

Magda Snížková /
Rastislav Maďar
**ZACHRÁNÍŠ-LI
JEDINÉHO...**

Nejen o misích
v Africe



Vyšehrad ROZHOVORY

Zachráníš-li jediného...

Nejen o misích v Africe

Vyšlo také v tištěné verzi

Objednat můžete na

www.ivysehrad.cz

www.albatrosmedia.cz



Rastislav Maďar / Magda Snížková

Zachráníš-li jediného... / Nejen o misích v Africe – e-kniha

Copyright © Albatros Media a. s., 2025

Všechna práva vyhrazena.

Žádná část této publikace nesmí být rozšiřována
bez písemného souhlasu majitelů práv.


ALBATROS MEDIA

Magda Snížková / Rastislav Maďar

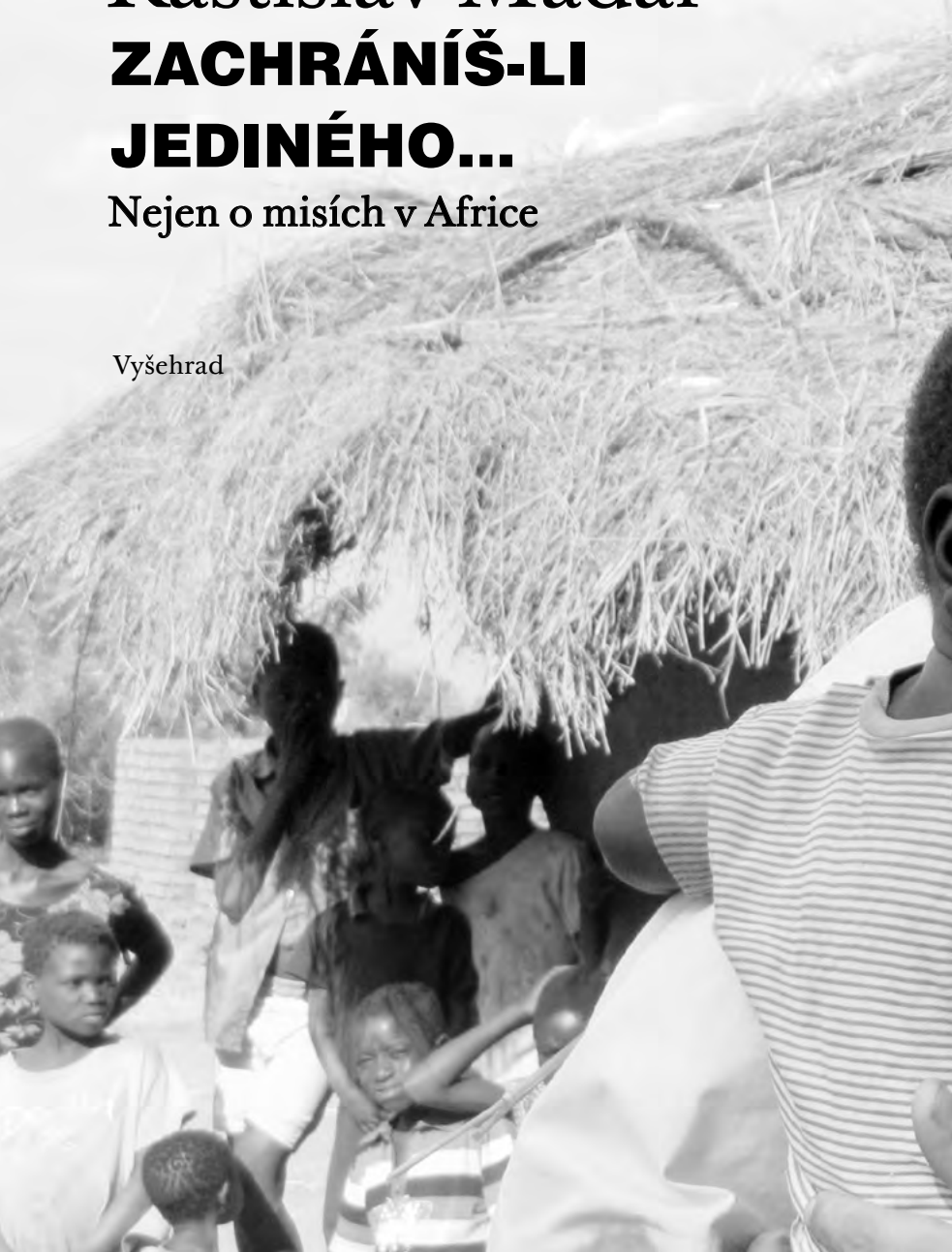
ZACHRÁNÍŠ-LI JEDINÉHO...

Nejen o misích v Africe

Magda Snížková /
Rastislav Maďar
**ZACHRÁNÍŠ-LI
JEDINÉHO...**

Nejen o misích v Africe

Vyšehrad







Až se vrátíte z cest, pošlete do světa některé své knihy. Ocení to nejen další dobrodruzi, ale také naše planeta. Jak na to, zjistíte na www.restorio.cz.

Albatros Media podporuje udržitelný rozvoj, který vrací použitým věcem smysl. On-line antikvariát Restorio vaše knihy odkoupí a zaplatí vám ihned – nečekáte, až se prodají. Získané peníze si můžete nechat, nebo si vyberete charitu, kterou jimi podpoříte. V tom případě navýší Restorio částku o 20 %.

© Rastislav Maďar, Magda Snížková, 2025

ISBN tištěné verze 978-80-267-3146-7

ISBN e-knihy 978-80-267-3147-4 (1. zveřejnění, 2025) (ePDF)

ISBN e-knihy 978-80-267-3161-0 (1. zveřejnění, 2025) (epub)

ISBN e-knihy 978-80-267-3162-7 (1. zveřejnění, 2025) (mobi)

*Je to srdce, které rozdává.
Ruce už jenom dávají.*

Africké přísloví

ÚVODEM

Víte, že když v Africe zemřete, třeba hlady, což se vám tu může lehce stát, musí vaše rodina vystrojit obrovskou hostinu, na kterou se sjedou lidé z celého okolí a kvůli níž je rodina schopna se i zadlužit? Nebo že některé africké vesnické děti, které trpí nedostatkem vitamínů, mají kousek od chatrče banánovníky, které plodí krásné banány, ale ony je nejedí, protože nevědí, že jsou k jídlu? Nikdo jim to zkrátka neřekl.

Paradox, že? Ale Afrika je kontinentem paradoxů. Na jedné straně vyprahlá zem spalovaná sluncem, na straně druhé nespoutaná divoká příroda s nádhernými deštnými pralesy. Na jedné straně kontinent bohatý na nerostné suroviny, na straně druhé kontinent, na němž je nejvíc chudých rozvojových zemí světa.

Rozlohou třetí největší a počtem obyvatel dokonce druhý největší světadíl, „kolébka lidstva“ má dnes kolem 1,2 miliardy obyvatel a jejich počet stále roste. Tvoří ho 54 samostatných států, které však nezřídka vznikaly uměle, aniž by respektovaly území kmenů, národnostních či etnických menšin, z čehož dodnes plyne řada problémů a konfliktů. Některé z těchto zemí jsou navíc dodnes silně ekonomicky závislé na svých původních evropských kolonizátorech a řada

z nich se potýká s problémy, jako jsou nízká životní úroveň, nedostatek kvalitní zdravotní péče, vysoká porodnost, ale také vysoká dětská úmrtnost, nedostatek vzdělaných lidí či neefektivita zemědělství. V něm sice pracuje téměř 70 % ekonomicky aktivních obyvatel, ale kvůli zaostalosti nebo suchu to často bohužel nestačí ani k tomu, aby se uživil. Svůj díl viny na tom nese i část Evropy, protože ne všechny koloniální země vedly své kolonie k rozkvětu. Některé bránily obyvatelům ve vzdělanosti a pokroku, a místo rozvoje místní infrastruktury, na něž měly know-how, jen využívaly zdejší nerostné bohatství ve vlastní prospěch.

Pro nás je Afrika také synonymem domoviny exotických zvířat – slonů, lvů, hrochů, antilop, žiraf a stovek dalších. V některých odlehlých oblastech však děti třeba lva nebo žirafu v životě neviděly. Musely by se na ně totiž jet podívat do národního parku, což by pro ně z finančního hlediska bylo asi stejně reálné jako cesta na Měsíc.

„Z našeho evropského pohledu vidíme hroznou bídu, ale na druhou stranu musím říct, že v těchto chudých oblastech jsem viděl mnohem víc upřímně šťastných lidí než v bohatých zemích,“ vypráví doc. MUDr. Rastislav Maďar, PhD., MBA.

On sám jezdí na mise do chudých zemí už více než dvacet let s neziskovou česko-slovenskou charitativní organizací International Humanity, kterou v roce 2004 spoluzaložil a již byl dlouhá léta prezidentem. Afrika je pro něj doslova srdeční záležitostí, právě kvůli ní, resp. jejím obyvatelům, se totiž v dětství rozhodl stát se lékařem.

„Bylo mi jedenáct let a v televizi zrovna běžel dokument o hladomoru ve východní Africe. Bylo to v polovině osmdesátých let,“ vzpomíná dnes Rastislav Maďar. Na obrazovce byl záběr na podvyživené dítě, které sedělo odevzdaně v prachu u cesty a bylo hlady tak zesláblé, že nebylo schopné ani odehnat mouchy, které mu sedaly na oči.

„Mělo to obrovské břicho a tenké ručičky a vypadalo tak zoufale, že jsem se v tu chvíli rozhodl, že se stanu lékařem

a budu jim jezdit pomáhat. Byl to takový ten okamžik, kdy vás něco osvítí a vryje se vám to navždy do paměti. Dokonce si dodnes pamatuji, jak byl v tu dobu u nás doma v obývacímu rozestavěný nábytek,“ pokračuje muž, který si od té doby šel cílevědomě za svým snem, až jej naplnil.

Dnes jezdí pomáhat s dalšími zdravotníky nejen do Afriky, ale i do jiných rozvojových zemí, a kromě toho, že naplňuje své předsevzetí pomáhat lidem, kteří to potřebují, si plní i vlastní sen, že procestuje celý svět. Právě vědomí, že infekce jsou v Africe významným problémem dětí i dospělých, ho přivedlo k medicínským oborům, v nichž dnes patří mezi naše přední odborníky: k epidemiologii, infekční, tropické a cestovní medicíně.

Nejen o jeho zážitcích z humanitárních i soukromých cest, ale i o povolání lékaře, o pandemii covid-19 a jiných infekčních nemocech jsme si povídali během našich mnoha setkání v uplynulém roce. Výsledkem je kniha, kterou držíte v ruce. Snad se jejím prostřednictvím dostanete na místa, která jste ještě neviděli, a přečtete si o věcech, o jakých jste ještě neslyšeli. Ať se vám líbí!

Mgr. Magda Snížková



Země paradoxů

Nemocnice na kraji světa ■ Píseň
o latríně ■ Ani koruna nazmar ■
Smích i pláč pomáhají stejně ■
Základ pomoci? Nevžívat se příliš

Vzpomenete si ještě, jak u nás za dob socialismu vypadaly nemocniční pokoje? Některé televizní seriály či filmy nám to dodnes připomínají – železné oprýskané postele, strohé zdi, leckde také oprýskané, nedoléhající okna, kterými táhlo, takže nemocní byli rádi, když se k jejich vlastnímu onemocnění ještě nepřidal zápal plic... A teď si to zkuste představit ještě desetkrát otřískanější a špinavější. Zhruba takové jsou dodnes některé nemocniční pokoje v chudých afrických zemích.

...

Jak vypadá péče v takových nemocnicích?

Asi tak, že přijdete do nemocnice, kde vás možná i vyšetří – tím, co jim ještě funguje, protože přístroje dlouho neopravovali – a předepíší vám léčbu, kterou ale nemají. Takže vám napíší na lísteček, co si máte sehnat, a pošlou vás pryč, abyste si to někde koupili. Chudí vesničané však nemají obvykle za co léky koupit. Takže když nejste v opravdu zoufalé situaci, vyhodnotíte cestu do města do nemocnice jako zbytečnou a drahou.

Nemluvě o tom, že by s vámi musel jet další člen rodiny, který by se tím pádem nemohl starat o děti či další potřebné

členy domácnosti. Když jsou totiž pacienti v nemocnici hospitalizovaní, zůstávají s nimi i jejich nejbližší, kteří se o ně starají. Přes den jsou venku, kde vaří na ohni jídlo, shání léky nebo perou prádlo, a večer jsou s nimi všichni na oddělení, kde jim spí doslova pod postelí. Pokud tedy pro ně nemá nemocnice nějakou samostatnou budovu, ta však nezřídka poskytuje jen holou podlahu na spaní a žádné další vybavení.

A co přístup zdravotníků?

Na jednu stranu jsem měl pocit, že dělají maximum, na druhou stranu se mi nezdálo, že by většina z nich stála o to se nějak vzdělávat a rozvíjet. Někteří možná i trochu zneužívají svůj status, že mohou rozhodovat, jak věci budou. A bohužel ani pracovitost nebyla na řadě míst nijak závažná. Je to asi jako všude. Někteří se snaží, jiní svoji práci odfláknou a je jim to jedno. Možná je to i tím, že už jsou třeba vyhořelí a frustrovaní z toho, že to nemohou udělat líp. Nemají potřebné vybavení ani léky, kvůli nedostatku personálu příliš často slouží a časem prostě vyhoří.

Co nám však jako lékařům z Evropy vadilo nejvíc, byla neskutečná špína. Chápu, že když je země chudá, nemá z čeho rozvíjet svoji infrastrukturu. Zvláště, když je zdravotní péče zdarma a platí se jen za léky. Ale vzít kýbl, hadr a nějaké mýdlo, které v nemocnici vždycky je, není o penězích. To je určitá laxnost, která se ale bohužel projevuje v řadě oblastí včetně té terapeutické.

Máte nějaký konkrétní příklad?

Třeba že hodně věcí řeší místní lékaři amputací. Nedávno jsem byl s kolegy v jedné nemocnici v Tanzanii a byli jsme se podívat na oddělení ortotiky-protetiky. To je oddělení, kde se dělají nejruznější protézy. Byla tam řada relativně mladých lidí po úrazech na motorkách, po autonehodách, a já jsem si při pohledu na ně říkal, kolik z nich by o nohu

přišlo i u nás a kolika z nich ji tam uřízli jen proto, že to bylo nejjednodušší možné řešení. Samozřejmě, někdy na to nemají čas a nezřídka ani potřebné know-how, jak rekonstruovat cévy, napojovat tkáň, takže to prostě amputují. Pro pacienty je to však obrovský hendikep do dalšího života a z pohledu naší medicíny vlastně zbytečný.

Také se příliš často stávalo, že za námi přicházely mamin-ky s malými dětmi s mentální i fyzickou retardací. Necho- dily, nevyvíjely se, jen ležely a přijímaly potravu a tekutiny. Na první pohled bylo vidět, že měly lebku deformovanou násilím, což svědčilo o tom, že porodní komplikace řešili místní lidé klešťovým porodem, a to tak neobratně, že dítěti poškodili mozek.

Nebo když jsme byli v sousední zemi, v Malawi, s primá- řem očního centra od nás, z Moravskoslezského kraje, a do nemocnice přivedli pacienta, kterému kráva vykopla oko. Oční bulvu měl částečně mimo oční důlek. Kolega, který tam operoval šedé zákaly, si začal kreslit, jak bude tkáň re- konstruovat, jak oko vrátit, aby zase fungovalo, a mezitím přišel nějaký lapiduch, nůžkami ustříhnuł *nervus opticus* (II. hlavový nerv, zrakový nerv), na kterém oko viselo, pře- lepil to a poslal pacienta domů. Takže i tak může vypadat kvalita zdejší zdravotní péče.

To je šílené. Měli jste víc takových zážitků?

Jednou jsme museli stříhat sádku, protože v ní měl pacient nohu na tři zatačky. Prostě jak seděl, tak mu ji zasádkovali – od kyčle ke koleni a od kolene ke kotníku do pravého úhlu. Na tom vidíte, že to dělal někdo absolutně nevzdělaný, kdo nevěděl, jaké to může mít následky. Anebo nějaké vzdělání měl, ale bylo mu to jedno. Oni nemají zpětnou vazbu, pa- cienti nevědí, jak to má vypadat, a zdravotníků je prostě málo. Takže to udělají lecjak a už to tak zůstane. Na druhou stranu je tam v medicíně spousta lidí, kteří se i v těch hroz- ných podmínkách snaží dělat maximum.

Jsou to vůbec zdravotníci?

Ano, ale vůbec je nemůžeme srovnávat s tím, co máme u nás. V Africe, když už někdo působí jako zdravotník, má za sebou často jen dva nebo tři roky nějaké oficiální zdravotnické školy. To ale vůbec neodpovídá systému vyspělých zemí vzhledem ke kompetencím a velké zodpovědnosti, které ten člověk má. Zdravotníků s nižším stupněm vzdělání je v tamních nemocnicích nejvíce a drtivá většina pacientů skutečného lékaře nikdy neviděla, nebo maximálně, pokud měli to štěstí, jednou za život. Lékařů je velmi málo. V nemocnici okresního formátu jich může být jen pár.

Pak musejí být některé postupy pro nás nepochopitelné, že?

Jednou jsme byli svědky toho, jak v okresní nemocnici zemřela maminka, která porodila císařským řezem. Během porodu ji nakazili infekcí, takže tři dny po porodu ji museli znovu operovat, aby to vyčistili. Uprostřed operace ale vypadl proud, což se v těchto zemích stává několikrát denně, a zaměstnanci nebyli v daný moment schopni sehnat klíč od mříže, za kterou měli záložní generátor. Ten měl u sebe jen nějaký technik, který tam ale nebyl. A než ho sehnali, žena zemřela, protože nefungovaly přístroje.

Zašel jsem pak za ředitelkou nemocnice a ptal jsem se jí, proč nemají klíč přímo na operačním sále, když jsou tam výpadky proudu tak časté. Kdyby k němu došlo během operace, může sestra tu klec otevřít a záložní generátor nahodit. Odpověděla mi, že to sestry nemají v pracovní smlouvě. Řekl jsem jí, už notně vytočený, proč jim to tedy jako ředitelka nedá do pracovní smlouvy? A ona mi odpověděla, že to je výborný nápad. Tak málo stačilo! Ale bez zásahu lidí zvenku by to tak klidně dělali další roky dál a pacienti by zbytečně umírali.

Kolegyně z mise to oplakala a chtěla jet domů, protože měla pocit, že to nemá smysl. Je ale potřeba se na to podívat jejich očima: ředitelka zkrátka zdědila systém, kdy klíč od záložního generátoru měl technik, který byl obvykle někde

nablízku. A když nebyl, končilo to tragicky, ale bez snahy o změnu systému. Od naší návštěvy to tam už řeší jinak a funguje to dobře.

Do zdejšího zdravotnického systému se tedy promítá nedostatek peněz, vzdělaného personálu i neochota měnit zavedené pořádky, i když jsou chybné a mohou mít tragické následky. Svůj díl viny na tom určitě má i špatný vzdělávací systém. Může se do toho promítat i něco jiného?

Třeba výživa. Zvláště pro dětský organismus, který roste a vyvíjí se, jsou velmi důležité bílkoviny. Když je tělo nemá, projevuje se to nejprve ascitem neboli hromaděním nadměrného množství volné tekutiny v břišní dutině. To jsou ta velká bříska, která mají podvyživené děti. Současně jim dostatečně nefunguje imunitní systém, mají zpomalené duševní pochody a tak dále. Bílkoviny jsou důležité pro zdravý vývoj centrálního nervového systému a mozkové tkáně. Pokud jejich nedostatek trvá dlouho, může dojít až ke stavu, který se označuje jako *kwashiokor*. Ten je už velmi závažný a život ohrožující. Voda, která prostupuje z cév do tkáně, se hromadí všude pod kůží a dítě vypadá jako obézní. Je totiž celé oteklé. Říká se tomu *shiny baby syndrome*, protože jak je ta kůže napnutá, leskne se. A i když se takové dítě podaří zachránit, může se stát, že jeho mentální výkon už nebude nikdy takový, jaký by byl, kdyby mělo vyváženou stravu.

Nutno ovšem říct, že to jsou stavy, které vznikají z naprosto nulového příjmu bílkovin. V našich podmínkách k nim nemůže dojít, protože my jíme pestrnou stravu, takže přísun bílkovin máme, i když třeba někdo nejí vajíčka nebo nepije mléko. V Africe je však strava bohatá na bílkoviny vzácná.

Čím to je?

Tím, co jedí, co si mohou dovolit. V chudých oblastech lidé pěstují hlavně kukuřici, kterou úplně milují. Nejlépe jim zažene nepříjemný pocit hladu. Vaří z ní takovou pevnou hmotu bez chuti, která neobsahuje žádné vitamíny ani

tolik potřebné bílkoviny. Když však jedí jen dvakrát denně a k tomu pijí jen vodu, potřebují energeticky bohaté jídlo, a to jim tato hmota, která vypadá trochu jako náš knedlík, poskytne. Tím, že neznají nic jiného, ani nic jiného nechtějí. Kdybyste je vzala do restaurace, budou chtít zase jen tuto nechutnou kukuřičnou věc. Zejména u předškolních dětí je to však problém, protože jakmile přestanou být kojené a začnou se živit touto hmotou, dostanou se po čase do stavu těžké podvýživy následkem malnutrice neboli špatné výživy.

Dá se s tím něco dělat?

Většinou dá. Když se jim vysvětlí, čím je podvýživa způsobená, jsou obvykle schopni s tím něco udělat. V oblastech, kde jsme působili, jsme s edukací uspěli a díky tomu se nám povedlo stavy těžké podvýživy vymýtit. Říkali jsme jim, v čem bílkoviny najdou – aby si čas od času pořídili nějaké mléko, vajíčko nebo alespoň luštěniny.

Starší generace si nám stěžovala, že oni běžně jedli různé hlodavce a až takové problémy s nedostatkem bílkovin neměli, ale mladí už to jíst nechtějí. Sám jsem byl dokonce svědkem, jak si jeden starší africký ministr utrhl nohu z mrtvé myši a s chutí ji cumlal. I cestou z mezinárodního letiště do hlavního města jsme u silnic běžně viděli prodávat myši napíchnuté na špejlích.

V Malawi si po naší intervenci zasadili na okraj pole s kukuřicí kasavu (maniok jedlý), který vydrží i nekvalitní půdu a sušší počasí. Místní si na náš popud čas od času pořídili vajíčko, případně sóju, a i to málo už stačilo k tomu, aby se těžké stavy přestaly vyskytovat. Těm nejchudším jsme navíc darovali kozy, slepice nebo pytle semen k výsadbě sóji. O tyto dary se však museli dlouhodobě starat a o výnosy se podělit s ostatními.

Je to tedy opět otázka informovanosti a vzdělanosti.

Přesně tak. A to je ten důvod, proč se jako zdravotníci zaměříme v našich projektech i na vzdělávání a osvě-

tu. K tomu jsme v Africe využili jednu z jejich mála zábav v chudých vesnicích – zpěv a tanec. Velká část populace je tu prakticky ngramotná, nemají elektřinu, rozhlas ani televizi, takže jsou odkázáni na ústní podání. Proto jsme se domluvili s některými rodinnými sbory, aby složily písničky s osvětovou tematikou. Vysvětlili jsme jim, o čem to má být, a oni si sami napsali libreto v místním kmenovém jazyce a vytvořili z toho píseň i s hromadnou choreografií. To pak trénovali po večerech u ohniště. I díky tomu se nám podařilo řadu věcí změnit.

O čem zpívali?

Třeba o tom, jak je nutné vykopat si latrínu, nekoupat se v řece kvůli parazitům, používat moskytiéru i v zimním období, dávat dětem bílkoviny a vitamíny, zakrývat si ústa rukou při kašlání a o řadě dalších věcí, které jsme je předtím učili. Tím předávali informace dál. Každou neděli pak byla u velkého akátu přehlídka rodinných sborů.

To je hezký způsob. Vraťme se ale ještě k tématu zdravotnictví. Bylo něco, co vás v tamních nemocnicích překvapilo?

Kolegové se třeba pohoršovali nad tím, když viděli, že zdravotníci v jedné nemocnici vyvažovali jednorázové plastové injekční stříkačky a jehly. Na plotně stál velký hrnec s vroucí vodou a v něm je „sterilizovali“. Já jsem se jich ale zastával: Co mají dělat? Nové jednorázové stříkačky nemají, sterilizátor taky ne a jsme v oblasti, kde je pětina lidí HIV pozitivních, řada dalších má žloutenku typu C nebo další krví přenosné infekce. Když je pouze propláchnou vodou, virus nezabijí a při každém opětovném použití nakazí nové pacienty. Takže z jejich strany je to snaha o alespoň nějakou prevenci. I když se jim ty stříkačky často horkem deformovaly.

Dělali naopak něco, co třeba čeští zdravotníci zanedbávají?

Ano. Používali ochranné rukavice při každém odběru biologického materiálu. V našich nemocnicích jsem opakovaně

viděl, jak na pokoj k pacientům přišla sestra nebo lékař, sáhli na kliku u dveří, na stůl si odložili klíče a holou rukou bez rukavice i bez dezinfekce sahali pacientovi na kanylu, kterou měl zavedenou. A někdy z toho byla i závažná seps (otrava krve), která potom pacienta ohrožovala na životě. Když vám u praktického lékaře v Česku odebírá sestra krev, jen málokterá si na to vezme rukavice. To v Africe nikdy neuvidíte. Tam i v nejzapadlejší vesnické nemocnici, pokud se pacientovi odebírá žilní krev nebo se dává do žíly infuze, si ty rukavice vezmou. I když jsou třeba o tři čísla větší, protože jiné nemají. Chrání tím pacienta, ale i sebe.

Pro místní obyvatele muselo být setkání s vámi nebo i s jinými západními lékaři velkým zážitkem. Nesetkali jste se ale někdy i s odmítavými postoji?

Odmítavými ne, ale velmi brzy jsme si uvědomili, že od nás mají obrovská očekávání a také, že chtějí něco hmatatelného. Zvláště když za námi přijedou z velké dálky. Poprvé se nám to stalo, když jsme byli na misi v Nepálu. Z velké dálky za námi přišel starý otec se synem, který byl slepý. Až na tu slepotu, kterou trpěl už dlouho, mu nic nebylo. Vyšetřili jsme ho a poslali domů a jeho otec nám řekl: „Alespoň bílou hůl mohl dostat.“ Od té doby jsme pokaždé udělali pytlíky, do kterých jsme dávali vitamíny, minerály, pro děti mléčné kaše a podobné věci, které jsme dostali od výrobců v Česku, a rozdávali jsme je všem pacientům podle toho, co kdo potřeboval, aby každý odcházel s něčím v ruce. Hodilo se to každému. Minimálně jako prevence.

V Africe se mi zase stalo – a to jsem pochopil, jak velkou zodpovědnost máme –, že za námi z daleka přijel otec se synem. Zaplatil lidem za to, že tam toho syna, který byl ochrnutý, přitáhli na dřevěném povozu. Žádné zvíře ho netáhlo, jen lidé. Syn už byl dospělý, ale před mnoha lety měl úraz, při kterém došlo k přerušení míchy. Jeho otec se doslechl, že přijeli bílí lékaři – mimochodem zpětná vazba

na nás musela být pozitivní, protože si to lidé mezi sebou řekli a docházeli za námi z obrovských vzdáleností –, a syna k nám přivezl v naději, že ho vyléčíme. Vyšetřili jsme ho a vysvětlili mu, že to je, bohužel, stav, který se nikde na světě léčit nedá. Že ani v Americe, kterou oni jako pojem většinou znají, by nedokázali, aby zase chodil. Viděl jsem na něm, jak je zklamáný. Jak si vysnil, že syna přinese před bílé lékaře a oni ho nějakým zázrakem vyléčí. Musel bych být Ježíš, abych to dokázal, ale opět jsem si uvědomil, jak velká očekávání od nás mají, a bylo to velmi zavazující. Byli jsme pro ně představitelé nejmodernější medicíny na světě, jakou si oni ani nedokáží představit, ale v jejich představách ta medicína umí vyléčit všechno.

Takové zklamání muselo být hrozné i pro vás. Byly ale i šťastnější konce, ne?

Určitě, spousta. Od jedné nemocnice na Moravě jsme dostali přístroj na operaci šedého zákalu, který byl již na vyřazení. Odvezli jsme ho do Malawi, protože Afričané často šedým zákalem trpí. Představte si, že pořádně nevidíte ani na jedno oko a žijete v zemi bez zdravotního a sociálního systému. Bez peněz vás nikdo neodoperuje, a i kdybyste peníze měla, operace se stejně nedočkáte, protože v zemi chybí know-how lékařů, přístroje i náhradní čočky. A my jsme tam ten přístroj a celé vybavení k němu přivezli. U nás byl sice na vyřazení, ale u nich byl druhý nejlepší v celé zemi. Místní zdravotníci úplně plakali štěstím, že ho mají. Společně s námi přijel i primář Beskydského očního centra MUDr. Tomáš Utíkal, aby s přístrojem nejen operoval, ale aby s ním také naučil pracovat místního lékaře. Vybírali jsme pacienty s těžkými zákaly na obou očích a odoperovali jim alespoň jedno oko, aby zvládali základní péči o sebe a své rodiny a nebyli pro ně přítěží.

Stejnou radost jsme udělali i jiným naším projektem Brýle pro Afriku, který stále běží.

Co je to za projekt?

Na africkém venkově, kde žije většina obyvatel, neexistuje, abyste si zašla do nejbližší optiky a koupila si brýle. Jednak tam žádná optika není, a i kdyby byla, tak brýle stojí peníze, které chudí nemají. Prakticky většina populace, jak stárne, ztrácí schopnost vidět na blízko. No, a protože u nás je brýlí přebytek – každý, kdo je potřebuje, jich má několik nebo v rodině po někom zůstanou – začali jsme je sbírat. Aby ještě dál pomáhaly. I krátkozrakým, kteří potřebují brýle na dálku.

Jednou za mnou po Vánocích přišel do mojí ostravské ordinace dědeček a ve vánočním ubrousku mi přinesl brýle svojí ženy, která zemřela. Chtěl, aby ještě někomu posloužily. Z toho jsem měl až husí kůži, jak to bylo dojemné.

Brýle, které jsme tady posbírali, jsme nechali znovu přeměřit, případně opravit a rozdali jsme je Afričanům. Ty jejich nadšené pohledy, když kolem sebe znovu viděli svět, a šťastím rozzážené obličejy byly nepopsatelné. Byli opravdu upřímně šťastní. Pro nás to byly použité brýle, ale pro ně to byl zázrak, který jim mohl zachránit i život.

Zachránit život?

Ano, v afrických podmínkách může být i špatný zrak život ohrožující. Na venkově neexistuje žádné veřejné osvětlení, a když k tomu ještě člověk špatně vidí, může někam spadnout, něco si zlomit a na následky toho i zemřít. A pokud se třeba ještě o někoho stará, je to záchrana i pro ty, o které pečuje. Takových případů, kdy se babička a dědeček starali o vnoučata, protože jejich rodiče zemřeli na AIDS, jsme měli spoustu. Tím, že jsme jim zachránili zrak, jsme vlastně v důsledku zachránili i ty děti.

Kdo v těch operacích šedého zákalu pokračoval, když jste odjeli?

Jeden místní kolega, kterého pan primář Tomáš Utíkal zaučil a kterému jsme ještě dodatečně zaplatili speciální

kurzy v hlavním městě, aby se s přístrojem naučil opravdu dobře pracovat. K tomu jsme jim dodali i zásoby potřebného materiálu a pak už to bylo na nich.

Mluvíme o projektech a misích, ale ještě jsme pořádně nepředstavili vaši organizaci International Humanity. Jak vlastně vznikla?

Vznikla už v roce 2004. Od dětství jsem měl představu, že budu pomáhat lidem v chudých zemích – ostatně proto jsem se rozhodl stát se lékařem –, ale i když jsem byl v kontaktu s několika humanitárními organizacemi, nenaplnňovalo to plně moji představu pomoci. Jsou to většinou profesionální nebo poloprofesionální organizace, které musí živit i velký administrativní aparát, takže peníze, jež dostanou od dárců, musí částečně použít i na pokrytí svých nákladů. Což ale samozřejmě neubírá nic na tom, že dělají obrovský kus práce, která je potřebná a obdivuhodná, ale zkrátka moje představy byly jiné.

V roce 2004 mi bylo jednatřicet let. Už jsem měl slušné zkušenosti, dva doktoráty, atestaci a leccos jsem už v medicíně zažil. Když jsem předtím jezdil do chudých zemí, ať už soukromě nebo přednášet, vždycky jsem uspořádal nějakou sbírku a výtěžek jsem potom věnoval místní nemocnici nebo kde bylo potřeba. Viděl jsem, že i za málo peněz se dá hrozně moc pomoci. Proto jsem podle své idealistické představy založil neziskovou organizaci, která funguje na čistě dobrovolnickém principu. To znamená, že se do ní zapojují lidé, kteří sdílejí stejnou filozofii a chtějí pomáhat tímto způsobem. I na úkor vlastních peněz, času nebo pohodlí. Všechno, co se nám podaří získat, jde potřebným, do koruny.

To zní opravdu idealisticky. Nezrazovali vás od toho třeba blízcí nebo lidé, kteří se v této oblasti pohybují už dlouho?

Nezrazovali. Možná proto, že jsem byl obklopen podobně smýšlejícími lidmi a jiných jsem se zkrátka neptal. Nejdříve se přidali kolegové lékaři, kterým se moje myšlenka líbila

a souzněli s ní. Měli třeba své vlastní praxe a mohli si to finančně dovolit, a postupem času se začali přidávat i další lidé, kteří se o nás doslechli nebo se k nám různými cestami dostali. Celou dobu fungujeme jako česko-slovenské neziskové občanské sdružení, respektive zapsaný spolek, na stoprocentně dobrovolnickém principu a garantujeme, že všechny peníze nebo hmotné dary, které dostaneme, jsou použity tam, kde je potřeba. Nemáme žádný placený administrativní aparát. Právě proto jsme nikdy nežádali o státní příspěvky pro neziskové organizace, dotace ani granty. Všechno, co máme, máme z vlastních zdrojů, od dárců nebo od partnerů, které si sami seženeme.

Každý dobrovolník, který s námi jede na misi, si musí sám zaplatit cestu i pobyt a musí na místě pomáhat. Jistotu má v tom, že nejezdíme do válečných oblastí, protože se jednak nechceme vystavovat riziku zranění či smrti, a také nechceme vynakládat prostředky na ochranu lidí či materiálu. Nechceme prostě investovat dary a peníze od našich dárců někde, kde by to mohlo být vzápětí zničeno. Válečné oblasti přenecháváme profesionálním organizacím.

Rozvojové země v Africe i jinde na světě jsou cílem mnoha neziskových organizací a humanitárních aktivit. Existuje nějaká jejich koordinace třeba na státní úrovni, nebo tam prostě může kdokoliv přijet a začít pomáhat?

Koordinované to většinou nijak zásadně není, ale oni většinou vědí, kdo tam působí. My jsme se vždy domlouvali spíš s místními náčelníky vesnic než s orgány státní správy. Ty se o našich aktivitách dozvěděly až následně.

Čím jsme se však od ostatních organizací odlišovali a za co nás místní hodně chválili, bylo, že jsme si vždycky vybírali ty opravdu nejchudší oblasti v nejnáročnějších podmínkách a s nejtěžší logistikou. Kde měly domy z nepálených cihel jen slaměné střechy, stály v prachu daleko od asfaltových silnic, kde lidé neměli vůbec nic, děti byly v zoufalém zdravotním stavu, podvyživené nebo se zanedbanými nemocemi...

Zkrátka ti z našeho pohledu nejpotřebnější. Nezřídka to byly oblasti, kde nikdy předtím neviděli bělocha.

To ale neznamená, že bychom se s ostatními organizacemi nepotkávali nebo s nimi někdy i nespolupracovali. Například v jihozápadní Tanzanii působí česká organizace Bez mámy, která tam provozuje sirotčinec. Než jsme se tam vydali, spojili jsme se s jejím předsedou Tomášem Gongolem a jeho manželkou Míšou, která je koordinátorkou v České republice. Protože tam už působili, mohli nám pomoci s logistikou, zajistili nám odvoz i ubytování v místě určení, a my jsme zase na oplátku léčili obyvatele vesnice, v níž jejich sirotčinec stojí. Spojili jsme se i s nemocnicí v Igogwe, nějakou dobu tam zůstali a ve spolupráci s místními kolegy jsme vyrazili léčit do několika chudých vesnic vzdálených hodiny jízdy po prašných cestách. Jejich autem, s našimi léky a sdíleným personálem. Zkrátka všemožně jsme si vzájemně pomáhali. Zajímavým paradoxem je, že Tomáš je dnes rektorem Slezské univerzity v Opavě a já děkanem Lékařské fakulty v Ostravě, takže se naše cesty stále i po tolika letech potkávají v rámci univerzitní vědecké rady.

Cesty osudu jsou zkrátka nevyzpytatelné. Berete každého dobrovolníka, který si to zaplatí? Přeci jen lidé mají různé motivace, proč něco dělají, a ne vždy to může být jen správné.

Samozřejmě že záleží na okolnostech. Záleží i na tom, jaké specializace v danou chvíli potřebujeme, a v neposlední řadě také na motivaci zájemců. Ta je pro tuto práci velmi důležitá. Na misích potřebujeme lidi, kteří tam jedou pomáhat, vydat ze sebe to nejlepší, a to i za cenu vlastních nákladů a nepohodlí. Pokud někdo jen hledá dobrodružství nebo chce být zajímavý na sociálních sítích, předem se diskvalifikuje. Když máte dobrou motivaci, zvládnete téměř jakkoli náročné podmínky. A ty jsou v těchto oblastech opravdu polní. Upřednostňujeme samozřejmě zdravotníky, ale ošetřovatele nebo sanitáře může dělat prakticky každý. Měli jsme na misích i pár vrcholových manažerů velkých

firem, kteří si mohli cestu zaplatit, moc s námi chtěli jet a byli skvělí. Žili a pracovali v těch nuzných podmínkách a pomáhali, jak jen mohli, a já si jich za to dodnes vážím.

Utkvěl vám někdo v paměti?

Vzpomínám si třeba na manažera jedné velké firmy, která obchoduje s kávou. Byl s námi v jihozápadní Tanzanii, kde nám v ordinaci podával různé věci a byl k ruce lékařům. Na jednom místě bylo hodně pacientů s leprou, což je infekční onemocnění, které má sklon napadat periferní nervy, kůži a sliznice. Jsou to opravdu nehezké rány, které toto onemocnění způsobuje. Amputované nebo deformované prsty, hluboké vředy, do kterých můžete zastrčit peán – to je chirurgická svorka, která se používá k zastavení krvácení – pomalu až po okraj, protože pacienti to vůbec necítí. Musejí dokonce spát v ponožkách a v botách, protože by jim jinak krysy ohlodaly nohy a oni by o tom ani nevěděli. Z lékařského hlediska to nebylo až tak hrozné, protože šlo o chronické, dlouhodobé případy, ale na pohled to není nic hezkého, zvláště pro laika. Pozoroval jsem ho z okna ordinace, když vyšel na chvíli ven. Ačkoli byl nekuřák, požádal někoho, kdo tam byl, o cigaretu, a když si ji zapálil, viděl jsem, jak se mu strašlivě třesou ruce. Myslím, že na to, co tam viděl, nikdy nezapomene. Když dokouřil, vrátil se zpět do ordinace a nedal na sobě vůbec nic znát. Dodnes má můj obrovský respekt.

V jakých afrických zemích jste působili nebo stále působíte?

Převážně v Tanzanii, Zambii, Malawi, začínáme budovat zázemí na Madagaskaru a začátkem roku 2024 jsme byli na misi v Beninu.

Jaký je cíl této mise?

Jedná se o nový projekt, kterým chceme nastartovat další most pomoci. Tentokrát by mělo jít o výjezdy skupin našich vysoce specializovaných lékařů, kteří tam budou

i operovat. Jsme domluveni s malou nemocnicí v druhém největším městě Porto Novo, kde bude mise probíhat. Jako první tam jel tým složený z přednosta naší ostravské kliniky chirurgie, přednosta kliniky gynekologie a porodnictví a jednoho beninsko-českého gastroenterologa, jehož účast je pro spolupráci klíčová. S ním a s organizací Spolek přátel Bénin Santé jsme celý tento projekt připravili. Nejprve na místě probíhalo několik měsíců vyšetřování pacientů a příprava pořadníku těch, kteří operace potřebovali. Já jsem se věnoval pacientům s nechirurgickými diagnózami, včetně infekčních nemocí, a snažil jsem se vytvořit podmínky pro naše plánované vesnické terénní projekty. Podepsali jsme i smlouvu o spolupráci s místní lékařskou fakultou.

Říkal jste, že na misích upřednostňujete lidi se zdravotnickým vzděláním. Berete s sebou i mediky?

Samozřejmě, někdy i studenty zdravotnických škol.

Co jim účast na misi dá?

Myslím, že každého, kdo se nějaké mise zúčastnil, to ovlivnilo na celý život. A je jedno, jestli to byl lékař s mnohaletou praxí, nebo student medicíny či nezdravotník. Zvlášť na mladých lidech bylo vidět, jak osobnostně dozráli. Medikům to dalo hodně i po profesní stránce. Kolikrát tam na vlastní oči viděli věci, jaké ani jejich učitelé v praxi neviděli, a byli za to hrozně vděční. Úplně nadšení byli i z toho, že mohou sami ordinovat. Samozřejmě jsme je hlídali, aby se nepouštěli do něčeho, pro co nejsou kompetentní, ale dostali důvěru a moc si jí vážili. Po čase bylo vidět, že jsou odvážnější a víc si věří. Nakonec naši studenti 5. ročníku medicíny jsou v africkém prostředí mnohem kvalifikovanější než většina místních zdravotníků. Samozřejmě s výjimkou lékařů.

Jak probíhalo zaškolení a kontrola?

Věnoval se jim vedoucí lékař mise, a když jsem byl na místě, tak já osobně. Nejdříve jsem je nechal dva až tři

dny u sebe v ordinaci, aby se dívali a učili místní specifika. Potíže, s nimiž pacienti přicházeli, se často opakovaly, takže se z toho časem stala rutina. Proto jsem jim po těch několika dnech mohl dát samostatnou ordinaci s tím, že jsem ordinoval ve vedlejší místnosti, a kdykoli si nebyli jisti nebo něco potřebovali, přišli za mnou. Pacienti jim byli za jejich snahu a péči velmi vděční.

Pobyt v cizím prostředí a setkání s takovou spoustou bídy a bolesti musí být velmi náročné na psychiku – zvlášť u někoho, kdo na to není zvyklý. Co jste dělali pro to, abyste se z toho nezbláznili?

Vždycky večer jsme se sešli u jídla, které nám ženy z vesnice uvařily z našich surovin za přispění lokálních zdrojů. Většinou to byla nějaká zelenina typu teplá tráva s rýží. Sedli jsme si na bobek nebo na rohož na zemi a jedli z plastových talířů. Přitom jsme si vždycky vyprávěli, co nás za ten den potkalo. Byla to určitá forma psychoterapie, která byla i tak trochu nutností, protože když vás něco trápí a nemůžete kvůli tomu spát, nezvládnete pak druhý den pracovat s plným nasazením. A to jsme si při tom obrovském množství pacientů nemohli dovolit. Když se někdo potřeboval vybrečet z toho zoufalství dětí i dospělých, které tam viděl, tak se prostě vybrečel. I to je forma psychohygieny. Druhý den ale nebylo nic poznat a už od rána se pracovalo naplno. Když jsme přijížděli k nemocnici, už na nás čekal dav pacientů. Někteří měli za sebou dlouhé hodiny putování nebo transportu a ještě další hodiny čekání před sebou, pokud to nebyl akutní případ. Ty měly samozřejmě vždy prioritu.

Humor je také forma psychohygieny. Našlo se místo i pro něj?

Občas ano. Někdy jsme se při našem večerním povídání zasmáli i úplným banalitám. Kdyby nás někdo pozoroval, možná že by to ani nechápal, ale nám to v ten okamžik přišlo hrozně zábavné. I to byla taková ochrana vlastní integrity,

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy Zachrániš-li jediného....
Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.