

postavení, ale že se jedná hlavně o celoživotní poslání, vyznačující se mimořádnou zodpovědností a nutností umět komunikovat s lidmi, vcítit se do jejich pocitů a reagovat správně i ve vypjatých emočních situacích. Známa poučka tvrdí, že lékař má léčit nejen tělo, ale i duši, a jedině citlivý přístup a zohlednění pacientovy psychiky zajistí skutečný úspěch naší terapie.

Tyto rámcové představy o psychické náročnosti lékařského povolání má jistě téměř každý student medicíny. Skutečný kontakt s lidským utrpením, bolestí a hlavně s neustálou blízkostí smrti však často představuje mnohem větší záťaž, než kterou si běžný člověk bez vlastní osobní zkušenosti dokáže představit. Právě smrt je pojem, se kterým mnoho dnešních lidí nedokáže pracovat. Tento jev se bezesporu týká celé naší „moderní“ společnosti, avšak v lékařství se se smrtí setkáváme každodenně, je nedílnou součástí této práce, a proto je pro budoucí lékaře zvlášť důležité naučit se smrt přijímat a umět se s ní skutečně vyrovnat.

O nutnosti výše zmíněného jsem se sama předsvědčila při letní sesterské praxi na jednotce intenzivní péče. Jelikož jsem se již před tím v rodině s úmrtím setkala a zažila jsem naplno ony pocity bolesti ze smrti milovaného člověka, a také jelikož jsem věřící a smrt neberu jako nic definitivního a tragického, spíše naopak, byla jsem vždy předsvědčena o tom, že mám rozumný přístup ke smrti a že mě smrt člověka, navíc cizího, nemůže příliš ranit. V tomto směru jsem při nástupu do nemocnice opravdu neměla žádné obavy. Avšak hned druhý den praxe, když jsem ráno dorazila na oddělení, všimla jsem si, že pokoj, na který byl předchozího odpoledne přijat pán, sice v těžkém stavu, avšak plný optimismu a nedávající najevo žádné obavy, je prázdný. Zeptala jsem se, kam byl pán přeložen, či na které vyšetření odeslán, a bylo mi laskonicky sděleno, že pán v noci zemřel. Všechny mé racionální i spirituální úvahy v ten okamžik vzaly za své, a neočekávanost toho všeho vedla k tomu, že jsem se musela na chvíli ztratit a prostě se vybrečet. Tato zkušenost mi jen potvrdila, jak je pro lékaře důležitá duševní vyrovnanost a emoční stabilita. Ta však může pramenit jen z opravdovosti a osobnostní hloubky člověka, a z ochoty přemýšlet o zásadních otázkách a ze schopnosti přijmout i takové odpovědi, které zpochybňují lidskou nezranitelnost a absolutní kontrolu nad všemi aspekty našeho života. A to je něco, co nejen mezi lékaři, nýbrž v celé dnešní materialisticky zaměřené společnosti postrádám. Uvědomuje si „moderní člověk“ svou pomíjivost? Jsou hodnoty, které současná doba vyvyšuje a uznává, ty skutečně správné a vedoucí ke štěstí? A hlavně: jaký je vlastně přístup dnešního člověka ke smrti?

Smrt je přirozenou součástí života. To je fráze, nad kterou se nikdo příliš nepozastaví a asi ani nebude mít tendenci ji vyvracet. Umřít musí každý, o tom není sporu. A skutečně, pokud se nad tím zamyslíme, smrt je jedna z mála věcí, která je všem lidem na světě společná, je to de facto zkušenost, kterou si projde každý, absolutně a bez výjimky. Je proto s podivem, jak může být atmosféra ve společnosti nastavená tak, jako by smrt vůbec neexistovala. O smrti se ve slušné společnosti přece nemluví, rozebírat

smrt a nepřímo tak připomínat posluchačům i jejich vlastní smrtelnost je většinou lidí považováno za něco nevhodného, neslušného, nenormálního, ne-li přímo výstředního. Proč tomu tak je?

Bezesporu proto, že se smrti bojíme. Smrt jejev sice velice častý, avšak neprobádaný. A neznámé vždy vzbuzovalo obavy a strach. A v souboji se zcela přirozeným a od počátků lidstva přítomným strachem ze smrti zvolila moderní doba přístup poněkud odlišný od přístupu našich předků (kteří by nad naší metodou jistě jen nevěřičně kroutili hlavou), a to taktiku potlačování. Lidé dnes reagují tak, že smrt a vše, co je s ní spjata, potlačují. Smrt je tabu. Nemá v našem životě místo. Nepíše se o ní, jakákoliv myšlenka na smrt svou či na smrt svých blízkých je okamžitě nemilosrdně odmítnuta, zapuzena, a pokud možno přehlušena jiným podnětem (kterých dnešní doba a zábavní průmysl nabízí bezpočet).

Naše snahy již dospěly do takových extrémů, že soustavně dochází i k poklesu počtu pohřbů. Zemřelí jsou anonymně spalováni v krematoriích, bez obřadu, bez posledního rozloučení s pozůstalými, jen aby ta „nepříjemná záležitost“ už byla za námi. Proč dělat nějaké obřady, ne-dejbože dokonce zádušní hostiny? Nebožtíkovi už je to stejně jedno a navíc dnes není doba na zbytečné utrácení. Nikdo si neuvědomuje to, co naši předci věděli moc dobře: že ono „poslední rozloučení“ opravdu není pro zemřelého, ale pro pozůstalé. Když vám odejde někdo, koho jste měli rádi, ze dne na den fyzicky zmizí z vašeho života, není to něco, co by normálně emocionální člověk přešel mávnutím rukou. Je to rána, a právě tento obřad rozloučení pomůže uvědomit si tuto změnu, smířit se s ní, projevit svůj zármutek, pocítit podporu a soustrast blízkých lidí a eventuálně dodat naději, že jedynou třeba opět dojde ke shledání se zemřelým, jindy a jinde, to však již ponechám na individuálním duchovním založení každého čtenáře.

Nicméně tím, že pohřby zcela vytěsníme z přirozeného chodu společnosti, náš strach ze smrti nezmenšíme, naopak, našemu duševnímu životu tím více ublížíme. Potlačit myšlenku na smrt možná přinese dočasnou úlevu, avšak není to definitivní řešení. Důležité je umět se smrtí vyrovnat a brát ji jako všudypřítomnou skutečnost, a toho nedosáhneme předstíráním, že smrt neexistuje. Měli bychom se naučit o smrti mluvit a skutečně jí začít brát jako přirozenou součást našeho života, připravovat se na ni, přemýšlet o ní, a hlavně si uvědomovat, že opravdu „nevíme dne ani hodiny“ a podle toho i přizpůsobit své chování, stát se pokornějšími a vážit si každého dne jako daru.

Lékař však těžko může změnit celospolečensky pokřivený přístup k životu i ke smrti, toho nechť se ujmou sociologové, teologové či jiné pověřené osoby. Co z této úvahy tedy vyplývá pro lékaře a mediky?

Teprve pokud my sami začneme správně chápat smrt jako něco přirozeného a ne pouze primárně negativního, samozřejmě budeme mnohem odolnější při výkonu naší práce. Smrt pacienta nás nedovede v extrémním případě až k slzám (jako mě hned druhého dne praxe), ale zároveň ji nebudeme zvládat jen za pomoci naprostého odlidštění, necitlivosti, cynismu či

dokonce černého humoru, což jistě také není ideální přístup. Naučíme se hledat rovnováhu mezi přílišným vcítěním se a naopak neúčastným obrněním. Vedle nesporného přínosu pro naši osobnost však díky vyrovnanému přístupu ke smrti budeme moci být i mnohem lepší oporou pacientům a jejich rodině. Slova útěchy a povzbuzení pronesená v pravou chvíli budou znít z našich úst jistě mnohem upřímněji, pokud dotyčný vycítí, že jim sami věříme. Náš vnitřní klid a vyrovnanost budou působit mnohem blahodárněji, než jakákoliv vědecká fakta, chlácholivé fráze či naopak úplný nezáměr. Těžko se můžeme vcítit do pocitů pacienta s infaustní prognózou či přímo do pocitů umírajícího. Přesto se však můžeme pokusit bolest a strach zmírnit, a to nejen pomocí léků, ale hlavně lidskostí a opravdovostí.

Právě kvůli všeobecnému potírání myšlenek na smrt jsou pak chvíle blízké smrti velmi složitě jak samozřejmě pro pacienta, tak pro zdravotnický personál. „Moderní člověk“ je celý život vychovávan tak, že smrt neexistuje, že se ho netýká. Je na tuto eventualitu zcela nepřipraven. Jakmile se pak dostane do situace, že má smrt přijmout (a k této situaci dříve či později dojde u každého z nás), je šokován. „Jak je možné, že umírám, když smrt se mě nikdy netýkala?“ Způsob vyrovnaní se s touto zcela novou a dříve neuvažovanou možností jsou pak individuálně různé, a na to vše musí být zdravotníci připraveni.

Zvládat psychiku svou i psychiku pacienta bude jedním z nejtěžších úkolů, které nás mediky v budoucnu v našem povolání čekají. Dnešní doba nám v tom svou povrchností a tabuizací smrti příliš nepomáhá. Je proto na nás, abychom časem duchovně i duševně dozráli v osobnosti, které budou schopné léčit a uzdravovat po všech stránkách, a to i nevyléčitelně nemocné.

Helena Elena Sternová

2. sk. 3. ročníku, Lékařská psychologie a etika

Lékařská praxe v Kansai Medical University Hospital

Ósaka (Japonsko), srpen 2013

V srpnu roku 2012 jsem se vydal na lékařskou stáž do brazilského města Curitiba, které leží celých 5649 NM vzdušnou čarou jihozápadně od naší metropole. Loni v srpnu jsem pro změnu zamířil východo-jihovýchodním směrem na cestu dlouhou celých 4838 NM. Ano, počítáte správně. V roce 2013 se mi dostalo té neuvěřitelné možnosti navštívit zemi vycházejícího slunce, lidi, zvyky a kulturu, tak nepodobnou té naší. Zpátky jsem si přivezl spousty zajímavých zážitků, postřehů a zkušeností, které jsem sbíral po dobu jednoměsíční stáže v Kansai Medical University Hospital, Hiracata city, Ósaka, a s kterými bych vás rád touto cestou nyní seznámil. Pro dopravu jsem svoji tělesnou schránku opět svěřil společnosti Emirates, která dostala své pověsti, když její posádka bez problémů, zpoždění a s maximální mírou profesionality doved-

la letoun do cíle mé cesty. Let probíhal z Prahy s mezipřistáním na mezinárodním letišti v Dubaji. Zde jsem přisedlal z klasického Boeingu typu 773 (v leteckých kruzích láskyplně přezdívan jako „Triple seven“) do Boeingu 773ER (extended range) a se 140 000 litry leteckého paliva na palubě jsme se vydali na devítihodinový let východním směrem, proti toku času, až do daleké oblasti Kinki na ostrově Honšú - do proslulné Ósaky. (PRG - DXB 2400 NM - 5h 32 min - B777 ; DXB - KIX (Kansai, Ósaka - Japonsko) 4089 NM - 9h 10 min - B777ER.)



Kansai Medical University Hospital

První věc, která mě po přiletu překvapila byla, jaký nemalý problém může skýtat úplná absence latinky a vlastně i jakéhokoli srozumitelného textu. Znat to bylo téměř okamžitě kupříkladu ve městské hromadné dopravě. I přes to, že je zřejmě vysoce komplexní a sofistikovaná, orientace v ní mi zejména z počátku činila nemalé obtíže, a proto jsem byl velice vděčný za pomoc místních z řad IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations), kteří mě s počáteční adaptací na toto prostředí pomáhali. Znalost anglického jazyka je v řadách obyčejných Japonců spíše raritní záležitost, a je dobré s touto skutečností při samostatných toulkách městem počítat. Není to nijak překvapující zjištění, neboť obecně platí, že příslušníci velkých národů jsou povětšinou špatně jazykově vybaveni. Japonci jsou velmi pracovití a sebestředný národ s hluboce zakořeněnými zvyky a obyčejí, vycházejícími z jejich dlouhé historie. Jeden z mnoha je všeobecně známé klanění při pozdravu místo podání ruky a musím přiznat, že se mi tento zvyk velmi zamlouval, neboť si tímto úklonem lidé současně prokazují vzájemnou úctu. Další zajímavé zvyky jsem pozoroval při konzumaci jídla. Před jídlem Japonci dávají ruce k sobě jako při modlitbě, sklání hlavu a pronášejí „itadakimas“ (dobrou chuť), po jídle se tento rituál opakuje se změnou slov „gochisó sama dešta“ (děkuji za pohostění). V lepších restauracích je pak vyzouvaní bot před vstupem samozřejmostí. Další zajímavostí je přístup k alkoholu. V Japonsku jsou podnapilí lidé na ulici do jisté míry tolerováni, neboť existuje teorie, že po „usilovné“ práci člověk (Japonec) potřebuje „usilovně“ odpočívat, aby poté mohl opět docílit vysokého pracovního nasazení. Dle tvrzení mých kolegů, tato benevolentnost nemá většího vlivu na kriminalitu. Kupříkladu při ztrátě vašeho chytrého a patřičně drahého telefonu máte až 95% šanci, že jej ještě někdy uvidíte. V praxi jsem se pak raději k ověření této pravděpodobnosti neodvážil.

„...to jsou Japonci! Oni nečekají, až se jim upe-

če ryba!“ Japonská kuchyně je velmi rozmanitá a bohatá zejména na ryby a mořské plody všeho druhu, což i částečně vychází z geografické polohy pětice hlavních ostrovů. Obsahuje mušle, kaviár, krevety, chobotničky, sardinky, žraloky, velryby, ale i korýše a další mořské dary, které se mi ani nepodařilo identifikovat. Samostatnou kapitolou je pak jedovatá ryba *Fugu*, která je velkou pochoutkou. Upravovat a podávat ji mohou pouze restaurace s licenci a servíruje se zejména v zimním období, kdy obsahuje nižší množství toxinu. Velmi oblíbené jídlo je *Ramen*, což je více méně nudlová polévka původem z Číny. Se slovem Japonsko se mnoha lidem simultánně vybaví slovo *Sushi*. Zde bych chtěl pouze upozornit na veliký rozdíl mezi *Sushi* ze supermarketu a *Sushi* podávaném v restauraci. Mě osobně více oslovil pokrm *Sashimi* (delikátní syrová ryba z čerstvého lososa nebo tuňáka), jídlo kdysi velmi oblíbené u Samurajů. Taktéž jsem okusil *Wasabi*, což je opravdu i v malém množství peklo na talíři. Specialitou přímo v Ósace (Ósaka style) je *Takoyaki*, což jsou kousky chobotničky obalené v těstíčku. Japonská kuchyně jako taková má něco do sebe, určitě se lviím podílem zasluhuje i na pověstné japonské dlouhověkosti, ale pokud bych měl být upřímný, po měsíci jsem se už těšil na pravou českou svičkovou.



Jak již bylo na začátku řečeno, stáž jsem absolvoval v **Kansai Medical University Hospital**. Tato univerzita je soukromá a studenti platí školné kolem 4 500 000 yenu za akademický rok, což je v přepočtu na naši měnu částka blízká se 1 000 000 CZK. Dále si samozřejmě hradí ubytování a stravu. Pro představu například ubytování je zhruba desetkrát dražší než u nás a strava přibližně třikrát. Další nesmírně drahou službou v Japonsku je doprava. Jediná jízda do centra Ósaky a zpět mě přišla v přepočtu na téměř 200 CZK, což je přibližně měsíční jízdné v Plzni.

První den jsem se za pomoci svých japonských kolegů seznámil s kampusem, nemocnicí a byl jsem představen panu profesoru Mikihiko Fukunagaovi z interní kliniky. Ten mě po pár minutách hovoru požádal o prezentaci České republiky, Univerzity Karlovy a o způsobech výuky medicíny v našich končinách. Shrnutí dlouhou historií naší země a naší univerzity do třicetiminutového povídání nebyl snadný

úkol, ale nutno podotknout, že se prezentace velmi líbila. Na oplátku mi pan profesor představil svoji zemi a druhý den jsem prezentoval před všemi jeho lékaři.

Moje praxe spočívala v navštěvování ambulance, lůžek a konferencí lékařů. Byl jsem přidělen k paní doktorce Reiko Tomitaové. Ta mi představila všechny své pacienty a následně jsme diskutovali o jednotlivých případech, diagnostice, etiologii, patogenезi a o léčení. Byla překvapivě a sama uznala, že na studenta čtvrtého ročníku mám dobré znalosti. Jsem si jist, že je to způsobeno hlavně náročností a profesionalitou naší LF UK a FN Plzeň, která je vsutku na světové úrovni. Při našich rozpravách jsem narazil na jednu zvláštnost, a sice, že japonští lékaři nesmí během studia vykonávat praxi u pacientů. Všechny praktické dovednosti se učí až po promoci, což mě opravdu překvapilo. Jakkoli to může znít zvláštně, postupně jsem dospěl k názoru, že naše výuka medicíny a praktické medicíny je na vyšší úrovni než v přetechinovaném a moderním Japonsku. Co se týká samotné nemocnice, technické a přístrojové vybavení je na srovnatelné úrovni, ovšem samotné prostory působily podstatně vzdušněji, byly více prosvětlené, v čekárnách hrálo počítačem řízené piano a na chodbách lůžkových oddělení hrála uklidňující melodie. Byl to velký nezvyk v porovnání se sterilními interiéry českých nemocnic.

O víkendech jsem navštěvoval památky. Postupně jsem navštívil slavné Kyoto s mnoha chrámy chráněnými organizací UNESCO (*Fushimi Inari, Kinkakudži a další*), dům Samuraje a dům Gejši, město Nara, Kanazawa, vesničku Shirakawago a Hirošimu, kde jsem stanul v místě, nad kterým v létě roku 1945 explodovala první atomová bomba nasazená ve válečném konfliktu. Zajímavostí pak je, že v epicentru výbuchu přestála tlakovou vlnu jediná budova, a to „prefekturální palác“ (dnes známý spíše jako „Atomový dóm“), který vyprojektoval český architekt, rodák z Náchoda, Jan Letzel roku 1918. Další zajímavou zastávkou byl hrad v Ósace, který je kompletně přestavěn, neboť se stal za války obětí nepřesného náletu amerických bombardovacích svazů, jejichž cílem bylo velení vzdušných sil, které Japonci „velice prozíravě“ umístili v jeho těsné blízkosti. Při svých cestách jsem samozřejmě neodolal a jednou jsem vyzkoušel jízdu v legendárním Shinkansenu.



Osaka Castle a mrakodrapy Osaka Business Park, Kyōbashi

Protože se o historii trochu zajímám a s oblibou se řídím heslem „*Nepohrdějme minulostí, aby námi nepohrdla budoucnost*“, nedalo mi neotevřít diskusi na téma Druhé světové války,

i když jsem trochu tušil, že je to jedno z témat, o kterém byste se určitě neměli s Japonci bavit. Každopádně, ať je to příjemné, nebo ne, jsem přesvědčen, že je třeba tyto události neustále připomínat, a to s naléhavou nutností.

Celkové náklady na stáž odhaduji na 70 000 CZK. Jako bývalý koordinátor klinických stáží IFMSA vím, že některé lékařské fakulty v naší zemi nepodporují stážisty IFMSA. Nicméně Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Plzni podporuje naše stáže i finančně, a za to jí budu neskonaný dík. Připravit si stáž do tak vzdálené země bylo při studiu dost komplikované, neboť jsem si náklady na ni hradil ze svého z práce při studiu. Z Japonska mám mnoho dobrých přátel. Rezidenti se o mě starali téměř jako o vlastního a důsledně dbali na to, aby se mi v jejich zemi líbilo. Paní doktorka Reiko Tomitaová, které bych chtěl touto cestou ještě jednou poděkovat, se mi taktéž věnovala určitě více, než musela, a mnohému jsem se od ní přiučil. Na tuto stáž budu velmi rád vzpomínat a doufám, že se někdy do země vycházející slunce, za svými kamarády, podívám ještě jednou.

MUC. František Langer

Letní stáž v Bandungu (Indonésie)

11. 7. - 21. 8. 2013

Do Indonésie jsem letěl společností Turkish airlines. Nejdříve z Prahy do Istanbulu, tam jsem musel čekat 9 hodin na přímý spoj do Jakarty. Po cestě bylo ještě krátké mezipřistání v Singapuru. Protože v Turecku pro občany ČR neplatí vízová povinnost, mohl jsem bez potíží opustit prostory letiště. Na letišti mě vyzvedla Emine, studentka chemie a technologie, která se na 6 hodin stala mou průvodkyní po Istanbulu. Kontaktovat jsem jí ještě v ČR na stránkách www.couchsurfing.org, které jsou velmi užitečné pro cestovatele. Měl jsem jediné přání, vidět modrou mešitu (mešita Sultan Ahmed). Vskutku impozantní stavba. Letenka stála necelých 18 tisíc. V Jakartě jsem si zaplatil sdílené taxi a jel zhruba 2-3 hodiny do města Bandung. Nejlevnější možností bylo vzít si autobus, ale v džungli taxikářů jsem ho nenašel. Jiná stážistka z Čech, která přijela týden po mně, ho však našla bez problémů. Popsala to jako jednu z nejhorších jízd v dopravním prostředku v jejím životě.



Moje studijní skupina

Moje praxe probíhala v **Dr. Hasan Sadikin General Hospital** (indonéský ekvivalent je prav-

děpodobně tento RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung) ve městě Bandung, ležícím na západní Jávě, na oddělení tropických nemocí. Na oddělení jsem se často setkával s leptospirózou, k jejíž nákaze přispívají časté záplavy a vyšší výskyt hlodavců, méně s nemocemi, které se přenášejí přes komáry. Malárie byla poměrně vzácná, neboť se Bandung nachází ve vyšší nadmořské výšce. Za celou dobu pobytu jsem se střetl jen s jedním komárem, takže má armáda repelentů byla zbytečná. S jasnou převahou jsem se nejvíce setkal s TBC a HIV. TBC byla jednoznačně nejrozšířenější, kdy případy multi a total drug resistance nebyly vzácností. Buď se jednalo o samostatné onemocnění, nebo též často o projev zeslabené imunity u HIV pacientů. Musel jsem nosit 2-3 roušky, a i tak ne všude jsem měl povolený přístup. Často jsem byl přítomen při konzultacích v HIV poradně. Indonéský systém se snaží dělat maximum pro HIV nemocné, ale vzhledem k populaci čítající okolo 250 milionů obyvatel není pochopitelně zatím možné ho propracovat na úroveň blížící se standardům v Evropě. Nemocní dostávají bezplatně léky, a myslím, že jednou za půl roku mají nárok na prohlídku a krevní testy, další vyšetření si musí hradit sami. Jakékoliv další procedury jako například vyšetření na CMV nebo USG, které se v ČR standardně provádí bezplatně u HIV pozitivních, je zde mimo rámec možností. Jednou mi doktor při čekání na dalšího pacienta začal jmenovat kompletní složení českého národního fotbalového týmu z ME v Anglii 1996 a nazval tehdejší naše hráče golden generation. Jsme sice malý stát, ale svět o nás ví.



Tanah lot - Bali

V HIV poradně jsem nejvíce viděl ústní kandidózu a stížnosti na zhoršující se zrak, pravděpodobně kvůli CMV retinopatii. Úloha doktora zde byla spíše hodnotit chování hladiny CD4 a nastupující příznaky a podle toho volit vhodná antiretrovirotika a v případě propuknutí TBC pozastavit antiretrovirotika a nasadit ATB. Jednou jsem byl také vyzván prezentovat před skupinkou studentů a doktorů terapii HIV pacientů v ČR. Ve srovnání s místními poměry je o českého pacienta s HIV v ČR postaráno velmi dobře, ale nutno podotknout, že ve srovnání Indonésie s jinými rozvojovými státy je na tom Indonésie poměrně dobře, minimálně tím, že zdarma zajišťuje léky.

Vyozoroval jsem, že se zde uplatňuje dokonalá znalost vzorců teplot a horeček. Často byla diagnóza stanovena na základě anamnestických údajů. Začátek, průběh a konec horečky byl velmi důležitým a klíčovým údajem pro dia-

gnózu, často i bez mikrobiologického vyšetření. Jeden z nejvíce zajímavých postřehů byl, že studenti již 3. ročníku mají povinnost odsloužit určitý počet nočních služeb za měsíc na ambulanci (a je tam opravdu živo). Mnohdy dokázali fungovat bez dohledu doktorů. Končící studenti musí zase po složení posledních zkoušek a před obdržení diplomu odsloužit něco jako veřejnou službu. 3-6 měsíců musí sloužit v místech, kde je horší lékařská dostupnost, hlouběji na venkově a v pralesích.

Musím přiznat, že být na oddělení tropických nemocí bylo určitě přínosné, ale právě tam jsem zjistil, že mě více baví jiné obory, jako například chirurgie. Několikrát jsem se byl podívat na noční chirurgické ambulanci a bylo mi i dovoleno poprvé v životě zašít někomu ránu. Byly to tržné rány na hlavě po havárii na motorce, kolem 12-13 stehů. Přišel jsem k tomu, jako slepý k houslím. Procházel jsem se místností a pokoušel, co pacientům chybí, nebo odkud z nich teče krev. Jeden z doktorů viděl mé ruce v kapsách mého pláště, takže se mu v hlavě zrodila osvícenecká myšlenka, že mě něčemu přiučí. Vyzval mě, abych šel zašít onu hlavu. Právil jsem doktorovi, že jsem zatím v životě zašival maximálně polštář a vzpomněl jsem si přitom na patofyziologii. Řekl, že mi to ukáže. Na prvním stehu mi ukázal různé „figle“, jak to dělat dobře, pak se otočil na podpatku, pronesl větu *You finish it* a odkráčel. Po pravé ruce jsem měl studentku asi třetího ročníku, což mi dodalo trochu jistoty, ale nevypadala o moc zkušeněji než já. Spolu jsme se učili za pochodu. Vzali jsme to celkem sportovně, nikdo nás nekontroloval. Věc se má tak, že jsou tam vůbec rádi, že jim to někdo zašije, ačkoliv ten můj pacient si na to nemohl vytvořit mnoho názorů, protože byl v bezvědomí. Občas sebou nesouhlasně vrtěl, když mu jehla pronikala kůží, takže jsme ho museli přivázat k posteli a přidat více lokální anestezie. Při boji s pacientem nám upadla pinzeta na podlahu. Protože k dispozici nebyla jiná, museli jsme použít jód jako dezinfekci a pokračovat v práci. Nakonec nás za konečné dílo pochválili.



Svatba na Sumatře

V Indonésii je velké množství skútrů a tím pádem i velké procento nehod, každý večer na ambulanci minimálně 5 případů. Viděl jsem rozseknutou hlavu 10letého kluka, protože jeli ve třech na motorce a neměl helmu. Doktor mi odkryl hrozivou ránu jenom proto, abych se já mohl podívat. Řekl mi, že se dívám na tvrdou plenu. Nedokážu si představit, jak ukrut-