělávání matek. I starší silně podvyživené dítě je nejdříve několik měsíců krmeno umělou kojeneckou výživou. Matka s dítětem dochází do nemocnice na pravidelné kontroly - dítě zvážíme a vyšetříme, obdrží týdenní příděl sušeného mléka či nutričně bohatých surovin, ze kterých pak připravuje jídlo doma. Každý týden probíhá i vzdělávací lekce, spojená s praktickou ukázkou přípravy vhodné stravy.

Kromě péče a přednášek poskytovaných přímo v nemocnici, zajišťuje nemocniční personál řadu výjezdních programů. Na každou přednášku a školení je určena jedna sestra, která se zaměřuje na danou problematiku. Školení o přípravě bohatě nutriční stravy spadá do kompetence porodní asistentky, problematiku HIV pak řeší staniční sestra všeobecného oddělení dospělých. Na osvětové akce pro tradiční porodní báby na vesnicích pak vyjíždějí dvě porodní asistentky. Při výjezdu porodních asistentek se kontroluje celkový stav matek, prohlížejí se těhotné ženy i nově narozené děti a matky po porodu. Dále se zaměřují na očkování vesnické populace a pořádání školení pro tradiční porodní asistentky. Každý měsíc je uskutečněno zhruba pět až sedm výjezdů (3).

2.2.8 Očkování, vitamíny, odčervování

Ugandská populace není očkovaná proti TBC, spalničkám, obrně, žloutence ani tetanu. Na tato onemocnění tedy očkují na výjezdních programech děti a těhotné ženy. Za první rok nemocnice bylo naočkováno více než 4 tisíce dětí a těhotných žen. Očkování, odčervování a distribuce vitamínu A probíhá nejen při výjezdních programech, ale také každý den v nemocnici. Vakcíny, vitamín A a odčervovací léky poskytuje zdarma Ministerstvo zdravotnictví Ugandy skrze zdravotní obor okresu Mukono (3).

3 Africké porodnictví

3.1 Kmenové porodnictví

3.1.1 Kmen Baganda

Kmen Baganda je největší samostatné etnikum (etnická skupina) na území Ugandy. Sídlí ve střední části Ugandy. Toto území bylo v minulosti územím Bugandského království. Lokalizace území spadá pod oblasti Kampala, Mgipi, Mukonovo, Masaka, Kalangala, Kiboga, Rakai Mubende. Jazyk tohoto kmene patří do skupiny bantuských jazyků a jmenuje se Luganda (16).

Pokaždé, když žena kmene Baganda otěhotní, užívá bylinu, která se nazývá „*NALONGO*“. Pokud žena ví, kdy otěhotněla, a kdy se má dítě narodit, užívá tuto bylinu následovně: prvorodička začíná s užíváním už během šestého měsíce a vícerodičky jí užívají až od měsíce sedmého. Účinek, který by měla tato bylina mít, je rozšíření a uvolnění porodních cest (16).

Typickým zvykem je zakopat placentu ihned po porodu. Placenta se zakopává v blízkosti dveří. Tím, že mají placentu na dosah se Bagand'ané snaží zamezit jejímu zneužití. Věří, že placenta využitá pro zlé účely může zapříčinit smrt dítěte nebo neplodnost ženy (16).

Rodička tráví první tři dny po porodu v úplném osamocení v chýši, kde rodila. Doba této izolace také závisí na tom, kdy seschne pupeční šňůra (16).

Asi po dvou týdnech manžel vyžaduje první sexuální styk. Věří, že to zajistí dítěti zdraví. Tento akt je spojen s oslavným rituálem narození dítěte a v tento den je dítě pojmenováno. To znamená, že žena zůstává v „celibátu“ pouze do tohoto rituálního obnovení sexuálního styku (16).

3.1.2 Kmen Acholi

Kmen Acholi je vlastně složen z mnoha malých etnických skupin. Historikové tvrdí, že se sdružili kvůli migraci, nebo splynuli uzavíráním sňatků mezi kmeny Luo a Madi.

Dnes obývají území kraje Gulu a Kitgum. Někteří příslušníci tohoto kmene obývají jižní Súdán (8).

V kmeni Acholi rozlišují dva druhy porodů. Jeden je označován jako „normální“ a druhý „náboženský“.

„Normální“ porod: Během celého těhotenství vychází žena z domu jen velmi zřídka a nikdy bez předchozího uvážení. Na porod ani na místo, kde se porod bude odehrávat, nekladou v tomto kmeni žádné speciální nároky. Porody probíhají v chýši nebo v domě. Když začnou porodní bolesti, je posláno pro porodní bábu. Tou je stará zkušená žena, která už má za sebou mnoho asistencí u porodu. Pokud není porodní bába k dispozici, jsou k ženě zavolány jiné dvě ženy z vesnice, které už samy rodily. Při samotném porodu jedna žena dělá rodičce oporu ze zadu. Porodní bába (nebo druhá z žen) klečí před rodičkou. Pokud jde porod bez komplikací, nedělá bába nic jiného, než že čeká na porod dítěte, které zachytí do natažených rukou. Pupečník je zavázán obyčejnou tkanicí nebo kouskem vlákna. Pak bába pupečník přeřízne nástrojem, který je zrovna „po ruce“. Bývá používán nůž, oštěp, hrot šípů, bambus nebo ostrý kámen. Dítě je omyto studenou vodou. Placenta je poté zakopána v buši nebo u řeky blízko domu, aby byla rodinou chráněna před zneužitím placenty čaroději a šamany. V kmenu Acholi mají mnoho příkazů a pravidel co se má a nemá dělat po porodu. Porodní bába se nesmí dotknout země, jestliže má na rukou krev matky, protože se věří, že ta by už nemohla otěhotnět. V domě, kde matka po porodu setrvává, se nesmí konzumovat ani uchovávat alkohol. Důvod tohoto zvyku je různý. Jedni věří, že by se z dítěte stal alkoholik, jiní, že by dítě zemřelo. Žena, je odloučena od ostatních po dobu 3 dnů, pokud se narodil chlapec, pokud to byla dívka, jsou to dny 4. Po tu dobu do domu nesmí vejít nikdo jiný než kuchařka, která se stará o výživu ženy. Matka nikdy sama nevaří. Nesmí se totiž dotknout soli, protože věří, že dítě oslepne. Nikdo se také nesmí dotknout genitálu dítěte, protože by to mohlo znamenat, že bude neplodné (8,16).

Zvláštní situace nastává, když jsou při porodu komplikace. Je pak přivolán léčitel, který podá rodičce léky a potírá ji záda a břicho což má vyvolat porod. Je zavolán také šaman, který rodičce zavede kousek bambusu do pochvy. Potom přinesou kuře a to pobíhá kolem nastávající matky, zatímco šaman odřikává modlitbu (8).

„Bohabojný“ porod: Takto označují porody dvojčat nebo postižených dětí. Když se narodí děti postižené, mají pro ně zvláštní pojmenování, Ijara (kluk), Ajara (děvče). Když je matka přesvědčená, že je postižení vážné, jde k řece a dítě do ní hodí. Je to považováno za „nehodu“. Mnoho postižených dětí je tímto způsobem zabito (8).

Při porodu dvojčat je prováděno několik obřadů a ceremoniálů. Nejdůležitější z nich se nazývá „bilo jok“. Je prováděn v rodinné svatyni (abila). Pupečník je po porodu odříznut a uchován ve speciální hliněné nádobě (laum). Laum a další věci související s porodem jsou pak ráno uloženy ve svatyni. Bilo jok začíná tím, že je matka usazena na kůži rozprostřené ve svatyni. Prvorozené dítě je jí položeno do klína a druhorozené na kolena. Lidé se pak postaví do řady podle věku, modlí se k bohu a přinášejí oběti. Poté vůdce vezme do rukou bílého ptáka a dovolí mu, aby mával křídly nad matkou a dvojčaty. Pírka, která z ptáka vypadnou, jsou zakopány k základům svatyně nebo ke kořenům stromu „okongo“. Každý z přítomných ponoří poté ruku do zvláštní nádoby z vydlabané dýně a postříkají matku s dětmi. Dále pak potřou krk a břicho matky i dětí olejem ze stromu yaa (moo yaa). Tím obřad končí. Matka je pak zvednuta z kůže, na které seděla a je s dětmi stále v jejím klíně a na kolenou odnesena do jejich chýše. Ostatní ženy pak z legrace dělají otcí dvojčat sexuální návrhy a poté jdou všichni pít a tancovat (8, 16).

3.1.3 Kmen Basamia- Bagwe

Tento kmen je jedním z mnoha etnik obývajících východní část Ugandy. Dnes je můžeme najít na území oblasti Tororo a Iganga (16).

Po fyziologickém porodu zdravého dítěte zůstává rodička nějakou dobu v úplné izolaci. Délka této izolace je závislá na pohlaví dítěte. Pokud se narodil chlapec, je doba odloučení tři dny, narodí-li se děvče, jsou to dny čtyři. Tato rozdílnost symbolizuje, že muži by měli velmi brzy ráno vstávat, aby šli bojovat nebo pracovat, kdežto na ženy takový nárok kladen není. (16).

Dalším velice zvláštním rituálem tohoto kmene je, že si rodiče, muž i žena krátce po narození potomka ostříhají vlasy a pak hlavu úplně oholí (16).

Zcela ojedinělé jsou pak rituály při narození dvojčat. Ihned po porodu dvojčat je vybrána ovce a zabitá zvláštním způsobem, kterého se účastní všichni z vesnice. Ovce je povalena na zem a lidé po ní šlapou a skáčou tak dlouho, dokud není ušlapána k smrti. Narození dvojčat provází spousta pověr a tabu a ušlapání ovce má všem těmto pověrám zabránit. Považuje se to za očistný rituál dětí (16).

Otec dvojčat nebo jeho bratr jdou pak s nožem či kopím, kterým byla odříznuta pupeční šňůra za příbuznými, kteří mezitím uvaří kaši do speciální nádoby vyrobené z dýně. Ta nádoba má dva otvory, a určený vůdce do této nádoby plivne a zároveň plivne na dvojčata. Poté je prováděno takzvané „otevírání“. To znamená, že dveře chýše, kde se dvojčata narodila, jsou násilně otevřeny klacky s vidlicovitým zakončením. Během tohoto rituálu lidé tancují a zpívají obscénní písně. Když jsou dveře chatrče otevřeny, lidé venku i uvnitř vzájemně na sebe plivou kaši (16).

3.1.4 Kmen Banyole

Kmen Banyole žije v zemi Banyole na území okresu Tororo. Patří sice do podskupiny kmenu Bagosa, ale jazykem a zvyky jsou blízcí spíše kmenu Basamia-Bagwe. Stejně jako oni tvrdí, že se zrodili z kmene Banyala z Keni. Zvyky okolo narození, svatby a pohřbů jsou s kmenem Basamia velmi podobné, ale přesto mají své odlišnosti (16).

Po porodu je placenta uchována a zakopána na dosah rodiny, aby byla dostatečně chráněna před případným zneužitím pro zlé účely. Bojí se, že pokud placenta padne do rukou nepovolaného člověka, může pomocí černých rituálů přivolat na dítě smrt nebo zranění. Popřípadě může způsobit také to, že žena už nikdy neotěhotní. Novopečená matka jako u mnohých jiných kmenů zůstává nějakou dobu v izolaci. U tohoto kmene je ta doba tak dlouhá, dokud pupečník neuschne a neodpadne od pupku. Zbytek pupeční šňůry je pak uchován ve vydlabané tykvi. Takto si matka schovává pupečníky všech dětí, které porodila. Věří se totiž, že v případě ohrožení lze pupečník použít jako protijed, protilék nebo ochranu před nebezpečím (16).

3.1.5 Kmen Bagwere

Tento kmen dnes můžeme najít na území okresu Pallisa, středo-východ Ugandy. Hovoří jazykem Lugwere.

Když žena zjistí, že otěhotněla, snaží se všemožně vyhnout ptákům zvaným „Nansungi“. Věří, že pokud spatří hnízdo tohoto ptáka, potratí.

Po porodu žena nějakou dobu neopouští domov, respektive místo, kde rodila. Zvyk žádá, aby po dobu tohoto odloučení nejedla jídlo, které připraví její manžel ani jeho rodina. Tento zákaz trvá do doby, než odloučení skončí. Žena tedy jídává pouze jídlo, které jí připraví sousedé nebo její vlastní rodina. Hlavní složkou její stravy jsou banány. I ty se musí připravovat speciálním způsobem. Vaří se ve slupce, a pokud se během vaření nebo loupání banán zlomí, žena ho nikdy nejí. Kromě toho pak žena nesmí pohlednout na nebe do doby než seschne a upadne dítěti pupeční pahýl. Věří totiž, že by pak dítě mohlo zemřít (16).

3.1.6 Kmen Bagisu

Bagisu obývají východní a jižní části Mt. Elgon. Jedná se o pohoří na východě Ugandy.

Porod se obvykle provádí v domácím prostředí. Tradičně ženě pomáhá léčitel. Ten většinou podá rodičce léky na utišení bolesti. Někdy je manžel požádán, aby byl ženě i léčiteli ku pomoci během první doby. Po porodu matka sama odřízne pupečník. Placenta je zakopána (16).

3.1.7 Kmen Banyankore

Kmen Banyankorů patří do velké skupiny Bantu. Obývají současné území v oblasti Mbarara, Bushenyi a Ntungamo na západě Ugandy (16).

V porodnictví tohoto kmene nenajdeme moc zvláštností. Obvykle pokud rodí žena poprvé, přivolává si k porodu svou matku a ta jí během něj pomáhá. Statečné ženy, a těch je v tomto kmenu velká většina, ke svému porodu nikdy nepřivolává porodní bábu ani matku a rodí zcela samy.

Pouze v případě, že věci nejdou zcela tak, jak jít mají, je přizvána úřadující porodní bába. Většinou se jedná o jednu z nejstarších žen kmene (16).

Zvláštní rituál či pověru můžeme sledovat snad jen při porodu placenty. Pokud porod placenty neproběhne dostatečně rychle a správně po porodu plodu, podají se ženě určité léky. V tomto případě jsou to byliny. Pokud ty nejsou ve vyvolání porodu placenty úspěšné, je řada na muži. Manžel rodičky je pověřen, aby vzal nádobu s blátem a urychleně vyšplhal na nejvyšší místo jejich domu. Tam vydá hlasitý řev a současně vylije shora bláto dolů. Věří, že bláto symbolizuje placentu, která by pak měla stejně jako to bláto „sestoupit“ z hora dolů (16).

3.1.8 Kmen Lugbara

Lugbara je velká etnická skupina obývající území západního Nilu.

Po narození dítěte je prováděn první tradiční rituál. Je to odřezávání pupečníku. Narodil-li se chlapec, tradiční porodní bába přeřízne pupeční šňůru třemi tahy, pokud děvče tak jí přeřízne čtyřmi tahy. V tomto kmeni totiž věří, že čísla tři a čtyři vyjadřují mužskou a ženskou podstatu. Po porodu žena zůstává opět v izolaci. Počet dnů závisí opět na pohlaví. Kromě toho jsou kladeny velké požadavky na jídelníček novopečené matky. Také může přijmout jen pár návštěvníků, protože si nemohou být jistí, s jakými úmysly návštěvníci přicházejí. Mohli by dítěti ublížit nebo ho zabít. Doba odloučení končí slavností, na jejímž konci je dítě pojmenováno. Jméno dítěte je často ovlivněno zvláštními událostmi, které se děly před jeho narozením. Když například žena otěhotní a porodí během hladomoru, je dítě pojmenováno „ Abigara“ (16).

3.1.9 Kmen Kumam

Kmen Kumam patří do „rodiny“ Atekerin spolu s kmenem Langi, Iteso a Karimojond. Žijí na západě území zvaného Teso a jihovýchodě kraje Lango. Dnes je ale můžeme najít také na jiných územích Ugandy. Zejména v kraji Bugosa, Tororo nebo Buganda. Třebaže hovoří dialektem Lwo, jejich jazykem není Luo, od kterého je tento dialekt

odvozen, ale Kumam. Jazyk Kumam je pouze ze dvou třetin složeninou jazyka Luo a z jedné třetiny jazyka Ateso (16).

Vždy, když žena otěhotní, nesmí jíst vnitřnosti mnohým zvířat. Po porodu je pak uspořádána velká hostina a na ní dítě dostane dar, oštěp pokud je to chlapec a kalabaš pokud je to dívka. Tyto dary mají dítě ochránit před zlými silami. Poté je dítě pojmenováno. Jméno je většinou vybráno podle zkušeností a prožitků rodičů a jejich okolí. Například, pokud se jim již jedno dítě narodilo a zemřelo, pak je novorozenec pojmenován Alobo (děvče) nebo Lobolo (chlapec). Pupečník a placenta jsou dány do velkého hrnce, ve kterém dříve rodina uchovávala vodu. Pak je tento hrnec zakopán přímo v domě. Má to chránit dítě před nemocemi a matce zachovat plodnost. Narození dvojčat je velmi radostnou událostí a je to považováno za štěstí. Jejich narození provází spousta rituálů. Po jejich narození je připraven speciální pokrm ze zelené zeleniny a je pozvána rodina matky. Hostina, je plná jídla, pití a tance. Tím jsou dvojčata uvedena do společnosti (16).

3.1.10 Kmen Japadhola

Kmen Japadhola obývá východní Ugandu. Říkají, že na tomto místě sídlí od poloviny 16. Století. Jsou obklopeni ze všech stran jinými bantuskými kmeny. Na západě od nich žije kmen Banyole a Bagosa, na severu a západě jsou to pak Bagwera a Iteso a na jihu sídlí Basamia-Bagwe (16).

Během těhotenství má žena zakázáno používat na podpal určitý druh dřeva. Nesmí také jíst určité jídla. V její přítomnosti není dovoleno mluvit o hadech nebo o mrtvých a smrti vůbec. Kromě toho, žádný muž, mimo jejího manžela, kolem ní nesmí projít, když sedí, protože věří, že by to mohlo způsobit potrat nebo nějaké jiné neštěstí. Žena vždy rodí ve své chýši. Tradiční porodní bába nebo tchýně rodičky je přivolána k porodu. Je přinesen speciální druh banánu, kterým je pak potřeno porodní lůžko. Po porodu žena zůstává 3 nebo 4 dny v izolaci, délka je odvozena od pohlaví dítěte. Během této izolace se koupe ve studené vodě, do které je přidána směs bylin, která má zajistit zdraví ženě i dítěti. První den této izolace jí žena ovesnou kaši s hráškem. Pokud je novorozeně chlapec, obětuje žena bohu plodnosti slepici nebo kozu, aby mu tím

poděkovala. Po skončení izolace je dítě pojmenováno. Jméno vybírá dědeček dítěte. Jmenovací ceremoniál je velkou slavností, kde se hodně jí a pije, na znamení přijetí dítěte do kmene (16).

Pokud se narodí dvojčata, je doba „izolace“ velmi neobvyklá. V izolaci zůstává otec i matka po dobu 7 dnů. Také strýc dvojčat po stejně dlouhou dobu nesmí opustit domov. Je to právě strýc, na kterém spočívá povinnost přivítání dvojčat na tomto světě. Přinese matce jídlo, pití a tradiční dary. Každý z vesnice pak jde rodiče navštívit, dotknout se jich a přinést jim dary (16).

3.2 Porodnictví v nemocnici (Nemocnice Sv. Karla Lwangy v Buikwe)

3.2.1 Osobní pohled

V době mé přítomnosti v nemocnici v Buikwe jsem byla přítomna u dvou fyziologických porodů, jednoho porodu mrtvého plodu a jednoho císařského řezu. Když jsem poprvé uviděla porodní sál, řekla jsem si, jaký velký rozdíl je to oproti našemu čistému, sterilnímu prostředí, vybavenosti, přístrojové technice a množství personálu. Ale již při druhém pohledu jsem si uvědomila, že mravenec pochodující po přípravném pultu nebo díra u vchodu, kde se vhadzují placenty, či absence kardiokografu a jiných u nás běžně používaných přístrojů a nástrojů, je nic v porovnání s podmínkami, ve kterých rodí ženy na vesnicích, pod vedením tradiční porodní báby. Zkušenosti a zručnost porodních asistentek spolu s velkou tělesnou i psychickou odolností afrických žen, dělá z porodnice v Buikwe špičkové pracoviště. Je jisté, že zahraniční porodní asistentka by byla pro místní velkým přínosem, stejně jako neustálá přítomnost zkušeného porodníka. Tohle vše se nemocnice snaží zajistit, ale ne vždy se to podaří. Musím však říci, že čím více jsem se zaměřovala na práci místních porodních asistentek, tím více jsem je musela obdivovat. Zručnost, se kterou rozpoznají patologie, rozhodnost a samostatnost se kterou v práci postupují, to jsou dovednosti, které by mohly mnohé naše asistentky, se mnou na prvním místě, závidět. Je škoda, že některé techniky jim zůstávají utajeny, z důvodu nepřítomnosti profesionála. Jako příklad můžu uvést například klešťový porod. Lékař, který v současné době působí v nemocnici, jako gynekolog, neumí forceps používat. Za týden co jsem v nemocnici byla, jsem

pochopila, jak záslužný je projekt nemocnice a že je třeba jej podporovat a obdivovat všechny lidi, kteří pracují v africkém zdravotnictví.

Informace, které zde budu prezentovat, jsou získané jednak z osobního pozorování, tak z rozhovoru s porodními asistentkami.

Slova staniční sestry: „Jedním z tíživých problémů Ugandy je vysoká úmrtnost rodiček a novorozenců. Stále více než polovina porodů probíhá bez asistence školeného zdravotnického personálu. U nás v nemocnici běžně odrodíme 25 až 30 dětí měsíčně.“

3.2.2 Prenatální péče

S prenatální péčí se ženy v Africe teprve seznamují. V Africe je těhotenství a porod naprosto běžnou a velmi častou součástí žen. Nikdy nebyly zvyklé na komfort prenatální péče. Což sebou neslo a v mnoha případech stále nese nesčetné komplikace. V nemocnici sv. Karla Lwagy se na prenatální péči samozřejmě zaměřují. Problémem je však v tom, aby ženy opravdu do prenatální poradny chodily, a aby chodily v pravidelných intervalech. Standardem prenatální péče v nemocnici Sv. Karla Lwagy je pět návštěv, ve kterých se zaměřují na úkony téměř totožné s naší prenatální péčí. Při první návštěvě je odebrána anamnéza. Zaměřují se na základní údaje o ženě jako je Jméno, příslušnictví ke kmenu, stav, náboženské vyznání, a to kde chce žena родit. Dále je důležitá gravidita a parita, krevní skupina a Rh faktor. Z předešlých onemocnění je zajímaví především onemocnění srdce, ledvin, hypertenze, epilepsie, astma a diabetes. Totéž zjišťují v rodinné anamnéze rodičky. Zjišťuje se také termín porodu a to podle termínu poslední menstruace a komplikace v těhotenství jako zvracení, krvácení nebo hospitalizace. Dále se budoucí matky měří, váží, vyšetří se lymfatické uzliny, stav chrupu, nehtů, a zda nemá na těle nějaké deformace. Těhotná žena je pak při každé návštěvě vyšetřena zevně i vnitřně, znovu je zvážená, je jí změřen krevní tlak (TK) a pulz (P), stetoskopem jsou poslechnuty ozvy plodu a orientačně je vyšetřena moč. Během návštěv v prenatální poradně je ženě změřena pelvimetrie a jsou odebrány krevní vzorky, z nichž jsou pak provedeny základní krevní testy se zaměřením na HIV a množství hemoglobinu. (viz. příloha č. 4) Pokud je prokázána HIV pozitivita zahajuje se antiretrovirální léčba, která riziko přenosu na plod výrazně snižuje.

Do příloh přikládám prenatální dokumentaci používanou v nemocnici v Buikwe. Prenatální poradny si vedou samy porodní asistentky, pouze pokud zjistí jakoukoli patologii ve vývoji plodu nebo zdravotním stavu budoucí rodičky, pak je ke konzultaci přivolán lékař, který dále rozhoduje o postupu.

3.2.3 Příjem rodičky

Po příchodu rodičky do porodnice jsou vykonávány tyto úkony:

- Odebere se anamnéza (jméno a příjmení, věk, místi bydliště, okres, kmen, náboženská příslušnost, jméno manžela, zda navštěvovala prenatální poradnu a kde, gravidita/parita, osobní anamnéza.)
- Změří se vitální funkce (TK, P) a ozvy plodu
- Zváží rodičku
- Odběry krve na HIV, Hb a HBsAg (Australský antigen)
- Porodní asistentka provede zevní a vnitřní vyšetření (lékař se volá pouze po zjištění patologií)

N porodní sál si rodička přináší všechny věci osobní potřeby včetně povlečení na postel jednak v první době a také na porodní lůžko. Dále všechny věci pro dítě a hygienické potřeby, které bude potřebovat. Jídlo a pití také. S rodičkou přichází do porodnice také doprovod, který obstarává veškerou neobdobnou péči. U porodu afrických žen nebývá přítomen manžel nebo přítel ale žena z rodiny. Ve velké většině matka rodičky.

3.2.4 První doba porodní

V první době porodní je rodička na pokoji, kde má přístup k WC, tekoucí vodě a tekutinám.

Úkony porodní asistentky:

- Vnitřní vyšetření á 4 hodiny
- Poslouchání ozev plodu stetoskopem
- Měření TK, P matky

- V nemocnici sv. Karla Lwagy je absence předporodní přípravy – od vyholování hráze se již dávno upustilo, jak z důvodu většího rizika poranění a tedy nákazy HIV, tak i ze zvýšeného rizika vzniku infekce. Jednorázové holicí strojky používané v našich porodnicích jsou v Africe skoro nedostupné.
- Klysma se rodičce neaplikuje.
- Léky se používají jen velmi zřídka a pouze tehdy, kdy je naordinuje lékař. Pokud je aplikace léku nezbytná, pak je na porodním sále nemocnice v Buikwe dostupný oxytocin, ergometrin a také antibiotika. Infuzní přípravky mají v této nemocnici taktéž k dispozici, stejně jako jednorázové pomůcky pro aplikaci léčiv intravenózně, intramuskulárně, subkutánně či zavedení infuzní terapie.
- Rodička má volnost pohybu, ale pomůcky jako například gymnastické balóny, masážní pomůcky či možnost poslechu hudby zde rozhodně chybí. Nemyslím si však, že jsou takovéto pomůcky očekávány a že je to nedostatek ovlivňující porodní péči v nemocnici Sv. Lwagy.

V této době je ponechán porod zcela volný průběh.

3.2.5 Druhá doba porodní

Žena přechází na porodní lůžko při zašlé brance. Rodí se na klasickém lůžku, bez „šautů“ a bez zvýšené polohy. Žena leží a nohy má přitáhnuty co nejvíce k břichu, drží se pod kolena. Pod sebou má kus látky nebo povlečení, které si sama přinesla. Porodní asistentka má připravené nástroje v emitní misce s dezinfekcí. Jsou to dva peány, nůžky rovné i zahnuté. Žena na povely porodní asistentky tlačí za kontrakce a asistentka aktivně chrání hráz látkou, kterou má žena pod sebou. Epiziotomie se provádí jen velmi zřídka, jednak vzhledem k vysokému výskytu HIV pozitivitu, a jednak kvůli vysokému riziku hojení ran per sekundam a vzniku infekcí z narušení kožní integrity. Mnohdy je však epiziotomie i zcela zbytečná, vzhledem k vysoké paritě afrických žen. Po porodu hlavičky se z důvodu nedostatečného místa nebo možné nevědomosti nerodí raménko tahem dolů, ale pouze se plod tahem porodí.

3.2.6 Třetí doba porodní a poporodní období

Po porodu plodu je odstřižena pupeční šňůra a placenta se rodí typickým Jacobsovým manévrem. Je zkontrolována celistvost placenty a poté je vyhozena do jámy za porodnicí. Ženě je pak do pochvy vsunut kus vaty zabalený v gáze pro zástavu krvácení. Pokud byla provedena episiotomie nebo došlo k porodnímu poranění, ženu zašívá buď porodní asistentka nebo takzvaný ‚medical asistent‘ což je někdo jako pomocný lékař nebo také medik. Krev z pupečníku se neodebírá.

Do porodní dokumentace poté porodní asistentka zapisuje: Datum a čas porodu, čas odtoku plodové vody, trvání první doby, čas porodu plodu, trvání druhé doby, čas porodu placenty a trvání třetí doby porodní. Dále pak celkové trvání porodu, lacerace, krevní ztrátu a jméno porodníka (viz. příloha č. 5).

Žena by standardně měla na porodním oddělení zůstat 24 hodin, ale je častým zvykem, že matky odcházejí domů již během několika hodin.

3.2.7 Novorozenec

Veškeré ošetření novorozence, stejně jako základní vyšetření jsou výhradně v rukou porodní asistentky. Ošetření novorozence se skládá z několika prostých úkonů. Odsají se zbytky plodové vody z úst a nosu ruční odsávačkou. Novorozenec je zabalen do plachty, kterou si přinesla matka a je zvážen. Pak je podvázán pupečník. Dávají se tři gumičky či tkanice. První je od pupku vzdálená cca 3 cm a další dvě jsou pak v rozestupu cca 2 cm. Poté asistentka aspekci zhodnotí novorozence, změří obvod hlavičky a vyzkouší základní reflexy. Pokud neshledá žádnou patologii, je dítě předáno matce a veškerá další péče je v jejích rukou.

Do porodnické dokumentace pak porodní asistentka značí: Pohlaví dítěte, celkový stav dítěte, porodní komplikace, váhu, míru, podané léky, stav pupečníku, u mrtvě rozeného příčina úmrtí.

Při narození se děti očkují proti tuberkulóze a obrně. Po šesti, deseti a čtrnácti týdnech dostávají pak očkovací vakcíny proti obrně, záškrtu, tetanu, černému kašli a žloutence typu B a chřipce typu B. Po devíti měsících jsou pak očkováni proti spalničkám.

3.2.8 Vzdělání porodních asistentek

Porodní asistentky v Ugandě mají dva modely vzdělávání. Ten, který si zvolí, pak rozhodne o tom, jaké pravomoci budou mít. Prvním modelem je:

- Vystudují sedm let základní školní docházky
- Dále studují čtyři roky na všeobecné střední škole (O' level)
- Dále pak dva roky na vysoké škole pro porodní asistentky

V nemocnici v Buikwe mají tyto sestry zelenou uniformu. Jsou dostatečně vzdělané, ale jejich práce je plnit příkazy sestry s vyšším vzděláním nebo lékařů.

Druhým modelem je:

- Sedm let základní školní docházky
- Šest let všeobecné střední školy (A' level)
- Dva a půl roku vysoké školy pro porodní asistentky

Pokud sestra absolvuje tento model vzdělávání, dostává po ukončení certifikát o svém vzdělání. V nemocnici v Buikwe pak působí jako sestra v růžové uniformě a její znalosti jsou takové, že jí to opravňuje k samostatným činnostem a rozhodnutím. Podléhá však samozřejmě lékařům.

Mezi hlavní učební předměty školy pro porodní asistentky patří chemie, fyzika, biologie, matematika, anglický jazyk, gynekologie a porodnictví.

Příkladem školy pro porodní asistentky je Mulago school of nursing and midwifery. Tato škola byla založena roku 1995 britskou koloniální vládou, jako součást programu pro vzdělávání zdravotnických pracovníků pro preventivní, rehabilitační a léčebnou péči v Ugandě. Škola byla zařazena do oficiálního registru škol v roce 1962 s oborem pro všeobecné sestry a v roce 1967 s oborem pro porodní asistentky (15).

Mulago school for nursing and midwifery je veřejná vzdělávací instituce podporována ugandskou vládou, zejména ministerstvem pro sport a vzdělávání.

V roce 1995 měla škola pouze 100 studentů. Dnes se učební plány natolik rozšířily, že je škola schopná přijmout až 780 studentů. (cca 300 porodních asistentek a 480 všeobecných sester) (15).

Ve škole pak probíhá dvouletá výuka, každý rok má dva semestry. Ke studiu jsou přijímáni studenti, kteří ukončili šestiletou výuku na střední škole. Dále je studijní program určen pro zdravotní sestry a porodní asistentky, které chtějí dosáhnout vyšší kvalifikace v oboru. Studijní program obsahuje specializace:

Diploma in Nursing (Diplom ošetřovatelství)

Diploma in Midwifery (Diplom porodnictví)

Diploma in Comprehensive Registered Nursing for Extensors

Advanced Nursing Care (Pokročilé studium ošetřovatelské péče)

Domiciliary Training (Domácí školení)

3.2.9 Zajímavosti

Jak uvádí zpráva k prvnímu zahájení provozu:

3.2.9.1 Dvojčata

„18. června 2007 se v nemocnici sv. Karla Lwanga narodila první dvojčata. Prvorozená Babirye přišla na svět ráno v 8.15 a vážila pouhých 1,9kg. Její porod byl poměrně komplikovaný, protože se jednalo o konec pánevní. Po narození bylo nutné dítě resuscitovat, nakonec se však děvčátko podařilo zachránit. O čtvrt hodiny později přišla na svět její sestra Nakato, vážící 2,4 kg což je pro ugandského novorozence přiměřená váha (3).“

3.2.9.2 Délka těhotenství

Další zajímavostí je, že standardní délka těhotenství afrických žen je oproti našim poměrům zkrácená. Za termínovou graviditu se považuje porod v 36-38 týdnech. Je to dáno především tím, že africké ženy rodí mnohokrát. Počet dětí se obvykle pohybuje mezi 6-10, nezdědka se ale žena dostane až k dvaceti porodům. Mnohokrát žena otěhotní dříve, než skončí šestinedělí.

3.2.9.3 Peggy Namazzi

Z Buikwe také pochází jedna z významných porodních asistentek Ugandy Peggy Namazzi. Peggy Namazzi nikdy nejednala s nastávající matkou s pohrdáním či hrubostí, bez ohledu na to odkud žena pocházela nebo jaké měla finanční prostředky. Její péče zajistila, že se žena mohla cítit v těhotenství dobře a v psychické pohodě (4).

Peggy se narodila roku 1957 v Buikwe. Studovala na Nanja Primary School a Nsuube Secondary School. Praxi dělala od roku 1976 v soukromé nemocnici v Gulu.

Roku 1987 vstoupila do Uganda Private Midwives Association, ze které se později stala Uganda Private Midwives Organisation (UPMO) (4).

V roce 2007 se stala předsedkyní této organizace a tuto funkci si udržela až do konce života († 2009).

Její manžel o ní řekl: „Cestovala po celém světě s úsilím získat co nejvíce vědomostí a zručnosti ve svém oboru, získané vědomosti pak dále předávala dalším porodním asistentkám v rodné zemi (4).“

3.2.10 Platby

Nemocnice sv. Karla Lwagy v Buikwe je v provozu teprve od roku 2007, přesto už u místních lidí získala věhlas a do nemocnice přichází stále více pacientů. Co se týče rodiček, jsou africké ženy zvyklé od pradávna rodit v chatrči za pomoci tradiční porodní báby nebo za pomoci ženy z rodiny. Nevzdělanost a nevhodné hygienické podmínky a neschopnost řešení akutních komplikací vzniklých při porodu pak mají za následek vysokou mateřskou a novorozeneckou úmrtnost. Proto jsou zvyšující se čísla porodů v nemocnici pod dohledem školeného personálu, ukazatelem posunu k zlepšení afrických poměrů a do budoucnosti snad i výrazné snížení mateřské a novorozenecké mortality. V příloze číslo pět přikládám statistiky za rok 2008 z nemocnice Sv. Karla Lwagy.

V nemocnici v Buikwe jsou zavedeny mírné poplatky za poskytnutou péči. Co se týče státních nemocnic v Ugandě je sice zdravotnická péče zdarma, jenže stále zde vládne určitá forma korupce a také léky jsou zpoplatněny.

Nemocnice v Buikwe má poplatky nízké a jsou v nich zaměřeny jak všechny léky tak také následné kontroly jsou-li nutné. Pro příklad poplatků uvádím ty za porod a hospitalizaci v nemocnici.

Za fyziologický porod žena zaplatí 10 000 Shilingi elfu moja (dále jen Shi.), za komplikovaný porod pak 15 000 Shi a za sectio caesarea 35 000. To vše včetně léků a hospitalizace (18).

Samostatné ceny hospitalizace jsou následovné (18):

	Do 2 dnů	3-4 dny	5-6 dnů	7-8 dnů	9-10 dnů
Těhotné ženy	8000 Shi	9000Shi	10 000 Shi	11 000 Shi	12 000 Shi
Novorozenci	3500 Shi	4500 Shi	5000 Shi	6000 Shi	7000 Shi
Matky k porodu nebo s.c.	3000 Shi		4000 Shi		5000 Shi

KATI BIRI BW`EBITI:	
ABAANA 0-5	2,500/=
ABAANA 6-12	3,500/=
ABAKULU	6,000/=

Obrázek č. 3 Ceny hospitalizace v domorodém jazyce (18)

Abaana – děti

Abakulu - Dospělí

4 Očité svědectví

4.1 MUDr. Marcel Drlík



MUDr. Marcel Drlík se narodil 10. 2. 1971 v Praze. Po studích medicíny pracoval na chirurgickém oddělení nemocnice v Brandýse nad Labem a později také na klinice kardiochirurgie v pražském IKEM. Absolvoval odbornou stáž ve Francii a dnes je lékařem Kliniky dětské chirurgie a traumatologii Fakultní Thomayerovy nemocnice (20).

V roce 2000 působil Marcel Drlík v rámci humanitární mise ve Středoafričské republice. Doktor Drlík působil ve středoafričské republice jeden rok na odlehlém venkově, uprostřed buše. V situaci neustálého nedostatku zdravotnických prostředků i pracovníků byl pro místní nemocné v primitivních podmínkách chirurgem, gynekologem, porodníkem, internistou i dětským lékařem v jedné osobě. Stal se oblíbeným a milovaným dobrodincem v celém okolí města Bozoumu (7).

V roce 2006 byl jedním z šesti zakladatelů obecně prospěšné společnosti Siriri, která partnersky spolupracuje s misí Bosých karmelitánů ve Středoafričské republice a mimo jiné pomáhá zajišťovat zdravotní péči a školní výuku v regionu a podílí se na řadě dalších projektů (20).

Marcel Drlík je od roku 2007 členem Komise pro zahraniční rozvojovou spolupráci při Ministerstvu zahraničí ČR a je autorem knihy *Český lékař v srdci Afriky*, která shrnuje zkušenosti s jeho lékařským působením ve Středoafričské republice (20).

Osobně jsem se s doktorem Drlíkem setkala ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou v Praze na konci minulého roku. Velmi ochotně odpovídal na mé otázky a byl tedy prvním z dotazovaných lékařů, kteří odpověděli na mou sestavený dotazník.

1. Co vás napadne jako první, když slyšíte slovo Afrika?

Odpověď: Bozoumská nemocnice, kde jsem strávil cca rok svého života.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Bozoum je hlavním městem prefektury Ouham-Pendé. Leží na severozápadním okraji Středoafričké republiky. Má asi 17 tis. obyvatel. Celé městečko tvoří jen samé přízemní domky rozesté v údolí po obou březích malé říčky. Středem Bozoumu prochází hlavní ulice lemovaná maličkými obchůdky arabských obchodníků. Městečko vlastní i jednoduchou vodovodní síť. Srdcem Bozoumu je tržiště, kde každé ráno přichází spousta lidí. Můžete zakoupit banány, maniok, kukuřici, maso, koření, ale také třeba pražené mravence, netopýry, hady nebo uzené housenky. Nemocnice se nalézá na malém návrší. Skládá se z komplexu asi šesti nízkých zděných budov se střechou z vlnitého plechu. Nalézá ve v nich dětské oddělení, chirurgie s internou, porodnice, malá lékárna, ambulance a operační blok. Domky jsou uspořádány do kruhu a uvnitř je malé nádvoří s mangovníky (7).“

2. Kdy jste se dostal (a) do Afriky poprvé a kolikrát už jste tam byl (a)?

Odpověď: V Africe jsem byl čtyřikrát. Poprvé to bylo v roce 2000, pak jsem tam byl dvakrát v roce 2002 a naposledy v roce 2004.

3. Jaké africké země jste navštívil (a)?

Odpověď: Středoafričká republika, Kamerun

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Středoafričká republika je chudý izolovaný stát, který je vklíněn mezi Kongo, Čad a Súdán. Je to politicky nestabilní země, stále zmítána bratrovražednými válkami. V hlavním městě Bangui je přísný zákaz fotografování letiště, policejních stanic, úřadů, všech správních budov a státních hranic. Letiště M'Poko je jediným mezinárodním letištem V Středoafričké republice. Teplotní rozdíl v lednu mezi Prahou a Bangui je asi 30°C. Do nepředstavitelného lidského hemžení se ze všech stran ozývá rytmická africká hudba. Celé město tone v oblacích rudého prachu (7).“

4. Co vás přimělo k tomu tam jet?

Odpověď: Touha pomoci lidem, pro které je zdravotní péče špatně dostupná či nedostupná, jistě též touha po poznání, rozšířit si obzory.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Myslíte, že mladý lékař s nevelkými klinickými zkušenostmi, by byl v Africe co platný? Samozřejmě! Pokud by ses do Afriky na nějakou dobu vydal, tvou práci zde určitě zastane někdo jiný, ale práci, kterou bys vykonal v Africe, nikdo další neudělá (7).“

5. Jaké náležitosti jste potřeboval (a) pro cestu do Afriky?

Odpověď: Oficiálně pouze očkování proti žluté zimnici. Reálně pak rozsáhlejší očkování, jazykovou i odbornou přípravu, čas na shánění léků a zdravotnického materiálu.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Můj pobyt a studium ve Francii byly pro mě skutečně velkým přínosem. Naučil jsem se nejen obstojně francouzsky, ale absolvoval jsem také tří měsíční kurz tropické medicíny zakončený zkouškou na Université catholique de Lyon. Protože jsem tušil, že v Africe budu muset řešit problémy i z jiných oborů než jen ze své specializace, domluvil jsem si stáž pediatrii, dětské chirurgii a na dalších odděleních lyonské nemocnice. U řady francouzských lékařů jsem se setkával s opravdovým pochopením. Časem se ukázalo, že někteří z nich nějakou dobu strávili v Africe. Mimoto se mi podařilo získat od nejrůznějších sponzorů dary ve formě zdravotnického materiálu a léků, a to nejen ve Francii, Švýcarsku, Itálii, ale i u nás v Praze. Všechn shromážděný materiál jsem pak ve spolupráci s italskými karmelitány odeslal s předstihem do Středoafričské republiky, kam jsem také neopomněl poslat na tamější ministerstvo zdravotnictví svou žádost, týkající se mého pracovního povolení (7).“

6. Zaštitila vás a vaši práci v Africe nějaká organizace?

Odpověď: Spolupracoval jsem s katolickou misí Bosých karmelitánů v Bozoumu.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Zdá se mi to jako by to bylo včera, když jsem se setkal s otcem Anastasiem, převorem kostela Panny Marie Vítězné u Pražského Jezulátka v Praze na Malé Straně. Tehdy jsem se chtěl dozvědět víc o misijní činnosti italských karmelitánů v rozvojových zemích. Měl jsem krátce po první atestaci z chirurgie a pracoval jsem v Praze v krčském Institutu klinické a experimentální medicíny na kardiochirurgii. Už delší dobu jsem si pohrával s myšlenkou, jak bych mohl využít svých znalostí a zkušeností ve prospěch lidí, žijících v nejchudších oblastech světa. Když jsem se s otcem Anastasiem sešel, poprvé byl kalný zimní den. Zdi malostranského kláštera byly promrzlé a uvnitř chrámu panovala vlezlá zima. Otec Anastasio mě již očekával. Věděl, proč přicházím, a hned se nadšeně a horlivě rozpovídal o zemi, v níž jako misionář strávil řadu let. Nebylo možné přehlédnout, jak si tuto zemi s jejími obyvateli zamiloval (7).“

7. Pokud ano, jaké máte s touto organizací zkušenosti?

Odpověď: Ty nejlepší

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„A tak jsem se rozhodl. Otec Anastasio přijal mé rozhodnutí s neskryvanou radostí. Nabídl mi, že mi zajistí přepravu do Afriky a bezplatné ubytování, včetně stravy na misi, kde působí jeho spolubratři. Rád jsem na oplátku souhlasil s tím, že bych v Africe léčil bez nároků na mzdu. Zařídil mi také půlroční ubytování ve Francii, v penzionu u sester Františkánek v Lyonu, kde jsem se naučil francouzsky a absolvoval již zmíněný kurz tropické medicíny (7).“

8. Jaká byla vaše práce v Africe? V čem spočívala?

Odpověď: Pracoval jsem jako lékař místní státní nemocnici. Po většinu doby též jako jediný lékař nemocnice a široko daleko.

9. V jaké nemocnici jste pracoval (a)?

Odpověď: Prefektorální nemocnice v Bozoumu.

10. Jaký byl váš první dojem z této nemocnice?

Odpověď: Počítal jsem se skromným vybavením, realita předčila očekávání.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Můj první zážitek z nemocnice se váže k pacientce s molou. Pacientčin věk (40let, což je v Africe věk důchodový) a místní podmínky rozhodly o tom, že jí bude odstraněna celá děloha i s nádorem. Druhý den jsem byl doveden k domku s nápisem BLOC OPÉRATOIRE. V domku jsou dva operační sály a místnost pro sterilizaci. Rozhlížím se po sále. Pode dveřmi je dvoucentimetrová škvíra, okno není zasklené, je na něm jen drátěná síť proti hmyzu. Vítr sem z okolí snadno zanáší červený prach. Pod okny slyším chrochtání pašíků. Můj první dojem z operace byl přímo hrozivý. Pacientka nebyla napojena na dýchací přístroj, neboť tu žádný nebyl. Narkózy bylo dosaženo podáváním anestetik do žíly. Když se operovaná začala probouzet, byla jí přidána další dávka a to se opakovalo až do konce operace. Čas od času jí byl měřen tlak obyčejnou manžetou a na krkavici zkontrolován pulz. Sledování respirace pacientky bylo také až geniálně jednoduché. Pod nosem měla nalepený chomáček bavlny. Dokud se pohyboval, pacientka dýchala. Na evropské poměry byla vlastní operace poněkud krvavá. Nástroje i jehly byly obrovské a nitě silné. Přesto výkon probíhal poměrně v klidu (7).“

11. Jaký dojem na vás udělal personál?

Odpověď: Jako všude – někteří schopní, se zájmem a určitou stavovskou ctí, jiní neschopní, bez zájmu či se snahou vydělat na pacientovi za každou cenu.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Do místnosti už vchází nakrátko ostříhaný muž středního věku. To je Goum, hlavní sestra chirurgie. A tady už přichází můj asistent Albert, hlavní sestra nemocnice. Srdečně se s nimi vítám. Oba jsou velmi uctiví, ale stěží lze přehlédnout jejich nedůvěřivé pohledy. Nyní si s odstupem času uvědomuji, že toto setkání patřilo k nejdůležitějším setkáním, které jsem během svého pobytu v Africe měl. Na rozdíl od lékaře, který se v místní nemocnici téměř nezdržoval a neustále někde cestoval, to byli právě tito dva černoši, kteří se stali mou

pravou rukou. Neúnavně usilovali o to, aby nemocnice zůstala i za nepředstavitelně obtížných podmínek funkční. Vzhledem k ekonomickému úpadku země oba, stejně jako ostatní sestry, nedostávali od státu již několik měsíců řádný plat. Přesto ale setrvali na svých místech, protože jim svědomí nedalo odejít. Nebyl tady už totiž nikdo, kdo by je mohl nahradit (7).“

12. Na jaké úrovni je vzdělání tamního personálu?

Odpověď: Vzdělání slabé, praxe však ohromná. Díky praxi a samo vzdělávání někteří dosáhli slušné úrovně. Průměr však slabý.

13. Jaký byl váš první zážitek s porodním sálem a porodem v Africe?

Odpověď: Pokud si vzpomínám, pak první kontakt s porodem byl rovnou císařský řez.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Pane doktore, přivezli jednu ženu, rodí už od včerejška. Ihned jí běžím vyšetřit. Případ je jasný. Žena má zúženou pánev, musím jí co nejdřív provést císařský řez. „Kanga be ti mo – vydrž“, povzbuzuji mladou maminku, Beru do ruky skalpel a jen v lokální anestezii rychle otvírám břicho a dělohu. Jakmile vybavím novorozeně, vstříkne Goum ženě do žíly anestetikum. Po zbytek operace už bude jen spát. Zpočátku jsem jí však uspat nemohl. V nemocnici totiž není žádná možnost umělé plicní ventilace a já jsem v žádném případě nemohl riskovat, že by při vybavování dítěte začala matka zvracet, nebo že by v důsledku podaných léků po porodu mělo dítě dechové obtíže. Operace naštěstí probíhá bez komplikací. Konečně se černoška po letech dočkala svého prvního dítěte. Při předchozích porodech už přišla o šest dětí. Tentokrát dorazila do nemocnice sice na poslední chvíli, ale přesto ještě včas (7).“

14. Jak vypadá porod v Africké nemocnici? Čím se liší od našich porodnic?

Odpověď: Rodí porodní bába. Lékař řeší pouze komplikace, jinak s rodičkou vůbec nepříjde do styku.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Porodnici procházím rychle. Na pokoji jsou jen dvě maminky, které dnes ráno porodily bez komplikací. „Pane doktore, ani jedna z nich nám ještě nezaplatila poplatek za pobyt v nemocnici,“ rozhořčeně žaluje asistentka Regina. Jen bezmocně krčím rameny. Peníze ženy nejspíš nemají, poslední co jim zbylo, určitě vydaly za oblečky pro své nejmenší. Prohlížím novorozeňata. Svou světlou kůží mi připomínají děti z Evropy. Až za několik dní pod vlivem slunečního záření, se jim začne tvořit černý pigment. První dítě váží přes 2,5 kg. Na Africké poměry je docela tlustoučké. Druhé miminko je na to hůře. Narodilo se předčasně. Se svými 1,5kg vypadá jako malá opička. „ Vycpěte mu obleček pořádně chomáči bavlny“, radím příbuzným, pro které není problém sehnat bavlnu. „ A vy mu vyrobte náš inkubátor,“ obracím se na Reginu. Ta hned posílá příbuzné ohřát vodu na ohništi, kterou pak ještě za horka lije do dvou umělohmotných láhví od limonády. Dobře je obalí hadry, aby se dítě nepopálilo, a potom nedonošené novorozeně opatrně vloží mezi ně. Nakonec teplé láhve i s dítětem pečlivě ovine pruhem barevné africké látky (pagne), aby přes africké horko nezamřelo na podchlazení. Tento drobounký mrňousek však má šanci. Díky jeho už rozvinutému sacímu reflexu ho nemusíme živit sondou do žaludku. Ještě do nedávna bych nevěřil, že tak malé děti mohou v takových ubohých podmínkách vůbec přežít. Ale tito malí houževnatí černoušci mě o tom již mnohokrát přesvědčili. Věřím, že přežije i tento (7).“

15. Viděl (a) jste někdy tradiční porod ve vesnici? Nebo ženu, která takovým způsobem rodila?

Odpověď: Ne

16. Jak se v Africe dbá na prevenci a prenatální péči?

Odpověď: Jen zcela zanedbatelné procento rodiček podstupuje prenatální vyšetření a prevenci. Většinou jsou to manželky místních boháčů či vzdělanců.

17. Jaká byla nejčastější komplikace, kterou jste musel (a) v Africe řešit?

Odpověď: Nepostupující porod, většinou pro špatnou polohu (příčná..) či kefalopelvicový nepoměr (deformity pánve u matky..). Méně často mimoděložní

těhotenství včetně abdominálního. Vzácněji pak retroplacentární hematom, obrovské cysty vaječníku bránící normálnímu porodu, molu...

18. Jak je to s císařským řezem v Africe? V nemocnici kde jste byl (a) byly prováděny? A na jaké úrovni?

Odpověď: Ano, přesný počet za rok nevím, odhaduji na 40-50. Žádná matka během císařského řezu pokud vím, nezemřela. Přitom na sále nebyl kyslík, anesthesiologický přístroj. Výkon začínal v lokální anestezii, teprve po vybavení dítěte a naložení peánu na pupečník se pokračovalo intravenózní anestezii Ketaminem.

19. Mají africké ženy k dispozici něco z moderních léčiv, které používáme v ČR?

Odpověď: Základní antibiotika (Ampicilin, Gentamycin), Oxytocin.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„S penězi je tu věčný problém. Tak jako v zemi neexistuje žádné sociální zabezpečení, neexistuje ani zdravotní pojištění. Pokud někdo onemocní, musí si použité léky a zdravotnický materiál hradit do poslední jehly v plné výši. A je-li pacient přijat do nemocnice, platí navíc poplatek za hospitalizaci, popřípadě za operační výkon (7).“

20. Jaký je podle vás největší problém afrických porodů? Porodnic a nemocnic vůbec?

Odpověď: Nevzdělané a tedy málo informované matky, špatné technické personální vybavení nemocnic, chudoba a s tím spojená absence solidárního pojištění, AIDS.

21. Jaké máte na Afriku vzpomínky? Máte v plánu se tam někdy vrátit?

Odpověď: Na Afriku moc rád vzpomínám. Roku 2006 jsem spoluzaložil SIRIRI, která se v rozvojové spolupráci specializuje na Středoafričskou republiku. Je tedy pravděpodobné, že se tam ještě někdy podívám.

Podle slov MUDr. Drlíka z knihy Český lékař v srdci Afriky:

„Od mého příjezdu z Afriky uplynuly víc než dva roky. Za tu dobu jsem se snažil podělit o své zkušenosti a zážitky s co nejširší veřejností. Absolvoval jsem řadu setkání a přednášek nejen v Praze, ale i na dalších místech Čech a Moravy. Potěšilo mě, že jsem se při nich opakovaně setkával s živým zájmem a ochotou, zvláště ze strany mladých, nějakým způsobem lidem v této chudé zemi pomoci. Je škoda, že žádné takové programy, které by tuto dobrou vůli umožňovaly převést do konkrétních projektů, u nás prakticky neexistují. Jsem si ale jist, že se to časem změní. Do Afriky jsem se vrátil pak ještě dvakrát, seznamoval jsem mladé africké lékaře s postupy v dětské chirurgii. Rovněž jsem se zapojil do zajímavého projektu karmelitánského řádu, který předpokládá postavit v budoucnu v blízkosti Bouaru menší, ale dobře vybavenou nemocnici. Bohužel v říjnu roku 2002, po neúspěšném pokusu o státní převrat, organizovaném generálem Bozité, upadla země na několik měsíců do zmatku občanských nepokojů. Složitá situace vyústila na počátku roku 2003 v další, tentokrát úspěšný, státní převrat. V zemi došlo k výměně vlády a prezidenta. Boje zasáhly také Bozoum. Způsobily zánik tamní misie i nemocnice a měly za následek utrpení a smrt mnoha místních obyvatel. Nyní se země začíná pomalu vzpamatovávat. Přes všechna utrpení a strádání lidé ve vesnicích pokračují v práci na svých polích a misie v Baoru a Bouaru, byť za obtížných podmínek, fungují. V srpnu 2003 se začalo s obnovou bozoumské misie i nemocnice. Střední Afrika neztrácí svou těžce zkoušenou naději. Vzpomínám na slova písně, kterou zpívali mí středoafričtí přátelé: „Fini la a sigigi, Africa lo londo....Přijde nový den a Afrika vstane (7).“

22. Co byste vzkázal (a) těm, kteří mají touhu do Afriky jet?

Odpověď: Je to velmi dobrá škola života. Ať jedou nejspíše krátce po škole, po několika letech praxe, dokud zde nejsou příliš vázáni prací a rodinou.

4.2 Doc. MUDr. Josef Donát, DrSc.



Druhým lékařem, který odpovídal na můj dotazník je doc. MUDr. Josef Donát, DrSc. Docent Donát stál u zrodu Česko-slovensko-ugandské nemocnice v Buikwe a z osobních setkání mohu říci, že je to člověk velmi vzdělaný a velmi zapálený pro Afriku. V této době působí jako lékař v nemocnici v Hradci Králové a pracuje na dalších afrických projektech. Díky lidem, jako je docent Donát se pomoc a lidská solidarita stává realitou uskutečňovanou v nejchudších oblastech naší planety.

1. Co vás napadne jako první, když slyšíte slovo Afrika?

Odpověď: Slunce, modrá obloha, teplo, nádherná příroda a divoká zvířata.

Podle slov doc. MUDr. Josefa Donáta, DrSc. z knihy Uganda, velký příběh malé nemocnice:

„I to je dnešní Afrika. Čas tady sice utíká pomalu, ale život se mění rychle (6).“

2. Kdy jste se dostal (a) do Afriky poprvé a kolikrát už jste tam byl (a)?

Odpověď: Poprvé jsem byl v Africe, konkrétně v Lybii v roce 1968, od té doby jsem byl v Africe ještě 14 krát.

Podle slov doc. MUDr. Josefa Donáta, DrSc. z knihy Uganda, velký příběh malé nemocnice:

„První kontakt s Afrikou – expertíza v Lybii, mě sice příliš neuspokojila odborně, ale zato oživil mou dětskou touhu cestovat po Africe (6).“

3. Kdy jste byl (a) v této zemi naposledy?

Odpověď: V roce 2007.

4. Jaké africké země jste navštívil (a)?

Odpověď: Egypt, Tunis, Lybie, Etiopie, Uganda, Tanzanie, Zambie, Namibie, Jihoafrická republika.

5. Co vás přimělo k tomu tam jet?

Odpověď: Touha po Africe a stopy českých cestovatelů.

Podle slov doc. MUDr. Josef Donáta, DrSc. z knihy Uganda, velký příběh malé nemocnice:

„Často se setkávám s otázkou, jak vlastně vznikl můj nápad založit nemocnici v Ugandě. Ohlédnou-li se hodně dozadu, tak o Africe jsem snil již od útlého dětství a tyhle sny pramenily v cestopisech Emila Holuba, Jiřího Hanzelky a Miroslava Zikmunda, jejich stopy jsem po 50 letech hledal v severní Africe a Jižní Americe a konečně v knížkách o „velkém doktorovi“ Albertu Schweitzerovi (6).“

6. Jaké náležitosti jste potřeboval (a) pro cestu do Afriky?

Odpověď: Angličtinu, odvahu a zkušenosti z oboru.

7. Zaštitila vás a vaši práci v Africe nějaká organizace?

Odpověď: Ne, nezaštitila.

8. Pokud ano, jaké máte s touto organizací zkušenosti?

Nezodpovězeno.

9. Jaká byla vaše práce v Africe? V čem spočívala?

Pracoval jsem především jako porodník a dále jsem byl iniciátorem a také koordinátorem stavby nemocnice v Ugandě.

Podle slov doc. MUDr. Josef Donáta, DrSc. z knihy Uganda, velký příběh malé nemocnice: „Kde začít, bylo to jako zamotané klubko, které jsem jen pomalu rozmotával. Začal jsem tím, co spěchalo, nakupováním vyřazeného vybavení ze zrušených nemocnic a porodnických oddělení.“

Všechno se hromadilo ve skladu charity v barokním klášteře Dolní Ročov u Loun, naložilo se do kontejneru a lodí přepravilo z Hamburku do Mombasy. Přeprava kontejneru z Mombasy do Buikwe se uskutečnilo po silnici (6).“

10. V jaké nemocnici jste pracoval (a)?

Odpověď: Jako lékař ve všeobecné nemocnici V Surmanu v Lybii.

11. Jaký byl váš první dojem z této nemocnice?

Odpověď: Nic moc. Sice dobře vymyšlená, postavená a vybavená Němci, ale dost poničená domorodci.

12. Jaký dojem na vás udělal personál?

Odpověď: Pracovali tam Češi, Slováci, Poláci, Egypťané a filipínské sestry - s těmi to šlo, horší to bylo s domorodci.

13. Na jaké úrovni je vzdělání tamního personálu?

Odpověď: Velmi dobré. Mají lékařskou fakultu v Tripoli a pro sestry střední zdravotnickou školu přímo v Surmanu.

14. Jaký byl váš první zážitek s porodním sálem a porodem v Africe?

Odpověď: První porod byl klešťový. Dopadl dobře.

15. Jak vypadá porod v Africké nemocnici? Čím se liší od našich porodnic?

Odpověď: Rodičky v Lybii nejsou příliš ukázněné. Neustále tam je nějaký křik. V porodnici a v celé nemocnici je pak neustálý nedostatek materiálu a potíže se sterilitou.

16. Viděl (a) jste někdy tradiční porod ve vesnici? Nebo ženu, která takovým způsobem rodila?

Odpověď: V Lybii se doma nerodí, ale byl jsem u porodu v nákladěáku před nemocnicí.

17. Jak se v Africe dbá na prevenci a prenatální péči?

Odpověď: Řekl bych, že se tam na to spíše nedbá vůbec."

18. Jaká byla nejčastější komplikace, kterou jste musel (a) v Africe řešit?

Odpověď: Předčasné odlučování lůžka při preeklampsii, ruptura dělohy a časté jsou také konce pánevní.

19. Jak je to s císařským řezem v Africe? V nemocnici kde jste byl (a) byly prováděny?

Odpověď: Ano, poměrně často.

20. Mají africké ženy k dispozici něco z moderních léčiv, které používáme v ČR?

Odpověď: Ano, většinou ani, v omezené míře, ale mají. Jsou to většinou uterotonika a antibiotika.

21. Jaký je podle vás největší problém afrických porodů? Porodnic a nemocnic vůbec?

Odpověď: Nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatek materiálu, krve, léků. Potíže se sterilitou a asepti. A také nespolehlivost domorodých zdravotníků a zaměstnanců.

Podle slov doc. MUDr. Josef Donáta, DrSc. z knihy Uganda, velký příběh malé nemocnice:

„Kde začíná a kde končí tíseň člověka v místech, kde nevidíte dospělého v produktivním věku? Kde děti umírají na nemoci, na které se u nás už dávno neumírá? Zdraví a život by mely být prioritou veškeré humanitární pomoci. K čemu jsou školy dětem, které umřou na banální infekce. Moje vize je myslím logická, nejprve zdraví a pak vzdělání (6).“

22. Jaké máte na Afriku vzpomínky? Máte v plánu se tam někdy vrátit?

Odpověď: Mám velmi dobré vzpomínky a hodlám se tam vrátit již velmi brzo.

23. Co byste vzkázal (a) těm, kteří mají touhu do Afriky jet?

Odpoověď: Ať určitě jedou. Myslím, že Afrika ještě nikoho nezklamala.

Podle slov doc. MUDr. Josef Donáta, DrSc. z knihy Uganda, velký příběh malé nemocnice:

„Příběh malé, ale naší nemocnice v Ugandě teprve začíná, je otevřen všem lidem v České republice, kteří pochopí hodnotu vymykající se běžným humanitárním aktivitám a jednorázové pomoci a budou se chtít na něm podílet. A pokud tento příběh neskončí a stane se příkladem hodným k následování, bude to i jejich zásluha a bude to jen dobře. Bude to důkaz, že lhostejnost k bídě a bolesti chudší části světa u nás a v nás ještě nezvítězila (6).“



Obrázek č. 4 Památný kámen otevření nemocnice v Buikwe

4.3 MUDr. Ondřej Šimetka



Přednosta, Porodnicko-gynekologická kliniky Fakultní nemocnice
Ostrava

Vzdělání

- 2006 - dosud: doktorský studijní program (Ph.D.), LF Univerzita Palackého, Olomouc
- 2004: II. atestace v oboru Gynekologie a porodnictví
- 1999: I. atestace v oboru Gynekologie a porodnictví
- 1996: 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Profesní historie

Česká republika

- 2007 - dosud: přednosta, Porodnicko-gynekologická klinika FN Ostrava
- 2003 - dosud: lékař, Porodnicko-gynekologická klinika FN Ostrava
- 1996-1999, 2001, 2002: Státní slezská nemocnice, Opava

Zahraničí

- 2005: Medecins Sans Frontieres (Lékaři bez hranic) - Monrovia, Libérie
- 2004-2005: OSN (Organizace spojených národů), Dili, Východní Timor
- 2003: OSN (Organizace spojených národů), Baucau, Východní Timor
- 2002,2003: Medecins Sans Frontieres (Lékaři bez hranic) - Puthukkudiyiruppu, Srí Lanka
- 2000-2001: Medecins Sans Frontieres (Lékaři bez hranic) - Mallavi, Srí Lanka
- 1999-2000: Medecins Sans Frontieres (Lékaři bez hranic) - Maliana, Východní Timor
- 1995: Karl-Ruprecht-Universität Klinik, Heidelberg, Německo (14)

1. Co vás napadne jako první, když slyšíte slovo Afrika?

Odpověď: Beznaděj, problémy, bezvýhodnost, utrpení žen, přátelští lidé

2. Kdy jste se dostal (a) do Afriky poprvé a kolikrát už jste tam byl (a)?

Odpověď: 1x1996, 1x2005

3. Kdy jste byl (a) v této zemi naposledy?

Odpověď: 2005

4. Jaké africké země jste navštívil (a)?

Odpověď: Egypt, Libérie

5. Co vás přimělo k tomu tam jet?

Odpověď: Studium tropických chorob - Egypt, účast na misi Lékařů bez hranic – Libérie.

6. Jaké náležitosti jste potřeboval (a) pro cestu do Afriky?

Odpověď: Víza, očkování.

7. Zaštitila vás a vaši práci v Africe nějaká organizace?

Odpověď: Lékaři bez hranic

8. Pokud ano, jaké máte s touto organizací zkušenosti?

Odpověď: Jen ty nejlepší (3 roky užitečné a zajímavé práce – Srí lanka, východní Timor a Lyberie)

9. Jaká byla vaše práce v Africe? V čem spočívala?

Odpověď: Gynekolog-porodník – akutní péče.

10. V jaké nemocnici jste pracoval (a)?

Odpověď: Mamba Point hospital, Monrovia, Libérie

11. Jaký byl váš první dojem z této nemocnice?

Odpověď: Jako z každé rozvojové země – chaos, horší hygienické podmínky.

12. Jaký dojem na vás udělal personál?

Odpověď: Výborný – pracovití.

13. Na jaké úrovni je vzdělání tamního personálu?

Odpověď: Velmi dobré až naprostá neznalost.

14. Jaký byl váš první zážitek s porodním sálem a porodem v Africe?

Odpověď: Nepamatuji – asi jeden z těch hrozných protrahovaných porodů, kterých jsem tam viděl stovky....

15. Jak vypadá porod v africké nemocnici? Čím se liší od našich porodnic.

Odpověď: Nemusí se lišit vůbec, ale většinou se o ženu celkem nikdo nestará, chování personálu je často velmi neosobní. Porod dítěte není většinou považován za zázrak zrození života, ale často se jedná jen o další hladový krk. Málo emocí, vyprahlost lidí. Jde hlavně o přežití matky.

16. Viděl (a) jste někdy tradiční porod ve vesnici? Nebo ženu, která takovým způsobem rodila?

Odpověď: Viděl. Dostí otřesný zážitek – žena 3 dny v porodních bolestech, mrtvé dítě, žena přežila jen tak tak.

17. Jak se v Africe dbá na prevenci a prenatální péči?

Odpověď: Nedbá, je nedostupná, drtivá většina žen nemá před porodem kontakt se zdravotníkem.

18. Jaká byla nejčastější komplikace, kterou jste musel (a) v Africe řešit?

Odpověď: Nebezpeční potraty, dokončování nebezpečných potratů, nepostupující porody, závažná porodnická krvácení, mrtvé plody.

19. Jak je to s císařským řezem v Africe? V nemocnici kde jste byl (a) byly prováděny?

Odpověď: Ano. Jinak je vesměs nedostupný, špatně indikovaný, nebo naopak zbytečně indikovaný, zatížený vysokou mortalitou a morbiditou matky.

20. Mají africké ženy k dispozici něco z moderních léčiv, které používáme v ČR?

Odpověď: Ano, ale jak kde. Někde nemají vůbec nic.

21. Jaký je podle vás největší problém afrických porodů? Porodnic a nemocnic vůbec?

Odpověď: Postavení ženy, nedostupnost, tradiční medicína, pověry, historické praktiky, ženská obřízka.

22. Jaké máte na Afriku vzpomínky? Máte v plánu se tam někdy vrátit?

Odpověď: Krásné vzpomínky, určitě se tam vrátím.

23. Co byste vzkázal (a) těm, kteří mají touhu do Afriky jet?

Odpověď: 100x si zodpovědět na otázku „proč tam chci jet?“ Je třeba respektovat místní kulturu. Jedná se o zodpovědnou práci, nikoliv dobrodružství.

4.4 MUDr. Pavel Orlík

Na tento dotazník odpovídal MUDr. Pavel Orlík, se kterým jsem se setkala na své praxi v nemocnici Třinec příspěvková organizace. V Ugandě pan doktor působil rok v nemocnici Gulu na severu země. Nyní působí jako gynekolog, porodník v nemocnici Frýdek-Místek a také v nemocnici Třinec Sosna.

1. Co vás napadne jako první, když slyšíte slovo Afrika?

Odpověď: Palmy, černoši a horké spalující slunce.

2. Kdy jste se dostal (a) do Afriky poprvé a kolikrát už jste tam byl (a)?

Odpověď: 1997, 2x.

3. Kdy jste byl (a) v této zemi naposledy?

Odpověď: Březen 2007.

4. Jaké africké země jste navštívil (a)?

Odpověď: JAR, Swaziland, Mosambik, Zambie, Zimbabwe, Malawi, Keňa, Uganda, Rwanda, Egypt, Tunis.

5. Co vás přimělo k tomu tam jet?

Odpověď: Dobrodružství a splnění svých dlouholetých snů.

6. Jaké náležitosti jste potřeboval (a) pro cestu do Afriky?

Odpověď: Očkování, víza a informace.

7. Zaštitila vás a vaši práci v Africe nějaká organizace?

Odpověď: Ne.

8. Pokud ano, jaké máte s touto organizací zkušenosti?

Nezodpovězeno.

9. Jaká byla vaše práce v Africe? V čem spočívala?

Odpověď: Primář gynekologicko-porodního oddělení, vedoucí programu asistované reprodukce.

10. V jaké nemocnici jste pracoval (a)?

Odpověď: V Gulu Independent Hospital – soukromá nemocnice.

11. Jaký byl váš první dojem z této nemocnice?

Odpověď: Byl tam velký nepořádek, nízká hygiena, nezáměr o pacienta.

12. Jaký dojem na vás udělal personál?

Odpověď: Nízká hygiena, nezáměr o pacienta, velmi pomalý, na všechno má čas.

13. Na jaké úrovni je vzdělání tamního personálu?

Odpověď: Základní, odpovídající hospodářské situaci oblasti.

14. Jaký byl váš první zážitek s porodním sálem a porodem v Africe?

Odpověď: Šok, posléze obdiv k tomu, co v jejich podmínkách dokážou.

15. Jak vypadá porod v africké nemocnici? Čím se liší od našich porodnic?

Odpověď: Jediný rozdíl je ve sledování ozev plodu- nemají přístroje, a proto používají stetoskopy. Samozřejmě jiná je péče o HIV pozitivní pacienty.

16. Viděl (a) jste někdy tradiční porod ve vesnici?

Odpověď: Ne.

17. Jak se v Africe dbá na prevenci a prenatální péči?

Odpověď: Je zcela nedostatečná a většinou i neodstupná.

18. Jaká byla nejčastější komplikace, kterou jste musel (a) v Africe řešit?

Odpověď: Zánět a krvácení po kriminálním potratu.

19. Jak je to s císařským řezem v Africe? V nemocnici kde jste byl (a) byly prováděny?

Odpověď: SC je prováděno stejně jako u nás a provádí se prakticky ve všech nemocnicích.

20. Mají africké ženy k dispozici něco z moderních léčiv, které používáme v ČR?

Odpověď: Mají k dispozici téměř vše, tady alespoň v nemocnici v Gulu.

21. Jaký je podle vás největší problém afrických porodů? Porodnic a nemocnic vůbec.

Odpověď: Nedostatek informací, přetrvávání tradic, které neumožňují lepší péči. Nízký zájem o vlastní zdraví.

22. Jaké máte na Afriku vzpomínky? Máte v plánu se tam někdy vrátit?

Odpověď: Vzpomínky úžasné, rád bych to opět zkusil, pokud bude příležitost.

23. Co byste vzkázal (a) těm, kteří mají touhu do Afriky jet?

Odpověď: Jeďte určitě, jen nebuďte překvapeni, co vše uvidíte.

Závěr

Uganda je jednou z nejzajímavějších a nejkrásnějších zemí, které jsem měla možnost poznat. Je to země plná protikladů. Velká města s vybavenými nemocnicemi, univerzitami a snadnou dostupností zdravotní péče kontrastuje s chudými vesnicemi, kde nejbližší nemocnice je mnohdy mnoho kilometrů.

Díky zpracování této bakalářské práce jsem měla možnost nahlédnout do africké kultury i porodnictví. Je to sice poznání okrajové, ale i toto poznání může přinést mnohý užitek.

Zjistila jsem, jak podstatnou roli hraje v Ugandě pomoc vyspělých lidí, jak moc si místní lidé této pomoci váží a jak obrovský prospěch plyne z Česko-slovensko-ugandské nemocnice v Buikwe, či jiných podobných projektů. Poznala jsem lidi, kteří svých odborných znalostí a zkušeností využívají ku prospěchu nejpotřebnějších.

Velkou a nezastupitelnou úlohu v Ugandě také představuje možnost vzdělávání. A to jak odborných zdravotnických pracovníků, ve školách, tak vzdělávání široké veřejnosti v rámci školení o prevenci nemocí či správné výživě.

Kdokoli si tuto bakalářskou práci přečte, by ani tak neměl hodnotit úroveň péče o matku a dítě či stav vybavenosti nemocnice nebo úroveň vzdělání pracovníků ve zdravotnických zařízeních, jako spíše to, zda je tato péče dostatečně dostupná a zda by on sám nemohl jakkoli přispět ke zlepšení podmínek života afrického obyvatelstva, zejména pak žen a dětí.

Dle mého názoru je totiž kvalita péče nesrovnatelná s péčí poskytovanou ve vyspělých zemích, přesto však, pokud je poskytnuta alespoň nějaká kvalifikovaná péče, je to krok správným směrem a každý jedinec, zdravotníky počínaje, má možnost k tomu přispět.

Seznam bibliografických odkazů

1. *Afrika*, edice zeměpis a zahraniční průvodce, Levné knihy 2007, dostupné na CD – ROM.
2. *Afrika*, dostupné na <http://cs.wikipedia.org/wiki/afrika>.
3. ARCIDIECÉZNÍ CHARITA PRAHA, *Česko – Slovensko – Ugandská nemocnice sv. Karla Lwangy, Zpráva k prvnímu zahájení výročí provozu*, 2008, 29 s.
4. BUGEMBE, A. *Uganda: Namazzi has been decicated midwife*, dostupné na: <http://www.healthserve.org/pubs/a0245.htm>.
5. DOBRODENKA, M. *Statistiky z nemocnice v Buikwe z roku 2008*, dostupné na: kouna@tiscali.cz.
6. DONÁT, J. *Uganda, velký příběh malé nemocnice*, Praha: DoMeNa, 2006, 176 s., ISBN 80-239-6945-5.
7. DRLÍK M. *Český lékař v srdci Afriky*, Praha: Portál s.r.o., 2003, 149 s., ISBN 80-7178-833-3.
8. GIOLING F.K., *The Acholi of Uganda*, Colonial Office Researched Studies, 1960, 68s.
9. HAVLÍČEK T.; KLIMENT Z.; KONEČNÁ E. *Lidé a země*, Praha: Euromedia Group, k.s., 2006 s. 230-231, ISBN 80-242-1757-0.
10. *Health and welfare*, dostupné na: www.afro.who.int/uganda/healthsystems.html.
11. *Healt in Uganda*, dostupné na: http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Uganda.
12. *Health system in Uganda*, dostupné na: <http://www.country-studies.com/uganda/health-and-welfare.html>.
13. KOLEKTIV AUTORŮ, *Všechno o zemi*, Praha: Reader's digest výběr, 2005, s. 320, 710-711, ISBN 80-86196-17-8.
14. *MUDr. Ondřej Šimetka, přednosta, porodnicko-gynekologická klinika*, dostupné na: <http://porodnice.fno.cz/pr.html>.
15. *Mulago School of Nursing and Midwifery*, dostupné na: http://htiuganda.org/index.php?option=com_content&task=view&id=22&Itemid=26.
16. NZITA R., *Peoples and cultures of Uganda*, Fountain Publishers Ltd., 1997, 167 s., ISBN 9970 02 0315.
17. SIKOROVÁ K., *Jeden africký den*, Vlastní amatérská tvorba, Třinec, 2004, Nепublikováno.

18. SIKOROVÁ K., *Osobní fotodokumentace*, Vlastní amatérská tvorba, Deník, Uganda 2009.

19. SIKOROVÁ K., *Setkání*, Uganda 2009.

20. Tarcha R., *Lékařem v Africe*, dostupné na:
http://www.rozhlas.cz/leonardo/anonce/_zprava/492522.

Seznam zkratk

ADCH – Arcidiecézní charita Praha

AIDS / HIV – Syndrom získaného imunodeficitu

EDF – European Development Fund

FAO – Food and Agricultural Organisation

Hb - hemoglobin

HBsAg – Australský antigen

IDA – International Development Association

P - pulz

Shi – Shilingi elfu moja (ugandská měna)

s.c. – sectio caesarea

TK – krevní tlak

UNDP – United Nations Development Programme

UNICEF – United Nations Children Fund

UPMO – Uganda Primary Midwives Organisation

USD – americký dolar

WHO – World Health Organisation

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Uganda na mapě Afriky

Obrázek č. 2 Vlajka Ugandy

Obrázek č. 3 Ceny hospitalizace v domorodém jazyce

Obrázek č. 4 Památná kámen otevření nemocnice v Buikwe

Obrázek č. 5 Mapa Afriky z roku 1890

Obrázek č. 6 Mapa Ugandy

Obrázek č. 7 Cedula na návsi

Obrázek č. 8 Nemocnice v Buikwe

Obrázek č. 9 Detail porodnice v Buikwe

Obrázek č. 10 Vstup pro pacienty v Buikwe

Obrázek č. 11 Čekárna v Buikwe

Obrázek č. 12 Všeobecné oddělení pro dospělé v Buikwe

Obrázek č. 13 Dětské oddělení v Buikwe

Obrázek č. 14 Sesterna a příjem na porodním sále v Buikwe

Obrázek č. 15 Pokoj 1. doby porodní v Buikwe

Obrázek č. 16 a 17 Porodní lůžko v Buikwe

Obrázek č. 18 Místo pro ošetření novorozence v Buikwe

Obrázek č. 19 Dítě s AIDS a zápalom plic v Buikwe

Obrázek č. 20 Vesnické dítě

Obrázek č. 21 Děti z vesnice Katete

Seznam tabulek

Tabulka č 1 Indikátory zdravotního stavu obyvatel Ugandy z roku 1995

Tabulka č. 2 Finanční zdroje nemocnice v roce 2007

Tabulka č. 3 Náklady na provoz nemocnice v roce 2007

Tabulka č. 4 Statistiky z nemocnice v Buikwe z roku 2008

Seznam příloh

Příloha č. 1 Afrika

Příloha č. 2 Mapy

Příloha č. 3 Fotodokumentace

Příloha č. 4 Prenatální dokumentace z porodnice v Buikwe

Příloha č. 5 Porodnická dokumentace z porodnice v Buikwe

Příloha č. 6 Statistiky z nemocnice v Buikwe z roku 2008

Příloha č. 7 Setkání

Příloha č. 8 Jeden africký den

Příloha č. 9 Dotazník pro lékaře působící v Africe

Příloha č. 1 Afrika jako kontinent

Název kontinentu pochází od starých Římanů, kteří používali pro severní část kontinentu, zhruba odpovídající dnešnímu Tunisku, jméno *Africa terra* („země Aferů“). Slovo *Afer* může být arabského původu („afer“ = prach); může jít také o pojmenování kmene Afridi, který žil v severní Africe okolo Kartága; některé další teorie názvů jsou víceméně sporné:

- může být řeckého původu („aphrike“ = bez chladu)
- může jít o latinský původ („aprica“ = slunečná)

Afrika je třetí největší světadíl. Jeho převážná část leží na východní polokouli. Její pozoruhodně pravidelný obrys ohraničuje plochu o rozloze 30 319 069 km². Afrika má málo ostrovů (největší Madagaskar) a poloostrovů (největší Somálský poloostrov). Africké břehy omývá Atlantský a Indický oceán, mnoho moří např. Středozemní moře, které odděluje Afriku od Evropy a zálivy jako nápadný Guinejský záliv (2).

Dějiny

Afrika je nejstarším obydleným územím na Zemi a všeobecně se má za to, že lidská rasa se vyvinula na území dnešního afrického kontinentu.

Po dobu prehistorického věku neměla Afrika žádné národní státy (stejně jako ostatní státy světa té doby). Místo toho byla obydlena kmeny lovců a sběračů jako např. kmeny Khoi a San (dnes známými jako bušmeni). Kolem roku 3300 př.n.l. vzniká na severu Afriky říše Egypt. Ta existovala s proměnlivým vlivem na tehdejší civilizace až do roku 343 př.n.l. Ostatní větší civilizace zahrnují Etiopie, Numibijské království, království Sahelu (Ghana, Mali a Songhai) a Velké Zimbabwe. V 15. století do Afriky přišli evropští cestovatelé. Vyjednávání s některými místními kmenovými náčelníky Evropanům umožnilo zajmout a zotročit milióny Afričanů. Byli odvezeni na práci do celého světa. Tento obchod je známý jako obchodování s otroky. Kupříkladu dnešní černošská populace ve Spojených státech Amerických (afroameričani) je pozůstatkem oněch dob. Na konci 19. století evropské imperiální mocnosti obsadily většinu afrického

kontinentu a vytvořily kolonie. Koloniální panství skončilo až s koncem 2. Světové války, kdy všechny kolonie postupně získaly nezávislost. Značná část dnešních států v Africe má hranice pocházející ještě z období kolonialismu (2).

Politika

Prehistorické období

V tomto období neměla Afrika žádné národní státy. Byli tu však kmeny lovců a sběračů. Okolo roku 3300 př.n.l vznikla říše Egypt, ta existovala až do roku 343 př. n. l.(Ostatní civilizace zahrnovali Etiopii, Nubijské království, království Sahelu a Velké Zimbabwe.) Ve 14. století přišli evropští cestovatelé. Vyjednávání s náčelníky kmenů umožnilo Evropanům zajmout a odvézt do světa miliony Afričanů. V 19. století evropské imperiální mocnosti obsadily africký kontinent a vytvořily kolonie (2).

Koloniální období

Kolonialismus měl destabilizační efekt na množství etnických skupin, což je stále cítit v africké politice. Díky Evropskému vlivu, národní hranice států nejsou výsledkem dohod jak je tomu například Arabském poloostrově, kde jsou hranice ovlivněny vojenským a obchodním vlivem. Evropské požadavky na stanovení hranic okolo jejich teritorií znamenaly rozdělení sousedících etnických skupin nebo násilné spojení tradičních nepřátel do jedné skupiny bez jakékoliv regulace násilí. Například řeka Kongo, i když vypadá jako přirozená hranice má skupiny, které sdílí jazyk, kulturu a jiné znaky a přitom žijí na obou stranách řeky. Rozdělení země mezi státy Belgie a Francie izolovalo tyto skupiny od sebe. Lidé, kteří žili na Sahaře nebo v Subsaharské Africe a obchodovali se vzdálenými regiony přes celý kontinent po mnoho století najednou překračovali ‚hranice‘, které existovaly jen na evropských mapách (2).

Postkoloniální období

Po získání nezávislosti byly státy často omezovány nestabilitou, korupcí, násilím a autoritativními režimy. Převážná většina afrických národů jsou republiky, které mají nějakou formu prezidentského systému vlády. Jen pár národů v Africe bylo schopno vytvořit demokratickou vládu namísto série brutálních pučů a vojenských diktatur.

Mnoho postkoloniálních vůdců bylo velmi slabě vzdělaných a ignorovali záležitosti vlády. Od 60. do 80. let proběhlo v Africe 70 pučů a 13 vražd představitelů nějakého státu (2).

Moderní Afrika

Většina západních států omezuje pomoc africkým národům, hlavně Spojené státy. Omezení jsou často kvůli kontrolování vlád těchto afrických národů. Výsledkem je, že se tyto národy snaží získat finanční pomoc jinými netradičními způsoby. Například Čína stále více finančně podporuje Afriku, aby si zajistila kontrakty na suroviny jako ropa, zlato a diamanty (2).

Ekonomika

Afrika je světově nejchudší obydlený kontinent. Zpráva o vývoji lidstva OSN z roku 2003 (monitoruje 175 zemí) uvádí, že pozice od 151 (Gambie) do 175 (Siera Leone) jsou všechny obsazeny africkými státy (2).

Počátky ubohé ekonomické situace jsou spatřovány v kolonialismu a byly dále podpořeny korupcí a despotismem. Zatímco země jako Čína, nyní i Indie a také Latinská Amerika zaznamenaly rychlý rozvoj, Afrika zůstává pozadu v otázkách zahraničního obchodu, investic a růstu kapitálu. Tato chudoba má mnoho následků jako nízká životní úroveň, násilí a nestabilita - faktory dále prohlubující chudobu Afriky (2).

Největší ekonomický úspěch zaznamenaly Botswana a Jihoafrická republika, které se rozvinuly tak, že mají již vlastní kurz měny. To je částečně způsobeno v množství jejich přírodního bohatství v surovinách — jsou to hlavní producenti zlata a diamantů a částečně díky dobře zavedenému právnímu systému. Jihoafrická republika má také přístup ke kapitálu, trhům a technologiím (2).

Nigérie leží na jednom z největších nalezišť ropy na světě a má největší populaci ze států v Africe. V současné době má jednu z nejrychleji rostoucích ekonomik na světě. Je pravděpodobné, že rapidní vzestup ekonomiky státu a opatření proti korupci zařadí brzy Nigérii mezi „Ekonomické tygry“ (2).

Příloha č. 2 Mapy



Obrázek č. 5 Mapa Afriky z roku 1890 (2)



Obrázek č. 6 Mapa Ugandy (2)

Příloha č. 3 Fotodokumentace



Obrázek č. 7 Cedula na návsi v Buikwe (18)



Obrázek č. 8 Nemocnice v Buikwe (18)



Obrázek č. 9 Detail porodnice v Buikwe (18)



Obrázek č. 10 Vstup pro pacienty v Buikwe (18)



Obrázek č. 11 Čekárna v Buikwe (18)



Obrázek č. 12 Všeobecné oddělení pro dospělé v Buikwe (18)



Obrázek č. 13 Dětské oddělení v Buikwe (18)



Obrázek č. 14 Sesterna a příjem na porodním sále v Buikwe (18)



Obrázek č. 15 Pokoj 1.doby porodní v Buikwe (18)





Obrázek č. 16 a 17 Porodní lůžko v Buikwe (18)



Obrázek č. 18 Místo pro ošetření novorozence v Buikwe (18)



Obrázek č. 19 Dítě s AIDS a zápalom plic (18)
(18)



Obrázek č.20 Vesnické dítě



Obrázek č. 21 Děti z vesnice Katete (18)

Příloha č. 4 Prenatální dokumentace z porodnice v Buikwe

ANTENATAL PROGRESS EXAMINATION

Date	Weeks of Amniorrhoea	Fundal Height	Presentation	Position	Relation PP/Brim	Foetal Heart	Weight	BP	Varicose/Oedema	Urine	TT	APT	Net Use	Complaints and Remarks	Return Date	Name of Examiner

ULTRASOUND REPORTS & DATES:

RISK FACTORS AND RECOMMENDATION FOR DELIVERY

INVESTIGATIONS

- Blood: Hb _____
- RPRVDRL _____
- MP _____
- HIV _____
- Others _____

OTHER / TREATMENT:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- Pelvic Assessment - 36 weeks _____
- Diagonal conjugate _____
- Sacral curve _____
- Ischial spines _____
- Subpubic arch _____
- Ischial tuberosities _____
- Pelvis adequate /borderline/contracted _____

PREVIOUS OBSTETRIC HISTORY

Age	Year	ABORTIONS		TYPE OF DELIVERIES					CHILD				
		Below 12wks	Above 12wks	Pre-mature	Full term	Type of Delivery	Third Stage	Puer perum	Alive SB/NND	Sex	Birth Weight	Immun.	Health Condition

Comment(s) about previous pregnancies:

Menstrual History: _____
 Alcohol: _____
 Health of the husband: _____
FAMILY HISTORY:
 Diabetes: _____
 Hypertension: _____
 Sickle Cell Disease: _____
 Epilepsy: _____
 Twins: _____
MENSTRUAL AND CONTRACEPTIVE HISTORY:
 Length of menses (No. of days and bleed): _____
 Amount: Heavy/Normal _____
 Family planning Methods ever used _____
 When and why was it discontinued? _____
PRESENT PREGNANCY:
 First Day of LNMP: _____
 EDD: _____
 Period of Gestation: _____
 Complications of Pregnancy: _____
 Hospitalisation for: _____
 Bleeding _____
 Vomiting _____
 Has any of the following been present for one month?
 Fever: _____
 Cough: _____
 Diarrhoea: _____
 Weight loss: _____
 Others: _____
PHYSICAL EXAMINATION:
 Height: _____ cm Weight: _____ Kg
 BP: _____ Pulse: _____
 Temp: _____ Nutritional status: _____
 Oral Thrush: _____ Anaemia Screening _____
 Teeth: _____ Eyes: _____
 Neck: _____ Mucous Membranes: _____
 Breasts: _____ Nails: _____
 Legs: _____ Palms: _____
 Deformities: _____ Heart: _____
 Lymph Glands: _____ Lungs: _____
 Herpes zoster: _____
PELVIC EXAMINATION:
 Vagina: _____
 Cervix: _____
 Monilia: _____

MINISTRY OF HEALTH

ANTE-NATAL CARD

Health Unit: _____ Reg. No. _____
 Name: _____ Age: _____
 Address: _____ Religion: _____
 Occupation: _____ Tribe: _____
 Education: _____
 Married/Single/Widow _____
 Next of Kin: _____
 Relationship: _____
 Occupation: _____
 Address: _____
 Where will she deliver? _____
 Where will she go after delivery? _____
 Gravida: _____ Para: _____ Rh: _____ Abortions: _____
PREVIOUS ILLNESS:
Medical:
 Rheumatic Fever: _____
 Cardiac Disease: _____
 Kidney Disease: _____
 Hypertension: _____
 TB: _____
 Asthma: _____
 STD: _____
 Sickle Cell Disease _____
 Epilepsy (seizures) _____
 Diabetes: _____
Surgical:
 Operations: _____
 Blood Transfusions: _____
 When? _____
 Skeletal deformity _____
 Fractures of pelvis spine and femur _____
 D&C _____
 Ectopic Pregnancy _____
 Caesarean section: _____
 Others, e.g. Vacuum Extraction, forceps _____
 Retained placenta _____
 PPH _____

Příloha č. 5 Porodnická dokumentace z porodnice v Buikwe

ST. CHARLES LWANGA BUIKWE HOSPITAL

P. O. Box 134
LUGAZI

Name	Ante Natal Clinic
Village	Clinic No.
Gombolola	In-patients No.
County	Labour Ward No.
Tribe	Bed No.
Religion	Date of Admission
Husband's Name	Date of Delivery
Age	Date of Discharge

	Date																
	C	M	E	N	M	E	N	M	E	N	M	E	N	M	E	N	
Fundal Height	15	5															
		41															
	10	5															
		40															
	5	5															
		39															
	0	5															
		38															
		5															
		37															
		5															
		36															
		5															
		35															
Pulse	m																
0																	
Resp.																	
Bowels																	
Protein																	
Lochia																	
Breasts																	
Weight																	
Daily B/P.																	
BLOOD GROUP		HB				OEDEMA											
URINE ANALYSIS ON ADMISSION										CASE SUMMARY							
S. Gravity					Reaction												
Sugar					Acetone												
Protein					Bile					Receipt No.							

ADMISSION Date	Time	By
Gravida	L.M.P	E.D.D
General Condition	Position	
Height of Fundus	Engagement	
Presentation	Foetal Heart	
Remarks		
Vaginal Examination		
Vulva	Relation to Cavity	
Cervix	Subpubic Arch	
Os	Ischial Spines	
Membranes	Sacral promontory	
Date	Time	By
LABOUR		
Onset	Foetal Heart	
OS FULLY DILATE	Duration of 1st Stage	
Membranes Ruptured	Duration of 2nd stage	
Foetus Expelled	Duration of 3rd Stage	
Placenta Expelled	Total Duration of Lab.	
Delivery	Lacerations	
Delivery By	Placenta	
	Mebranes	
Remarks	Blood Loss	
	T.P.R	
THE INFANT		
Bith	Date	Discharge
Sex	Date	
Condition	Condition	
Birth Complications	Weight	
Treatment	Feeding	
Abnormalities	Cord	
Weight	Umblicus	
Lenght	Eyes	
Cause of Death	Buttocks	
Date of Death	No. in Register	

DATE	CLINICAL NOTES	TREATMENT

DAY											
DATE											
EYES											
CORD											
STOOLS											
FEED											
SKIN											

WEIGHT CHART

Kgms.											

CONSENT TO OPERATION

I,conset to such operation under anaesthetic being performed on myself/as decided by the surgeon in the best interest of my/his/her health, as explained to me.

..... Signature

Date

Witness

LABORATORY RESULT

Příloha č. 6 Statistiky z nemocnice v Buikwe z roku 2008 (5)

Maternity	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Admissions	78	48	66	78	72	50	72	68	83	84	77	86
Refferals to unit	16	1	4	7	3	2	3	12	3	11	6	1
Refferals from unit	2	1	5	6	3	3	4	7	4	3	3	2
Deliveries in unit	44	23	30	40	41	31	40	39	45	48	41	41
Deliveries HIV positive	4	4	4	3	4	4	6	4	6	4	2	4
Deliveries HIV positive who swallowed ARVS	4	4	6	3	4	4	5	4	6	4	2	4
Live births	39	22	30	37	40	27	37	35	49	50	38	39
Babies born with low weight	7	0	3	5	7	3	8	4	12	7	8	1
Live births to HIV+ mother	4	4	6	3	4	4	5	4	8	5	2	4
Babies (born to HIV+ mothers) given ARVS	44	4	6	2	0	4	4	4	8	0	2	4
Still births	5	1	1	3	0	4	4	4	1	0	2	2
Birth Asphyxia	4	1	0	0	0	2	1	1	0	4	3	0
Maternal deaths	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Deliveries by private practitioners	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Deliveries with TBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Surgery (both OPD, IPD)	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Caesarian sections	5	2	1	2	2	1	1	2	4	12	4	7
Evacuation	0	0	0	2	0	0	2	6	10	6	6	2

Příloha č. 7 Setkání

„Pak přišel čas, kdy bylo třeba riskovat. Zůstat skrytá v poutě totíž bolelo víc než riskování, které vyžadoval rozkvet.“ –Anaïs Nin

„Byl to docela obyčejný den. Brzké odpoledne řekla bych. Venku pošmurno, vlaštovky lítaly nízko při zemi. Asi bude pršet, loupe mě v kolena. Nad hlavou bzučí laciná zářivka vrhající na přítomné tváře nepřilíživě lichotivé světlo. Vrásky se v tom světle prohlubují, tmavé kruhy pod očima ještě více tmavnou a úsměvy, i když upřímné, zdají se poněkud pokřivenými. Je to tím světlem. Pražce pod těžkopádnými vagóny tenounce zpívají píseň o nikdy nekončící dřině a lopotě. Tak mě napadá, že by lehce mohly složit hymnus ne nepodobný tomu o Sisyfovi. Nu, každý na světě táhne ten svůj kříž...“

Když jsem přijela do Afriky, bylo mi něco málo přes dvacet. Drsná a nelítostná v mnoha směrech, přirozený koloběh- silnější přežije, chutnala hořkosladce a já si tu zemi zamilovala. Byla jsem dobrovolná zdravotní sestra. Co v mládí uvidíš, to už do stáří nezapomeneš. Umírající děti s nafouknutými bříšky, lidé, nakažení zákeřnými pohlavními chorobami, umírající v bolestech, zbavení rozumu i vlastního já, znetvoření, poznamenaní. Neměli jsme dost léků, lékařů ani sester. Co jsme mohli dělat? Zmírňovat bolesti, pohladit po tváři, chytit za ruku. Každý den se vrhat do nerovného souboje s chudobou a bídou...matkami smrtelných nemocí. A my se vrhali.

„Vlak s drcnutím zastavil u zaplivaného nádraží. Na oprýskané zelené lavičce se rozvaloval bezdomovec a z pootevřených úst mu pomalu stékala slina na límec špinavého prodřeného kabátu. Zhoupł se mi žaludek.

Já tyhle jízdy nějak špatně snáším. Vyjdu do uličky ve snaze trochu si protáhnout tělo. Ozve se táhlý hvizd a vlak sebou opět škubne, v útrokách mi nějaký vetřelec, udělá zběsilý kotrmelec. Ve stejném okamžiku po železných schůdkách vysupí zavalitá žena s urousanými hnědými vlasy a velkou cestovní taškou. V levné bundě a obnošených botách se procpe kolem a mě olízne její těžká kořeněná vůně. Dáma zapadne do vedlejšího kupé a my se konečně odlepíme od perónu. A za okny zase utíká krajina stejně jako naše životy...“

Vzpomínám si na mladíka, kterého přinesli po útoku lva. Šelmu sice zabili, ale ta stačila chlapci svým, přesným manévrem prokousnout krční tepnu. Už když ho přinesli, byl téměř mrtvý. Trhavě, namáhavě dýchal. Byl bledý jako sama smrt a přestože nemohl vydat ani hlásku, oči křičely o pomoc...ach ty oči!! Neměli jsme čas ani prostředky na možnou transfuzi. Ztracený roztrhaný ubohý chlapec. Darovala jsem mu pouze krátké minuty. Dala jsem si jeho hlavu do klína a prsty ucpala krvácející ránu. Jediná dávka morfia, víc jsme nemohli dát. Pořád se na mě díval a já viděla, cítila jeho strach. Strach z neodvratné, temné, neznámé cesty, na kterou dřív či později vykročíme všichni. Nebe bledlo a slunce zapadalo za rozžhavený obzor a chlapec se celým svým nitrem loučil se světem. Se zemí, která ho zrodila i zabila. S jeho posledním vydechnutím zapadlo slunce...snad hold slunce a nebes či samotného Boha neznámému černošskému chlapci. Drama jednoho života skončilo. Přikryli ho režným plátnem a zanesli do tmavé komory, kde počká, než si pro něj přijde rodina. A pokud nepřijde, pohrbíme ho s dalšími neznámými do jámy kus za vesnicí.

„Vyušilo nás prudké trhnutí dveří. Zvedla jsem už trochu unavené oči a zahleděla se na zaměstnance drah, který nám s naprosto zhnuseným výrazem nabízel kávu, čaj nebo chlazené nápoje. Bylo na něm vidět, že učiníme-li pouhý pokus si opravdu něco koupit, bude schopen nám k tomu přimíchat i cyankáli. Tenhle obtloustlý, zapšklý chlápek zjevně svou práci miluje. Odmítnut, přirazil s pokřiveným úsměvem dveře, které před okamžikem s vervou otevíral.“

Ale i přes to, že je Afrika tvrdá a zažila jsem tam hrozné věci, byly tam i okamžiky které bych nevyměnila za nic na světě. Okamžiky, které svou krásou a silou strhnou celé tvé vědomí a svážou ho neviditelným kouzlem podmanivosti. Na sto mrtvých sice připadlo asi jen deset uzdravených či nově narozených, ale i tenhle nepatrný zlomek, tahle hrstka šťastných, jejich úsměvy, podání ruky či obětí, dokázaly vrátit životu jeho smysl. Myslíte si, že víte jaký je to pocit, sledovat radost hrdého otce, když se mu po šesti dcerách narodí syn?

Dokážete si představit, co cítíte, když vidíte člověka, který před pár měsíci vysílený, podvyživený, dehydratovaný a zraněný klesl na nemocniční zápraží a dnes odchází zpříma a hrdě do buše, aby se ještě týž večer vrátil s náručí afrických lilií s jejich sladkou vůní, klade vám je k nohám? Nevíte, nedokážete, dokud to neprožijete. Afrika -

to je slzy a smích, horko i chlad pronikající do morku kostí, Ona je něžná a divoká, drzá i ostýchavá jako panna o svatební noci. Stává se pro své děti milující matkou i přísně trestajícím otcem. Afrika je plná divokých zvířat, západů i východů slunce co dokážou vyrazit dech, vůní, které nikde jinde neucítíš. Afrika je prostě Afrikou. A i když miluji svou vlast, miluji i tuto divotvornou zemi uhnětenou z černé hlíny.

Po návratu jsem pracovala v nemocnici ve velkém městě. Našla jsem si muže a povila pár dětí. Prožila jsem spokojený život. Ale nikdy jsme nepřestala částí srdce toužit po návratu. No a dočkala jsem se. Na mojí tváři je víc vrásek než má sedmikráska okvětních lístků. Ovdověla jsem a do světa vypustila své milované děti. A mám konečně čas se tam vrátit. Musím se tam podívat dřív, než zemřu, ještě jednou se cítit tak jako tenkrát, kdy, jsem se mladá vypravila zachraňovat svět a nakonec jsem zjistila, že on vlastně zachránil mě, množstvím moudrosti a zkušeností a tím jak moc naplnil mé srdce. Musím dát Africe, před odchodem do druhého světa-nebe,pekla nebo do prázdna, kdo ví, ještě jednou ruku na čelo, udělat tam křížek a říct: „Žehnám ti, kolébko života i smrti.“

Byla to jedna cesta vlakem, jeden obyčejný den, jedna obyčejná postarší paní a jeden neobyčejný obrovský životní příběh. Byla to neskutečná náhoda, řízení osudu či snad samotného Boha, že jsme my dvě jely stejným vlakem, ve stejném kupé a že jsme se daly do řeči. Jen tak, jak to lidé někdy na dlouhých cestách dělají, aby zabili čas (19).

Příloha č. 8 Jeden Africký den

Je pondělí 12.1.2009. Sedím na malé verandě před svým pokojem v Buikwe. Den pomalu končí a já jen sedím a pozoruju život.

Je 17: 50 a začalo se smrákat. Vzduch se podivně ochladil. Na kamínku poskakuje hnědý ptáček s červenou náprsenkou a zpívá nějakou písničku o africké zemi. Mám krásný výhled na nedalekou nemocnici, jedna černoška právě v laboru pere operační prádlo a zpívá si. V Africe zpívá všechno. Lidé, zvířata i země. Hudba je tady všude. Každý večer se lidé z vesnice sejdou u ohňů, hrají a zpívají dlouho do noci. Necháávají za sebou námahu a útrapy celého dne. U brány pobíhají děti a poposedává několik dospělých. Někteří čekají na matatu, které je odveze do vzdálených domovů, jiní jen tak sedí. Prostě sedí a jsou. V Africe plyne čas pomalu a lidé často jen tak sedí a hledí někam do dálky, jakoby přemýšleli nad jiným životem. Vždyť pomalost je tady znakem váženosti, čím významnější člověk je, tím pomaleji se pohybuje.

Dnes musela jedna matka odnést své dítě druhou bránou. Mrtvá brána jí říká. Mrtví nesmí nemocnici opustit stejnou bránou, jakou vcházejí a vycházejí živí. Pověry jsou všude kolem nás. Stejně jako moc kouzel. Dítě zemřelo již před porodem. Tato žena naštěstí přišla včas a sama teď odchází živá a zdravá. Na mě však bylo, abych se postarala o mrtvého chlapečka. Těžký to úkol pro mladou naivní porodní bábu. Zvláštní je, jak světlé a růžové jsou černošské děti, když se narodí. Po mě si jen převzala babička, která svou dceru k prvnímu porodu doprovodila. Zabalila mrtvolku do barevné látky a pak společně odešly k domovu. Někde ho pohřbí. Nejspíš v blízkosti chýše kde žijí, nemají okázalé pomníky z mramoru či žuly, nemají ani hřbitovy, nemají nic jen zem, ze které vzešli a do které se zase vrátí. Smutek tady nemá mnoho prostoru. Život začíná a končí a místní lidé to přijímají tak jak to přichází.

A to mě nutí k zamyšlení nad tím, jaké malicherné a hloupé problémy řeším já. Připadám si zhýčkaně a nevděčně. Přemýšlím také nad tím, zda tato cesta měla smysl. Ale ano měla, odpovím si v zápětí. Prospěla však pouze mě, zatím, získáním zkušeností, ujištěním, že se do Afriky musím vrátit a taky poznáním velké Boží moci a starosti o mě. A to mě trochu leká a zahanbuje. Tolik lidí mi pomohlo, abych tady teď mohla být, zažila jsem tolik zázraků. Budu schopná to někdy vrátit? Udělat to co bych měla?

Jsem v Africe jen pár dní. U nás uběhl sotva týden a já si připadám jako bych prožila půl života. Jako kdybych se ocitla ve snu, v jiné realitě.

Slunce zapadá. Tohle je nejkrásnější část dne. Slunce pořád svítí, ale už nežhne. A rudá hlína cest jako kdyby hořela. V nízké trávě se probouzí cikády a tajuplné noční zvuky. Nad hlavou mi krouží orel a do pole zalétla volavka. Příbuzní pacientů zapálili ohně a vaří večeři. Ještě chvíli a slunce zajde. Na ohních se budou péct kukuřice a čapati. Budou se vypravovat příběhy předků.

Zítřka je můj poslední den v Buikwe. Odjíždím pak do Kampaly a zpátky do mrazivé Prahy. Až půjdu spát, promluvím s Bohem a budu mu děkovat za to, že je i tady, uprostřed černé Afriky a že mi dovolil vidět tento svět (17).

Příloha č. 9 Dotazník pro lékaře působící v Africe

Dotazník pro účely bakalářské práce s názvem Úroveň porodnictví v Africe (Ugandě)

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Kateřina Sikorová, Obor: Porodní Asistentka

1. Co vás napadne jako první, když slyšíte slovo Afrika?
2. Kdy jste se dostal (a) do Afriky poprvé a kolikrát už jste tam byl (a)?
3. Kdy jste byl (a) v této zemi naposledy?
4. Jaké africké země jste navštívil (a)?
5. Co vás přimělo k tomu tam jet?
6. Jaké náležitosti jste potřeboval (a) pro cestu do Afriky?
7. Zaštitila vás a vaši práci v Africe nějaká organizace?
8. Pokud ano, jaké máte s touto organizací zkušenosti?
9. Jaká byla vaše práce v Africe? V čem spočívala?
10. V jaké nemocnici jste pracoval (a)?
11. Jaký byl váš první dojem z této nemocnice?
12. Jaký dojem na vás udělal personál? Jako
13. Na jaké úrovni je vzdělání tamního personálu?
14. Jaký byl váš první zážitek s porodním sálem a porodem v Africe?
15. Jak vypadá porod v Africké nemocnici? Čím se liší od našich porodnic?
16. Viděl (a) jste někdy tradiční porod ve vesnici? Nebo ženu, která takovým způsobem rodila?
17. Jak se v Africe dbá na prevenci a prenatální péči?
18. Jaká byla nejčastější komplikace, kterou jste musel (a) v Africe řešit?
19. Jak je to s císařským řezem v Africe? V nemocnici kde jste byl (a) byly prováděny?
20. Mají africké ženy k dispozici něco z moderních léčiv, které používáme v ČR?
21. Jaký je podle vás největší problém afrických porodů? Porodnic a nemocnic vůbec?
22. Jaké máte na Afriku vzpomínky? Máte v plánu se tam někdy vrátit?
23. Co byste vzkázal (a) těm, kteří mají touhu do Afriky jet?