
NEMOCNIČNÍ ZPRAVODAJ



Editorial

Milé čtenářky a milí čtenáři,

až otevřete tento časopis, bude sice ještě v kalendáři podzim, avšak v supermarketech už budou zářit vánoční ozdoby a jen málokdo se obejde bez rukavic a teplých bot. Jakmile za Vámi zapadnou doma dveře, nastane dohadování, co byste si přáli k Vánocům. Co na tom, že už spoustu let říkáte: „Nic nechci, jen abyste byli zdraví..., abyste se dobře učili..., abys přestal/ a kouřit..., abychom měli na sebe víc času...“. Stejně nakonec všichni dostaneme nějaké VĚCI.

Ani naše mini-redakce neučiní jinak. Jen nám to sice líto, že Vás nepozveme na punč a nepoklábosíme se všemi dvěma a půl tisíci zaměstnanci naší nemocnice alespoň půlhodinku o milých nesmyslech, leč nelze jinak, nežli přijít v době dlouhých nocí se svazkem potištěného papíru jménem Nemocniční zpravodaj 3 / 2006.

Najdete v něm tentokrát hodně faktografických údajů z jednotlivých oddělení, ale také na Vás dýchne člověčí teplo z rozhovorů s panem hejtmanem RNDr. Janem Zahradníkem, s panem Miroslavem Pelikánem z ergoterapie a mikrobiologem MUDr. Oldřichem Hausnerem. Zajímavý může být pohled do duše vietnamského pacienta. Příslibem pak budou četné fotografie z obou nemocničních areálů, kde se buduje a buduje a buduje.

Hezké čtení během posledních podzimních a prvních zimních večerních služeb Vám přeje

PhDr. Marie Šotolová
odpovědná redaktorka Nemocničního zpravodaje

OBSAH

Úvodník generálního ředitele MUDr. Břetislava Shona (Šot)

ZPRÁVY MANAGEMENTU

PhDr. Marie Šotolová: Návštěva lehce nenadálá

MUDr. Břetislav Shon: Sedmdesátimilionová investice odsouhlasena

Vzácné pozvání k prezidentovi

PhDr. Marie Šotolová: Změna na postu primáře kardiochirurgického oddělení

STALO SE

Aleš Kavan: Nová serverovna

MUDr. Vladislav Smrčka: Nová videoendoskopická sestava na Dětské klinice

MUDr. Jiří Horažďovský: Poradna pro pigmentová znaménka na kožním oddělení

MUDr. Magda Balejová: Nový systém vyšetřování kvantitativní bakteriurie

MUDr. Milan Hanzl: Celoplošný screening vrozené hluchoty

MUDr. Milan Hanzl: Další využití monitoru mozkových funkcí na neonatologickém oddělení

MUDr. Jan Sattran: Oční oddělení nabízí ambulantním oftalmologům tachymetrii

MUDr. Hana Šiffnerová: Nové metody v radioterapii, farmakoterapii a brachyterapii na onkologickém oddělení

MUDr. Jana Wiererová: Bezkontaktní elektroterapie na rehabilitačním oddělení

MUDr. Jana Wiererová: Nový koncept manuální terapie

MUDr. L. Chundelová: Spirální stabilizace na rehabilitačním oddělení

Koncert pro dárce krve (Šot)

PRÁVĚ TEĎ

Stonožkový týden na Dětské klinice

STANE SE

MUDr. Ivan Vonke, MBA: Hematologická laboratoř chystá obměnu vybavení

JEDNOU VĚTOU

Mgr. Jiřina Otásková, MBA: Adaptace nových pracovníků v Nemocnici České Budějovice, a. s.

Mgr. Lubomír Francel: Rozvoj vzdělávání pro radiologické asistenty

KDO JE KDO

RNDr. Jan Zahradník: Víím, jak je medicína těžká (Šot)

Mgr. Vlasta Koudelková: Problematika ošetrovatelské péče o vietnamské pacienty

LETEM SVĚTEM

MUDr. Martin Kloub: 4. kongres Mezinárodní společnosti pro ortopedii a traumatologii

MUDr. Pavel Sadvovský: Kongres Společnosti pro sportovní traumatologii a artroskopii

MUDr. Jiří Fiedler: Pracovní dny chirurgie lební base

MUDr. Pavel Střihavka: Kongres maxillofaciální chirurgie v Barceloně

MUDr. Pavel Havránek: Vivat Barcelona

MUDr. Libor Filip: Kongres Evropské společnosti pro ortopedii nohy

MUDr. Jan Tuček: Podprácheňské psychiatrické dny v Třeboni

MUDr. Aleš Hejlek: Kongres nemocí z povolání v Luhačovicích

MUDr. Pavel Sadvovský: Českobudějovičtí ortopedi přednášeli v Brně

OSOBNOST

Lovec mikrobů MUDr. Oldřich Hausner (Šot)

KNIŽNÍ NOVINKY

UTAJENÁ PROFESE

Technik ergoterapeutické dílny (Miroslav Pelikán+Šot)

ODBORY

Mgr. Lubomír Francel: Základní organizace Odborového svazu zdravotníků a sociální péče

KONGRESY A SEMINÁŘE

MUDr. Hana Šiffnerová: XIII. Jihočeské onkologické dny v Českém Krumlově

MUDr. Petra Tesařová: Projekt EVA 35 na XIII. JOD

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.: Výroční konference České urologické společnosti

Očekávané kongresy v 1. pololetí 2007

ESEJ

Lenka Klímová: Vztah společnosti a zdravotníků

VÝZNAMNÉ DNY

SPOLEČENSKÁ KRONIKA

MUDr. Václav Šnorek: Nemocnice se rozloučila s prim. MUDr. Jánem Liptákem

MUDr. Jiří Klíma oceněn za dárcovství krve (Šot)

Na druhém konci telefonu je Denisa Járová (Šot)

Životní výročí a dokončené vzdělání

PŘÍLOHA: doc. MUDr. Petr Petr, p.D. a kol.: Analýza kvality života podmíněná zdravím u drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků v Jihočeském kraji

ÚVODNÍK GENERÁLNÍHO ŘEDITELE MUDR. BŘETISLAVA ŠHONA



Pane generální řediteli, dnes se zaměříme na stavební úpravy v obou nemocničních areálech. Kam oko pohlédne, tam se mívá sanitka s buldozerem. Horní areál je už několik týdnů doslova protkán výkopy. Můžete tento zásah do tepelných rozvodů přiblížit?

Provádí se kompletní výměna starých parovodních rozvodů za teplovodní. Součástí této akce je přeložka parní přípojky od teplárny nad úroveň terénu z důvodu záplav. Tu financuje právě

Teplárna České Budějovice. My měníme veškerou technologii uvnitř hlavní předávací stanice, kde se bude centrálně připravovat i teplá užitková voda a především se využije v maximální míře tepelná energie kondenzátu z prádelny, což u starého systému nebylo možné. Na nové rozvody budou napojeny budovy infekčního, chirurgického a ženského oddělení, pavilonu C včetně bývalého oddělení klinické biochemie a staré nemocniční budovy „A“. Zde dojde k podstatné redukci původních výměňkových stanic díky nové technologii přímého napojení na místní rozvody. Například v budově chirurgie se tak využijí prostory výměníku pro šatny personálu.



Současně s novými rozvody topení a teplé užitkové vody se v některých místech provedla i výměna potrubí na studenou vodu a navíc se položilo chránicí potrubí pro optické kabely v zadní části nemocnice.

Celá tato akce přinese nemocnici úspory za tepelnou energii, které využijeme v medicíně. Díky jednodušší a spolehlivější technologii bude také méně náročná a tudíž lacinější i údržba.



Co se staví vedle parkoviště před chirurgickým oddělením?

Tam pokračuje rekonstrukce podél ulice L. B. Schneidera podle původního projektu. Vybudovala se hrubá stavba ochranné zdi a na jaře 2007 vzniknou další parkovací stání. Po rekonstrukci chirurgie bude pak dokončena vnitřní komunikace mezi budovou „A“, radiologickým a chirurgickým oddělením.

V jakém stádiu je plán na nové dětské oddělení?

Nová budova Dětské kliniky IPVZ je připravována tak, aby byla propojena dvěma koridory s budovou chirurgie. V tuto chvíli se doladují ve studii poslední úpravy a po jejím odsouhlasení se začne s projektovými pracemi.

Je něco nového v plánech na využití uvolněných budov?

Ve využití prostor po oddělení klinické biochemie existuje několik možností. Zřejmě ta nejpreferovanější je zřídit v suterénu prostor pro rozdělování teplé patientské stravy, v přízemí jídelnu zaměstnanců a v 1. patře lékařské pokoje. Zatím máme k dispozici pouze studii vnitřního uspořádání budovy bez napojení venkovních komunikačních a obslužných cest.

O využití „Áčka“ je zatím předčasné hovořit, neboť není přestěhována poslední část oddělení nukleární medicíny, tedy gamakamery. Dále tam nejsou rekonstruovány vnitřní rozvody topení, vody, odpadů a elektroinstalace.

Jaké chystáte stavební zásahy v Dolním areálu?



V Dolním areálu probíhá rozsáhlá stavební činnost zaměřená především na venkovní prostory: oprava komunikací, příprava vnitřních parkovacích míst pro nechodící pacienty, úprava parku včetně nových chodníků a zeleně, stavba zaměstnaneckého parkoviště vedle bufetu, zateplení budovy „F“ a „G“, přesunutí trafostanice a náhradního energetického zdroje do míst vedle budovy psychiatrie, zateplení spodní části budovy ortopedie a kožního oddělení, příprava zakrytého chodníku mezi budovami D a E. V roce 2007 přibudou do Dolního areálu nové vjezdy.

Psychiatrické oddělení prochází změnami nejen viditelnými zvenjšku, ale také uvnitř...

Na psychiatrickém oddělení vznikají dvě místnosti pro izolaci neklidných pacientů. Jde o kompletně vypořtované místnosti, které nahrazují alternativu připoutání pacientů nebo jejich uzavírání do síťových lůžek. Do konce roku 2006 by mělo dojít k přemístění dětských psychiatrických ambulancí do rekonstruované budovy „G“ v Dolním areálu. Psychiatrický stacionář se přestěhuje do zadní části



ambulantního prostoru v přízemí stávajícího psychiatrického oddělení. V této budově jsou nyní nové stropní podhledy a osvětlení na chodbách, koncem listopadu byl opraven plášť věže a vyměněna střešní krytina.

Rozhovor připravila PhDr. Marie Šotolová

ZPRÁVY MANAGEMENTU

NÁVŠTĚVA LEHCE NENADÁLÁ

Na letošní volby asi hned tak nikdo nezapomene. Vždyť kolikrát za život se stane, že ani půlroku poté není jasné, kdo se ujme kormidla. Jazyčkem na vahách měly být volby do senátu. V úsilí o voličské hlasy podpořili kandidáty lídři politických stran. V pondělí 9. října se proto vydal do Českých Budějovic předseda ODS Ing. Mirek Topolánek. Kromě toho, že se chtěl osobně setkat s voliči, využil návštěvy jižních Čech k seznámení se s regionem. V souvislosti s aktivitou ODS ve zdravotnické legislativě nebylo až takovým překvapením, že hejtmán Jihočeského kraje RNDr. Jan Zahradník pozval premiéra do Nemocnice České Budějovice, a.s.



Předseda vlády ČR přijel do nemocnice krátce po 14. 00 hod. Doprovázela ho generální ředitel MUDr. B. Šon a senátor ODS PhDr. Jiří Pospíšil, který zde před rokem 1989 pracoval jako psycholog.



„Vpravo chirurgie, ale my jdeme stále rovně...“ říká možná generální ředitel pomocí obou rukou. Však se musela návštěva stihnout za necelou hodinu!



Kardiocentrum českobudějovické nemocnice se může výsledky péče o nemocné se srdcem právem chlubit. Ředitel kardiocentra MUDr. Ladislav Toušek a primář kardiologie MUDr. František Toušek, stejně tak jako sestry, však vědí, že za úspěchy je spousta práce.





Když nemocnice zakládala koncem června při příležitosti návštěvy prezidenta novou kroniku, nikdo netušil, že za pouhé čtyři měsíce přibude další „úlovek“ - podpis premiéra.



Zbývá několik minut na zhodnocení návštěvy. Za chvíli se pánové dr. Shon, dr. Novák a dr. Zahradník s premiérem rozloučí. Z návštěvy zbudé dobrý pocit.

Post skriptum: V Nemocnici České Budějovice, a.s. se účastnilo voleb 82 občanů, ve druhém kole pak volilo senátory 39 lidí.

(Šot)

SEDMDESÁTIMILIONOVÁ INVESTICE ODSOUHLASENA

Vedení společnosti rozhodlo zakoupit pro onkologické oddělení lineární urychlovač a spolu s ním simulátor, který nahradí dosud používaný dvanáct let starý přístroj. Celkový náklad je cca 70 mil. Kč. Nemocnice jedná se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou o způsobu úhrady v případě provozu dvou simulátorů. Začátek provozu celého Centra ozařování je naplánován na únor až březen roku 2007. Jde o obrovskou zdravotnickou investici z vlastních zdrojů, která byla vyvolána havárií malého urychlovače a se kterou jsme nepočítali. Vynaložení peněz na Centrum ozařování však považujeme za správné, protože na jednom přístroji nebylo možné z kapacitních důvodů ozářit všechny indikované pacienty.

MUDr. B. Shon – generální ředitel

VZÁCNÉ POZVÁNÍ K PREZIDENTOVI

Jako ocenění práce všech zaměstnanců Nemocnice České Budějovice, a.s. chápe generální ředitel MUDr. Břetislav Shon své pozvání na Hrad dne 28. října, kdy předával prezident republiky Václav Klaus státní vyznamenání.

ZMĚNA NA POSTU PRIMÁŘE KARDIOCHIRURGICKÉHO ODDĚLENÍ

PhDr. Marie Šotolová



Poslední den letních prázdnin ukončil pracovní poměr v českobudějovické nemocnici prim. MUDr. Marek Šetina, CSc. Proč svázal šest let života právě s Českými Budějovicemi?

V roce 2000 mi nabídl tehdejší ředitel MUDr. Jiří Bouzek, abych takřkajíc na zelené louce ve zdejší nemocnici založil kardiologické oddělení. To byla pro mě veliká výzva. Přestože jsem v té době už měl za sebou podíl na vedení cévní chirurgie Na Homolce a na kardiologické chirurgii v IKEMu, bylo pro mě lákavé být navíc svým páнем.

Když jste přišel do Českých Budějovic, měl jste sice už manažerské zkušenosti, avšak spoustu času jste věnoval rozvoji svých lékařských schopností při stáži v USA. Co bylo při budování kardiologického oddělení nejsložitější?

Největší starostí bylo, jak účelně přestavět v součinnosti s provozně-technickým ředitelem Ing. I. Houškou prostory pro nové oddělení.

Povedlo se Vám to?

Medicína nejsou „Branky, body, vteřiny“ – rekordy a časy. Těší mě, že se mi s kolegy podařilo vybudovat oddělení, které podává stabilně dobré výkony. Zkrátka nemám rád ono „první a nejlepší“. Jistěže na českobudějovickou kardiologickou chirurgii přijížděli pacienti i z jiných regionů, ale nepřečenoval bych to. Další si zase zvolili třeba nějakou pražskou nemocnici. V porovnání s dřívějším byly mezi kardiologickými pracovišti obrovské rozdíly, dnes je situace nejen vyrovnaná, ale dokonce jich je více nežli by vzhledem k počtu pacientů bylo zapotřebí. Z Budějovic odcházím v dobrém.

Proč jste se vlastně rozhodl vrátit do Prahy?

V Praze mám rodinu. Jak ředitel dr. Bouzek, tak dr. Šon věděli, že když dostanu zajímavou nabídku, tak odejdu. Těch nabídek bylo několik. Nakonec přecházím na místo zástupce primáře kardiologického oddělení v Motole. Svou roli hraje kromě přirozené touhy po občasně změně také možnost podílet se větší měrou na výzkumu a výuce. Co se týká mého manažerského působení, musím říci, že motolská nemocnice má nyní v kardiologické složité situaci, chybějí pacienti i personál a proto je lákavé tam něco dokázat. V porovnání s Českými Budějovicemi tam budu muset zřejmě být přísnějším šéfem.

Když se dnes podíváte zpátky na oněch šest let Vašeho zdejšího pobytu a srovnáte českobudějovickou kardiologickou chirurgii s nemocnicemi, které znáte, jaké bude resumé?

Myslím si, že úspěchy, které jsme v Českých Budějovicích s kolegy zaznamenali, byly do jisté míry dány právě tím, že toto kardiologické oddělení nemá dlouhou historii. Pražský IKEM, ale třeba i Brno, jsou konzervativnější. Je to jako v hudbě nebo v malířství: nová a mladší generace přináší zase jiný - objevný pohled na věc.

Českobudějovická kardiologická chirurgie patří velikostí a objemem výkonů mezi zavedená pracoviště v Čechách, jejichž výsledky jsou respektovány. Klade důraz na aplikovanou medicínu, to znamená, že se snaží do praxe zavádět moderní, ale již prověřené postupy. 1. 9. 2006 se jejím novým primářem stal MUDr. Aleš Mokráček, CSc.(40) Generální ředitel Nemocnice České Budějovice, a.s. ho jmenoval proto, že jako zástupce ředitele Kardiocentra je zárukou jeho dobrého fungování a současně považuje dr. Mokráčka za zručného operátora.



Pane primáři, patříte sice mezi kmenové zaměstnance naší nemocnice, avšak s nástupem do nové funkce nebude od věci představit Vás i těm kolegům, kteří s Kardiocentrem nepřicházejí tak často do kontaktu. Čím Vás oslovila chirurgie srdce?

Chirurgii jsem chtěl dělat už na lékařské fakultě, ale nebyl jsem si jistý jakou, tak jsem po škole odešel na jedno z mála volných míst, kde o mě byl aktivní zájem. Stal jsem se tak v roce 1990 chirurgickým sekundářem v Městské nemocnici Aš. Protože bych se býval rád věnoval nějaké jemné specializaci - nejraději kardiochirurgii, velmi jsem uvítal, když byl dva roky poté vypsán konkurz na místo sekundárního lékaře kliniky kardiovaskulární a transplan-

tační chirurgie IKEM Praha, který jsem vyhrál. Jako zaměstnanec IKEMu jsem složil I. atestaci ze všeobecné chirurgie a posléze atestaci kardiochirurgickou. Také jsem absolvoval několik stáží na kardiochirurgických pracovištích v cizině, například v Curychu a New Orleansu. IKEM je zavedená instituce, kde je víceméně jasné, jak bude vypadat za pět, deset let. Proto, když v roce 2000 přišla nabídka podílet se na rozjezdu nového kardiochirurgického oddělení v Českých Budějovicích, rozhodl jsem se odejít na jih Čech. Spolu s tehdejšími primáři Šetinou, primářem Touškem, dr. Vamberou a dalšími kolegy se nám snad povedlo položit pevné základy pro vybudování stabilního a respektovaného kardiochirurgického oddělení.

Prozradíte čtenářům něco ze svého soukromí?

Jsem ženatý a máme dvě děti. Odchod do Českých Budějovic byl určitým přelomem v našem životě, nicméně od prvopočátku jsme plánovali se zde usadit natrvalo. Děti si zde rychle zvykly a nyní už si život jinde než na jihu Čech neumíme téměř představit.

A co hobby?

Mým koníčkem byl vždy sport. Ten jsem ale poslední léta zanedbával a proto jsem si teď možná poranil koleno, odvyklé zátěží. Doufám, že po rekonvalescenci budu moci alespoň rekreačně dále jezdit na lyžích a na kole. Mou druhou zálibou, které se ale věnuji až poslední dva roky, je poznávání krajiny na motocyklu. Vjem okolí ze sedla motocyklu je úplně jiný než například z auta a jsem rád, že se mnou jezdí i žena.

Kam budete směřovat při řízení českobudějovické kardiochirurgie své úsilí?

Domnívám se, že pro kardiochirurgii, ale i kardiologii bylo ohromným krokem vpřed vytvoření společného Kardiocentra. Obě tyto části Kardiocentra jsou na sobě životně závislé a jejich propojení utvořilo silný celek. Tímto krokem, podle mého soudu, předběhla českobudějovická nemocnice dobu a máme tak určitý náskok do budoucna.

Kardiologie se dnes stává více invazivní, kardiochirurgie naopak méně. Zavádí se řada hybridních výkonů na pomezí obou specializací a Kardiocentrum jako celek je pravděpodobně nejlepším řešením. Proto bych velmi rád podporoval další rozvoj jak kardiochirurgické části, tak propojení a spolupráci v rámci Kardiocentra.

Již dříve jsem se podílel na řadě rozhodování, a tak nyní nevidím potřebu dělat nějaké radikální kroky. Co se týče kardiochirurgie, zaměřím se na vytvoření stabilního týmu lidí s co nejlepšími pracovními podmínkami, kde každý bude mít své místo. Určitě kladu velký důraz na poctivost, pracovitost a loajalitu. Rád bych nadále pokračoval v zavádění smysluplných novinek a doufám, že první z nich bude uplatnění videoskopie.

Kromě toho, že působil v nemocnici, tak se také angažujete na Jihočeské univerzitě...

Cítím, že vedle rutinní medicíny je potřeba dbát i na budoucnost. Proto jsem uvítal možnost podílet se na výuce kardiochirurgie Zdravotně sociální fakulty.

Kromě výuky se však v univerzitním prostředí také zabýváte vlastní výzkumnou prací?

Protože je zapotřebí stále hledat nové postupy a posouvat hranice medicíny, věnujeme se s kolegy z Kardiocentra rovněž experimentální medicíně a pracujeme na možnosti využití některých nových srdečních chlopní. Zatím děláme v této souvislosti pokusy na ovcích.

STALO SE



6. 10. 2006

BYLY SERVERY ZAJIŠŤUJÍCÍ CHOD INFORMAČNÍCH SYSTÉMŮ V KLINICKÉ ČÁSTI NEMOCNICE PŘEMÍSTĚNY DO NOVÉ SERVEROVNY.

Tato místnost je vybavena a zajištěna tak, aby splňovala přísné podmínky pro provozování serverů a systémů. Zejména se jedná o zajištění klimatizovaného prostředí, instalace

bezpečnostních hlásičů a v neposlední řadě o fyzickou bezpečnost před neoprávněnou manipulací.

Pro informační systémy byly nasazeny servery, které zajišťují téměř nebo úplně nepřetržitý chod.

Aleš Kavan

Dětská klinika IPVZ disponuje od srpna 2006 novou videoendoskopickou sestavou Olympus-Exera II, a to jak pro vyšetřování gastroenterologické, tak bronchoskopické. V souvislosti s tím bylo nutno udělat malé stavební úpravy – rozšířit endoskopickou vyšetřovnu a prostory s ní spojené tak, aby bylo možno bezpečně vyšetřovat narůstající počet dětí vyšetřovaných ve spolupráci s anesteziologem v analgosedaci

prim. MUDr. Vladislav Smrčka

Kožní oddělení nově zprovoznilo na jedné z ambulancí Poradnu pro pigmentová znaménka. K archivaci digitálních fotografií slouží dermatoskop a speciální software.

V indikovaných případech se jedná o placenou službu. Pacient tak získá rady od kvalifikovaného lékaře, který doporučí vyšetřovací schéma a vhodnou terapii.

prim. MUDr. Jiří Horažďovský

Laboratoř bakteriologie využívá nový systém vyšetřování kvantitativní bakteriurie pomocí automatického systému URO-QUICK 4.

Principem vyšetření je nefelometrická detekce bakteriálního růstu ve vzorku moči. Laserový paprsek prochází skleněnou lahvičkou obsahující tekuté médium inokulované vzorkem moči. Signály rozptýleného laserového paprsku jsou detekovány, vypočteny a zobrazeny jako růstové křivky, které detailně informují o množství rostoucích bakterií.

Doba vyšetření jsou čtyři hodiny. Po této době je kultivace negativních vzorků ukončena. Ze vzorků vyhodnocených přístrojem jako pozitivní, je možné, podle zhodnocení kvantity nálezu, mikroskopického vyšetření a vzhledem ke klinické diagnóze, zhotovit

cílenou kultivaci a test citlivosti k antimikrobiálním látkám, a to již v den příjmu vzorku moči do laboratoře. Tím může být výsledek vyšetření urychlen o jeden den. To umožňuje rychlejší nasazení cílené antimikrobiální terapie, což je významné jak pro léčbu závažných klinických stavů, tak z hlediska ekonomického, i z hlediska rozvoje bakteriální rezistence.

Přístroj detekuje kvantitativní bakteriurii od hodnoty 10³ CFU/ml. V případě zájmu i o hodnoty nižší než 10³ CFU/ml, je možné uvést toto v žádance o vyšetření a moč bude zpracována standardním způsobem.

I v případě tohoto nového způsobu vyšetřování kvantitativní bakteriurie platí obecné zásady odběru a transportu vzorků moči. Tzn. urychlené doručení vzorku do laboratoře a v době od odběru do transportu uchování vzorku v chladničce (jinak může být výsledek vyšetření negativně ovlivněn pomnožením kontaminujících bakterií).

Nový způsob zpracování vzorků moči přináší urychlení výsledku vyšetření, jeho zpřesnění a standardizaci i profit pro pacienta a možné úspěchy v terapii.

MUDr. Magda Balejová

Neonatologické oddělení zahájilo celoplošný screening vrozené hluchoty u všech novorozenců narozených ve zdejší porodnici, nejen tedy – jako doposud – u rizikových skupin (nedonošení, těžké žloutenky, hluchota v rodině, apod.). Přibližně polovina vrozených vad sluchu se týká zcela zdravých, donošených novorozenců. Včasný záchyt sluchových vad je tak klíčem k včasnému zahájení rehabilitace a tím i k záchraně vývoje řeči. Frekvence sluchových vad v novorozenecké populaci je 0,5 – 1,2 %. V krajně rizikové populaci novorozenců pod 1500g porodní váhy dosahuje 1 – 5 %. To znamená, že ze 2 200 – 2 300 dětí narozených každoročně v naší nemocnici, lze očekávat výskyt závažných vrozených poruch sluchu u 11 – 25 novorozenců. V České republice je podobný celoplošný screening zatím zcela ojedinělý.

Neonatologické oddělení monitoruje agregovaný EEG na novorozenecké RES a jednotce intenzivní péče. Tuto metodiku umožňuje CEREBRAL FUNCTION MONITOR, který od loňského roku využíváme v běžném provozu RES hlavně u asfyktických dětí. Nyní, po zvládnutí interpretace, ji používáme i u nedonošených dětí k detekci funkčního postižení mozku.

Z neonatologických center používá běžně tento způsob kromě nás zatím pouze Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

prim. MUDr. Milan Hanzl

Oční oddělení od začátku listopadu poskytuje všem ambulantním oftalmologům za úhradu novou službu - pachymetrii. Jde o ultrazvukovou metodou měření tloušťky rohovky. Tato hodnota výrazně upřesňuje výsledky dosavadního způsobu měření nitroočního tlaku.

prim. MUDr. Jan Sattran

Onkologické oddělení přichází s novými metodami v radioterapii. Na konci roku 2006 jsou instalovány nové přístroje pro teleterapii. Jedná se o simulátor Acuity a lineární urychlovač Clinac 2100C/D.

Simulátor Acuity je radioterapeutický simulátor s možností plánování, simulace a verifikace ozáření. Používá se od jednoduché verifikace po nejnovější ozařovací metody IGRT. Tento simulátor umožňuje zobrazit digitální projekci jakéhokoli pole nepravidelného tvaru na povrch pacienta, včetně zobrazení pozice lamel MLC a obrysu tumoru. Přístroj je vybaven příslušenstvím umožňujícím digitalizaci RTG obrazu. Simulátor Acuity rovněž umožňuje provádění CT řezů potřebných pro plánování léčby.

Lineární urychlovač Clinac 2100C/D je moderní radioterapeutický ozařovač umožňující provádět nejen standardní ozařování, ale i moderní ozařovací metody, jako je IMRT (radioterapie s modulovanou intenzitou svazku). IMRT umožňuje dosáhnout lepší prostorové distribuce dávky záření v cílovém objemu při výrazně lepším efektu šetření okolních zdravých tkání. V zásadě jsou používány dvě metody modulace svazku: Dynamická metoda „klouzajících polí (Sliding Window), kdy se lamely mnoholamelového kolimátoru v průběhu ozáření kontinuálně pohybují napříč svazkem záření, přičemž ozáření probíhá bez přerušování záření.

Metoda mnoha statických segmentů (multiple-static-segment) se v praxi označuje Step and Shoot. Při vlastním ozáření je při přesunu lamel kolimátoru mezi jednotlivými segmenty svazek záření vždy vypnut a po dosažení plánované polohy je záření znovu spuštěno.

Lineární urychlovač Clinac 2100C/D rovněž umožňuje provádění verifikačních snímků během léčby – Portal Vision. Rovněž tyto snímky jsou v digitální podobě, takže při jejich kontrole je možno je např. překrýt se snímky ze simulátoru a tak kontrolovat přesnost nastavení.

Príslušenství pro snímkování je možné rovněž využít pro přímou dozimetrii u ozařovaných pacientů. Lze tedy kontrolovat distribuci dávek v cílovém objemu a okolních zdravých tkáních.

Farmakoterapie v onkologii

Nové poznatky molekulárních principů celého procesu metastazování buněčné komunikace a přenosu signálů přispělo k rozvoji cílené molekulární biologické léčby, která využívá přímého zásahu klíčových cílových struktur nádorové buňky. Ve srovnání s konvenční chemoterapií, která působí především na proliferující buňky. Cílená molekulární léčba je v současnosti využívána v klinické praxi u CA prsu, tlustého střeva, konečníku a bronchogenního karcinomu.

Ve srovnání s konvenční chemoterapií přináší tento způsob léčebné modality jiné spektrum nežádoucích projevů, které odeznívají většinou brzy po přerušení léčby a v jejich popředí se objevují projevy alergického typu a kožní změny.

V září 2006 byl na onkologickém oddělení v Č. Budějovicích zahájen nový léčebný postup u karcinomu kolorekta a konečníku: kombinace cytostatické léčby a chimerické IgG1 monoklonální protilátky cetuximabu (Erbixu).

Cetuximab soutěží s endogenním ligandem o vazbu na externí doménu receptoru pro epidermální růstový faktor. Inhibuje růst nádoru a vede k apoptóze. Inhibuje produkci angiogenních faktorů a je u něj prokázáno synergistické působení s chemoradioterapií a radioterapií.

Tento nový způsob léčby by měl vést k oddálení doby do progresu a zlepšení kvality života onkologických pacientů.

Od září 2006 byl dosud Erbitux podán dvěma pacientkám.

Onkologické oddělení rozšiřuje brachyterapii. Jde o metodu, která zajišťuje maximální dávku záření v nádoru s šetřením okolní zdravé tkáně. Dosud byla prováděna zejména intersticiální aplikace brachyterapie nádorů prsu. V roce 2006 jsme začali s intersticiální aplikací brachyterapie do rtu. Předpokládáme cca čtyři vhodné pacienty ročně.

MUDr. Hana Šiffnerová

Rehabilitační oddělení používá k diagnostice a terapii funkčních poruch pohybového aparátu nový koncept manuální terapie doc. MUDr. Miroslava Tichého, CSc. Koncept vychází z anatomických znalostí a biomechanického pojetí kloubní dysfunkce. Ve srovnání s klasickou manuální medicínou (MM) – Pražskou školou prof. Lewita a prof. Jandy – používá nejen

nový způsob vyšetřování a terapie kloubní dysfunkce, ale i odlišnou terminologií. Tím vnáší lehký zmatek do obecně zažitě terminologie klasické manuální medicíny. Na druhé straně však strukturální myšlení více odpovídá vzdělání lékařů, fyzioterapeutů i všech zdravotnických pracovníků, nežli funkční myšlení klasického konceptu manuální medicíny.

prim. MUDr. Jana Wiererová

Rehabilitační oddělení zavádí další metodiku cvičení na neurofyziologickém podkladě – spirální stabilizaci. Tuto metodiku nazývá její autor MUDr. Richard Smíšek též Systémem stabilizace a mobilizace páteře (=SM systém). Jedná se o ucelený systém cviků s pružnými tahy využívající poznatky o funkčních svalových řetězcích, které jako spirály extendují páteř, vyrovnávají ji do středního postavení (tzn. mobilizují jednotlivé segmenty páteře a pohybového systému jako celku) a současně stabilizují posturu. Správné a důsledné provádění cviků vede ve svém důsledku k urychlení léčby akutních vertebrálních bolestí, zlepšuje trofiku meziobratlové ploténky, ovlivňuje stabilitu a bolesti nosných kloubů (kyčel, koleno), přispívá k léčbě skoliósy atd.

MUDr. Ladislava Chundelová

Informační oddělení iniciovalo v součinnosti s transfúzním oddělením historicky první koncert pro Jihočeské dárce krve. Pro svou myšlenku získalo Jihočeskou komorní filharmonii, která 4. října 2006 připravila bez nároku na honorář pro nositele nejvyšších ocenění za dárcovství krve Mozartovský večer. Jedinečný zážitek si vychutnalo kolem dvou set hostů. Úspěch večera byl podmíněn mimo jiné pomocí ze strany Českého červeného kříže, oblastního spolku České Budějovice a průvodním slovem Petra Kroniky – hlasatele Českého rozhlasu v Českých Budějovicích. Díky záštitě náměstka hejtmana Jihočeského kraje MUDr. Vladimíra Pavelky věnoval Jihočeský kraj na uspořádání slavnostního večera 20 000 korun. Proto bylo možné pozvat k houslovému sólu výbornou Marii Fuxovou z Ostravy a v neposlední řadě připravit do foyer českobudějovické Koncertní síně Otakara Jeremiáše připítek červeným vínem i nabízet stylovou pochoutku Mozartkugeln. Všichni jsme se shodli na tom, že příští rok se zase rádi sejdeme nad stejným úkolem.

PhDr. Marie Šotolová



1. řada patřila představitelům institucí, které se podílely na organizaci koncertu.



Vystoupení Jihočeské komorní filharmonie ocenili při rozloučení MUDr. Vladimír Pavelka, náměstek hejtmána Jihočeského kraje pro oblast zdravotnictví a sociálních věcí a MUDr. Jaroslav Novák, MBA, zástupce generálního ředitele Nemocnice České Budějovice, a. s.

PRÁVĚ TEĎ



Dne 4. prosince začal v základní a mateřské škole při zdravotnickém zařízení, která působí na Dětské klinice IPVZ Nemocnice České Budějovice, a. s. **Stonožkový týden – hnutí Na vlastních nohou.** Na této škole oslaví letos deset let svého trvání. Děti s pomocí paní učitelek připravily pro všechny příznivce Stonožky dárčky z látky, papíru, keramiky, přírodnin a jiných materiálů. Těší se, jak svými výrobky opět pomohou jiným, méně šťastným dětem u nás v republice i ve světě. Výtěžek z prodeje těchto drobností totiž putuje jejich vrstevníkům, kteří potřebují podpořit.

STANE SE

Hematologická laboratoř chystá kompletní obměnu vybavení. Ta by měla zrychlit a zkvalitnit stávající spektrum vyšetření a navíc umožnit některá zatím nedostupná vyšetření. V současné době probíhá testování přístrojů a jedná se o ekonomických podmínkách. Půjde-li vše dobře, začne renovace koncem roku.

JEDNOU VĚTOU

- Na plicní oddělení byl zakoupen videobronchoskop vybavený endobronchiálním ultrazvukem (rt-EBUS) a dopplerovským monitorováním.
- Dvacet let svého trvání oslavilo v listopadu neurochirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.
- Kniha o dějinách českobudějovické nemocnice vyjde ve dvou částech. První díl se bude věnovat nejstarší historii a skončí událostmi těsně po druhé světové válce. Druhý se zaměří na poválečné období a skončí současností. Na tomto textu se budou významnou měrou podílet jednotlivá oddělení nemocnice. První část, počínajíc středověkým špitálem, je právě na stole historika Pavla Koblasy, který pracuje na odborné korektuře.



Nové parkoviště pro potřeby pacientů Nemocnice České Budějovice, a. s. bylo vybudováno na nemocničním pozemku v létě letošního roku souběžně s ulicí L. B. Schneidera. Řidiči, kteří tu parkují, aniž by oni sami nebo jejich blízcí byli klienty nemocnice, musí počítat s odtahem svého vozidla. Parkoviště v těsné blízkosti chirurgie, ARO a Dětské kliniky totiž má totiž sloužit k co nejkratší vzdálenosti od vozu k ošetření.

ADAPTACE NOVÝCH PRACOVNÍKŮ V NEMOCNICI ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.

Mgr. Jiřina Otásková, MBA

Každoročně nastupuje do naší nemocnice v průměru 200 nových zdravotnických pracovníků nelékařských oborů, což činí zhruba 15 % obměny. Proto si zaslouží tato problematika velkou pozornost.

Adaptační proces je určen pro jmenované pracovníky dle zákona č. 96/2004 Sb. a probíhá na příslušných zdravotnických pracovištích. Má rovinu pracovní (co nejrychleji zvládat náročné pracovní požadavky v rámci pracovního zařazení, vytvořit si profesní návyky a dovednosti a doplnit si své teoretické znalosti) i rovinu sociální (začlenit se do pracovního kolektivu a splynout s ním).

Délka adaptačního procesu se řídí dle výše jmenovaného zákona, záleží také na individuálních schopnostech každého pracovníka a na tom, odkud nový pracovník přichází. Pro přehlednost můžeme uvést základní čtyři typy:

- z jiných zdravotnických zařízení, návrat po MD, RD (3 měsíce)
- absolventi SZŠ (3 roky)
- absolventi VZŠ a VŠ (18 měsíců)
- individuální přístup, plán zapracování (x měsíců)

Na organizaci a realizaci se podílí celý tým vedoucích zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a pověřených pracovníků (vrchní sestry, vedoucí laboranti, vedoucí fyzioterapeuti, staniční sestry, úsekoví laboranti, úsekoví fyzioterapeuti, pověřené školitelky, školní sestry – mentorky, atp.) za metodického vedení náměstkyně pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestry.

Postup je potřeba zdokumentovat a k tomuto účelu je pro každého nového pracovníka připraven „Plán zapracování“. Jedná se o systém, který není uzavřený, stále do něj pronikají nové prvky. Pro lepší orientaci je rozčleněn do jednotlivých oddílů A – K. Začíná přehledem základních legislativních norem, dále získá pracovník obecné informace o oddělení na kterém pracuje. Teoretické znalosti a praktická provedení teoreticky zvládnutých výkonů jsou součástí oddílu C, včetně „Standardů ošetrovatelské péče“. Každé oddělení má svá specifika a z tohoto důvodu si osnovu v oddílu D vypracovalo samostatně. Účast na ústavních seminářích je součástí kontinuálního vzdělávání. Dále je zde zahrnut seznam doporučené literatury a soubor otázek k závěrečnému testu. Před ukončením plánu zapracování je pracovníkovi zadána závěrečná písemná práce, kterou tvoří zpracování zadané kasuistiky na určené téma a zadání odborného testu v rozsahu 15 – 20 otázek. Ukončení plánu zapracování je v podstatě završením zvládnutí celého komplexu vědomostí a činností, končí ústním pohovorem, kde vedoucí pracovníci zhodnotí celý průběh zapracování včetně vypracované kasuistiky. Pracovník je seznámen s hodnocením a je mu vydán „Doklad o ukončení plánu zapracování“, tím je nastartován jeho profesní vývoj. Pro zpětnou vazbu

vyplňuje anonymně „Dotazník pro pracovníka“.

První vstup do nového zaměstnání je pro každého člověka krokem do neznáma a velmi záleží na přístupu nás všech, jak se s novou situací vypořádá.

ROZVOJ NABÍDKY DALŠÍHO PROFESNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ PRO RADIOLOGICKÉ ASISTENTY DISTANČNÍ A KOMBINOVANOU FORMOU

Mgr. Lubomír Franci

Jednou z hlavních činností Společnosti radiologických asistentů ČR (SRLA ČR) je celoživotní vzdělávání radiologických asistentů. Tuto službu zajišťuje radiologickým asistentům jako jediná organizace v republice. Nyní tato odborná společnost, zastoupená svým předsedou Mgr. Josefem Hykou a členem výboru Mgr. Lubomírem Franclem, podala na Krajský úřad Jihočeského kraje žádost o grant na téma: Rozvoj nabídky dalšího profesního vzdělávání pro radiologické asistenty distanční a kombinovanou formou. Grant v hodnotě 1 981 000 Kč schválilo 21. 11. 2006 zastupitelstvo Jihočeského kraje.

Společnost radiologických asistentů zajišťuje od 2005 akreditované programy dalšího profesního vzdělávání pro radiologické asistenty v ČR. Vloni se jednalo o tři programy akreditované Ministerstvem zdravotnictví ČR dle zákona č. 96/2004 Sb.: Zobrazování v mamární diagnostice, Analogová a digitální skiografie a MR zobrazování. Absolvovalo je 142 radiologických asistentů. Všechny vzdělávací programy byly dosud realizované pouze prezenční formou.

Předmětem projektu je rozšíření nabídky programů pro radiologické asistenty nabízené Společností radiologických asistentů v rámci Jihočeského kraje. Počítá se s jejich zpracováním do podoby e-learningových a kombinovaných kurzů, provozovaných prostřednictvím LMS na internetu a dále jejich zpřístupněním na www.srla.cz.

Účast na celoživotním vzdělávání je podle zákona 96/2004 Sb. podmínkou pro výkon povolání bez odborného dohledu. Kombinovaná a distanční forma studia umožní zúčastnit se celoživotního vzdělávání většímu počtu radiologických asistentů.

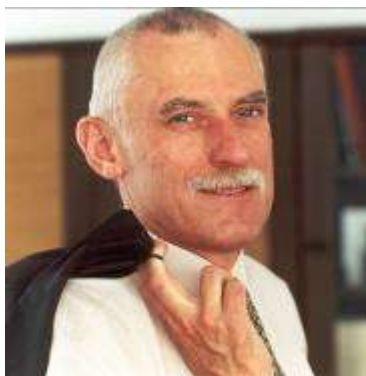
Podle předsedy Společnosti radiologických asistentů Mgr. Josefa Hyky je v současnosti hlavním problémem radiologických asistentů hledání vlastního místa mezi ostatními zdravotnickými profesemi, což předpokládá jasné vymezení jejich odborné činnosti, kompetencí a odpovědnosti. SRLA ČR usiluje o lepší odborné i společenské postavení víc než tři tisíc asistentů pracujících převážně v oblasti radiodiagnostiky, v menší míře i v radioterapii a nukleární medicíně. Radiologičtí asistenti musí poskytnout pacientům v plném rozsahu ošetrovatelskou péči, zvládnout vlastní odbornou práci a vyrovnat se s nároky na radiační ochranu, které se po vydání atomového zákona výrazně zvýšily. K tomu jsou zapotřebí jak teoretické, tak praktické znalosti.

Primární cílovou skupinou nového projektu je Společnost radiologických asistentů ČR, která stála u zrodu bakalářského studia pro radiologické asistenty. Podle požadavků radiologických asistentů připravuje své vzdělávací aktivity. Její odborníci se také podílí na pregraduálním vzdělávání.

Sekundární cílovou skupinou jsou radiologičtí asistenti pracující na radiodiagnostických a radioterapeutických pracovištích v Jihočeském kraji. Právě pro ně je kombinovaná a distanční forma studia přístupnější.

KDO JE KDO

VÍM, JAK JE MEDICÍNA TĚŽKÁ



Hejtman Jihočeského kraje RNDr. Jan Zahradník (ODS) je v Nemocnici České Budějovice, a. s. častým hostem. Naštěstí nikoli v roli pacienta. Už dvakrát sem během letošního roku přivedl nejvýše postavené osobnosti našeho státu. Jaký má pan hejtman vztah ke zdravotnictví, na to jsem se ptala jedno páteční podzimní odpoledne v jeho kanceláři na krajském úřadě.

Je to vztah určitě kladný. Koneckonců přiženil jsem se do lékařské rodiny. Maminka mojí ženy MUDr. Marie Kunešová je v Českých Budějovicích dětskou lékařkou. Její manžel pracoval řadu let v Mostě jako ortoped a když se setkám s ústeckým hejtmanem, tak si na něj ještě vzpomene.

Vás medicína nikdy nelákala?

Rozhodně ne. Biologie a chemie, tedy obory, bez kterých se nedá medicína dělat, mě moc nebavily. Zato mi šla vždycky matematika a fyzika, takže jsem zvolil matfyz a bez problémů absolvoval. Ostatně v mé rodině nebyla široko daleko žádná doktorská tradice.

Ale musím říci, že jsem se sice narodil v českobudějovické nemocnici, nicméně jsem z Hluboké nad Vltavou. Tam jsem kamarádil od dětství s Karlem Kühnelem, který tam dnes působí jako zubař. A protože jsme spolu dokonce bydleli v Praze na koleji, tak jsme se navzájem seznamovali se svými spolužáky. Poznal jsem díky němu mediky, což bylo zvláště příjemné v případě studentek medicíny. Dovedete si určitě představit, že na matfyzu bylo jen minimum děvčat a ta, co tam studovala, vypadala - no prostě jako holky z matfyzu... Od té doby také vím, jak je strašně těžké medicínu vystudovat, projít všemi těmi zkouškami a jaká je to často řehole během klinických praxí.

Skoro se vnucuje rčení, že odříkaného největší kus. Jako hejtman svým způsobem odpovídáte za majetek kraje, který má ve svém vlastnictví 100 procent akcií českobudějovické nemocnice...

Myslím si, že do chodu nemocnice mají mluvit jenom lidé, kteří problematiku zdravotnictví dokonale znají. Anebo je třeba mít důvěru v management. Na ten podle mého soudu má českobudějovická nemocnice štěstí už od doby pana dr. Jiřího Bouzka, teď za dr. Shona a ing. Švejdy.

Pro Jihočeský kraj je primární, aby nemocnice poskytovala lidem kvalitní péči. Ne nevýznamná je i ekonomika a v té si vede také velmi dobře. Proto je českobudějovická nemocnice příkladem, jak může zařízení takového významu fungovat a můžeme ji ukazovat návštěvám. Zvláště pan prezident vnímal nemocnici opravdu pozitivně.

Říkal pan prezident po návštěvě něco mimo protokol?

My jsme se spolu potkali asi týden po jeho budějovické návštěvě na americké ambasádě v Praze při oslavě Dne nezávislosti USA. Byl v hloučku lidí a i v té malé chvíli přišla řeč na českobudějovickou nemocnici. Zmínil se o tom, že neměl při návštěvě dojem jakéhokoliv pozlátka, ale je přesvědčen o jejím dobrém fungování.

Vy jste se před několika měsíci, kdy se projednával zákon o neziskových nemocnicích, netajil svou rozladěností. Jak vidíte vývoj jihočeských nemocnic dál poté, kdy Ústavní soud zrušil některá jeho ustanovení?

Je třeba opakovat, že nemocnice jako akciová společnost není tou pravou ziskovou firmou jako třeba továrna. Chceme, aby vykazovala kladný výsledek, ale zisk se vrátí zpátky do nemocnice samotné. Ne, že se z něj koupí třeba panu hejtmanovi nový automobil nebo že se vloží do budování silniční sítě, kde chybí peníze. Zpětný převod na neziskovku bych považoval za ztrátu. Navíc mě velmi urážely výpady tehdejšího ministra zdravotnictví Ratha

ve smyslu, že krajší zastupitelé by mohli nemocnice privatizovat, rozkrádat a tunelovat.

Zásadní věci v této souvislosti, kterou nechci zakřiknout, bude realizace rozhodnutí Ústavního soudu o nemocnicích v majetku krajů. Věřím tedy v zápis šesti okresních nemocnic na jihu Čech do Obchodního rejstříku k l. 1. 2007 a naplnění holdingu Jihočeské nemocnice, a. s.

Jakou máte představu o úloze Nemocnice České Budějovice, a. s. v holdingu?

Tato nemocnice je vlajkovou lodí jihočeského zdravotnictví. Nabízí a bude vždycky poskytovat super specializovanou péči, protože má odpovídající potenciál jak v odbornících, tak v přístrojích. Naštěstí nemáme v našem regionu, jako například ve Středočeském kraji, zbytečné nemocnice. Určitě ale nebude jednoduché mezi našimi okresními vyladit nutnou dělbu specializace, tedy toho, na co soustředí. Nechci zažít mezi nimi boj a nechci ani, aby všechny dělaly všechno a výsledkem byl šedý průměr.

Co byste konkrétně rád změnil v českobudějovické nemocnici?

Určitě podporuji stavbu nového dětského oddělení. Vždyť tam leží ti nejbezpečnější pacienti. Stále mám také v paměti, že jsme s managementem nemocnice jen oddálili řešení stravovacího provozu. Sleduji horizont roku 2009, kdy bychom měli tento provoz dokončit. Protože strava je součástí léčby.

Dovolu mi otázku na závěr – byl jste někdy naším pacientem?

Nikdy jsem v této nemocnici neležel, ale tu a tam jsem tady byl ošetřován. Například na rehabilitaci. Mám ale nepříjemnou vzpomínku na sedmdesátá léta, když v hlubině socialismu čekala má žena před porodem na židli na chodbě. Pravda však je, že se o ní dr. Lintner a dr. Sadovský starali perfektně.

Rozhovor připravila PhDr. Marie Šotolová

PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O VIETNAMSKÉ PACIENTY

Mgr. Vlasta Koudelková (Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity Č. Budějovice)



Tržiště ve městě Hue / září 2006.
Foto: František Šotola.

V současné době žije v České republice početná komunita Vietnamců, která se stále rozrůstá. Velkým problémem je jazyková bariéra, která bývá mnohdy překážkou při ošetrovatelské péči. Zdravotní sestry a porodní asistentky mívají proto potíže při komunikaci s vietnamskými pacienty. Nedorozumění mohou však také vyplývat z neznalosti vietnamských zvyků, tradic, náboženství a kultury.

Na území Vietnamu vstoupil Čech pravděpodobně již ve 14. století. Česko-vietnamské vztahy se vyvíjejí od roku 1950. I když je to poměrně dlouhá doba, běžný občan nemá mnoho informací o Vietnamu, stejně tak jako nemá vietnamská komunita příliš informací o ČR. Mnozí z nás vidí Vietnamce jen jako stánkaře, ale málokdo ví, že jsou mezi nimi vystudovaní lékaři, právníci, učitelé či ekonomové. Nebylo pro ně jednoduché přijet do ČR a hned se ve všem vyznat. Proto je velmi důležité klást důraz na pochopení ze strany zdravotnických pracovníků.

V České republice je oficiálně přibližně 20 – 30 tisíc Vietnamců, podle nich samotných jich je však až třikrát více. Jsou komunitou velice uzavřenou a do české společnosti se příliš nezačleňují. Pro lepší komunikaci je vhodné zvolit si jejich zástupce, který pracuje jako tlumočnický a organizátor. Většina vietnamských občanů pobývá v ČR na základě povolení k dlouhodobému či trvalému pobytu, část přijíždí žádat o azyl z politických důvodů. Jen velice malé množství získalo české občanství. Někteří Vietnamci na území ČR pobývají ilegálně. Podmínky pro pobyt cizinců na území České republiky, vstup na území a vycestování z území, jsou upraveny v zákoně č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území České republiky. S pobytem Vietnamců na území ČR se vyskytují problémy při poskytování ošetrovatelské péče a dále potom při hrazení péče zdravotními pojišťovny, protože jich mnoho neplatí zdravotní pojištění a musí tak částky za péči hradit hotově (2, 5, 14).

Abychom pochopili mentalitu a projevy vietnamské minority, je nejvhodnější používat ošetrovatelský model Madeleine Leiningerové. Ten umožňuje celkový pohled na jednotlivce jakékoliv odlišné národnosti v oblasti kulturních hodnot, jazyka, víry, životního stylu, stravování, odívání, komunikace, rodiny, společnosti, vzdělání, ekonomiky, politiky a filozofie.

Charakteristickým rysem pro Vietnamce je jejich pozdrav. V souvislosti s tradicí se nejprve zdraví muž, poté žena. Chce-li Vietnamec při seznámení s důležitou osobou, které si velmi váží, projevit svoji úctu, stiskne jí podávanou ruku, podrží ji na okamžik ve svých rukou a usmívá se. Vietnamci podávají předmět oběma rukama, tím dávají najevo, že si daného člověka váží. Podání předmětu jednou rukou je Vietnamci považováno za nezdvořilé. Velmi často se usmívají nebo smějí nahlas, a to i v situacích, kdy Evropanovi není jasné, proč se dotýčný směje. V okamžiku, kdy Vietnamec neví „kudy kam“, přesně nerozumí co se po něm chce nebo je v dané situaci velmi nejistý, začne se usmívat, případně smát se nahlas. Přímý pohled do očí je brán Vietnamci za nezdvořilý a nebo může vyjadřovat domýšlivost (3, 7).

Noha přes nohu je ve vietnamské kultuře brána jako vyjadřování nadřazenosti. Ruce zkřížené na prsou jsou pokládány za projev rozčilení nad obsahem daného dialogu. Dlouhý nehet u Vietnamců znamená vyjádření, že nemusí fyzicky pracovat. Proto jej lze někdy vidět u bohatých vietnamských podnikatelů či intelektuálů na levém malíčku. Vietnamci si potrpí na módu. Chodí vždy slušně a čistě oblečení. Znamená to pro ně projev dobrého chování. Vietnamské ženy takřka nenosí sukně. Také jejich sváteční „kroj“ „ao dai“ (čti: ao zai) je složen z dlouhé, přiléhavé tuniky a dlouhých hedvábných kalhot.

Partnerské vztahy jsou brány mnohem vážněji než u nás a jsou velice pevné. Intimní vztah je ryze soukromou záležitostí a v žádném případě nepatří na odiv veřejnosti. V parcích ve Vietnamu nikdy nespátíme mileneckou dvojici držící se za ruce. Mládež je přísně vedena k cudnosti a zdrženlivosti. Trvá mnohdy několik let známosti než mladý muž smí políbit dívku. K českým dívkám se však Vietnamci chovají odlišně. Vysvětlení je jednoduché: Bílé dívky obecně nemají pro Vietnamce takovou hodnotu jako vietnamské dívky a jsou pro ně podřadnější. Naše dívky se oproti vietnamským chovají mnohem otevřeněji a vstřícněji, což si Vietnamec mylně vysvětluje jako erotickou pobídku (1,4).

Přísně je respektována rovněž společenská hierarchie. Nemělo by nás udivit, když se nás Vietnamec krátce po seznámení zeptá na náš věk. Není neuctivý. Potřebuje si nás zařadit do společenské hierarchie, aby věděl, jak se k nám má chovat.

Pravidla slušného chování přísně nařizují neuvádět nikoho na veřejnosti do nesnází. Každý se snaží chovat tak, aby nedošlo ke konfliktu. Není slušné např. dát najevo, že se kolega mýlí, byť je jeho omyl evidentní. V žádném případě by neměl být upozorněn na chybu před ostatními, být zostuzen, aby „neztratil tvář“. Při uvědomění si této skutečnosti by nás nemělo udivit zdánlivě neupřímné chování Vietnamců. Sdělovat druhým své problémy, natož

si veřejně na něco stěžovat, je rovněž společensky nepřijatelné. V konfliktu s Vietnamcem také počítejme s tím, že Vietnamec se vždy zastane Vietnamce, byť by neměl pravdu (7,10).

Vietnamci jsou dotykovým národem v přátelských vztazích. Objetí a časté dotyky mezi příslušníky stejného pohlaví jsou pro ně zcela normální, ovšem pouze v rodině, když je ostatní nevidí. Nevhodné je například pohlídat vietnamské dítě po hlavičce. Toto gesto je pro Vietnamce výrazem úzkého vztahu k druhé osobě. Pouze rodinní příslušníci se mohou dítěte takto dotýkat.

Ve vietnamské rodině je charakteristická poslušnost dětí, pevný přirozený řád uvnitř rodiny a široká solidarita s blízkými i vzdálenými příbuznými. Chceme-li navázat kontakt s vietnamskou rodinou, je třeba vždy nejprve oslovit muže jako hlavu rodiny. Ve vietnamské rodině přetrvává tradiční model. Muž vydělává peníze a žena se stará o děti a o domácnost. Pokud zavoláme vietnamské rodině a sluchátko zvedne žena, za okamžik zjistíme, že nás nikdo neposlouchá. Manželka totiž předává sluchátko svému muži. Vietnamce v české společnosti překvapuje to, že rodinu chápeme pouze jako vztahy mezi rodiči a dětmi, někdy i prarodiči a vnuky, ale jen málokdy jako vztahy s bratřenci, sestřenicemi, tetičkami, strýčky či vzdálenějšími příbuznými jako je tomu u nich doma. Když jsou rodiče doma, projevují jim děti patřičnou úctu. Když se o ně starají, projevují patřičnou radost. Když jsou rodiče nemocní, projevují patřičnou starost. Když je pohřbívají, projevují patřičný smutek a když se jim obětují, projevují patřičnou důstojnost (4).

Vzdělání je významnou hodnotou vietnamského etnika. Na vzdělání dětí je kladen patřičný důraz. Vzdělání dětí je pro vietnamské rodiče velmi vysokou hodnotou. Vietnamští žáčci jsou charakterizováni jako šikovní a pracovití. Vědí, že chtějí-li prorazit a svým rodičům pomoci, musí ke studiu přistupovat odpovědně, vydat ze sebe více než jejich spolužáci. Jednoznačně převládá memorativní způsob učení. Většinou mluví česky lépe, než jejich rodiče a jsou nuceny chovat se předčasně dospěle. Vyřizují mnohé záležitosti na úřadech a pomáhají na tržnicích. Zámožné rodiny najímají pro své děti česky nebo anglicky mluvící vychovatele. Takové děti pak nemají problémy s češtinou, nýbrž paradoxně s vietnamštinou. Rodiče vedou své děti k tomu, aby si vážily své původní vlasti a aby jí zůstaly věrné (4,10).

Úředním jazykem na území celého Vietnamu je vietnamština, která je i mateřským jazykem pro přibližně 80 % obyvatelstva. Národnostní menšiny se učí jak vietnamštině, tak svému mateřskému jazyku. Dalším nejvíce používaným jazykem je čínština, angličtina a francouzština. Nejvíce vyznávaným náboženstvím je konfucionismus, taoismus a buddhismus.

Nejvíce udržovaným svátkem jsou oslavy Nového roku podle vietnamského kalendáře, který se nazývá Tet. Slaví se od posledních lednových dnů až do poloviny února. Tento svátek je ve znamení obětování se předkům, připravují se tradiční pokrmy, scházejí se příbuzní a dávají si dárky. Slaví se také svatby a svátek dětí. Ten se slaví 15. srpna. Je to den plný zábavy, soutěží a požívání nejrůznějších sladkostí. Den vítězství se slaví 30. dubna, Mezinárodní den práce se slaví 1. května a státní svátek 2. září. Vietnamci neslaví narozeniny, ale slaví dny úmrtí svých předků či rodinných příslušníků. Na oltář se jim obětují tradiční jídla, která po obřadu rodina sní. K předkům se Vietnamci modlí každý patnáctý den v měsíci. Vždy patnáctého ledna a července se na velké hostině sejdou všichni rodinní příslušníci jednoho rodu. Povinnost uspořádat ji má jeho přední člen (3).

Vietnamská kuchyně je pestrá a vyvážená. Všechna jídla se servírují na stůl současně, každý druh je na samostatné misce či talířku, a z nich si Vietnamci odebírají hůlkami do svých misek. Nepřejí si „dobrou chuť“, ale nejmladší vybídne starší, aby si posloužili jako první. Základem pokrmu je horká rýže a když jsou sytí, dají to najevo tím, že ve své misce trochu rýže nechají. Zašpinění ubrusu nebo mlaskání není výrazem nevychovanosti, je to výraz spokojenosti. Během jídla se tradičně řeší rodinné a obchodní záležitosti. Vietnamci jsou zvyklí jíst společně a pomalu. V závěru jídla se potom jí polévka, kterou se doplní potřebná hladina tekutin i solí v těle. Po celý den se také pije z malých šálek teplý zelený čaj. Přivyknutí na těžkou českou stravu není pro Vietnamce snadné, dospělým může trvat

i několik měsíců. Ze své vlasti nejsou vůbec zvyklí např. na mléko a sýry. Ty jim nejen „páchnou“, ale také jim způsobují nemalé zažívací obtíže, proto si většinou na jednotlivá oddělení nemocnice nosí svoje jídlo z domova a nebo si ho připravují v kuchyňce. Vietnamci jsou charakterističtí mimořádnou nepořádností při jídle. Při stolování se kosti a jiný odpad odhazují na stůl, případně na zem. Také nedopalek se bez ostychu hází pod sebe. Vietnamci jedí třikrát denně, přičemž oběd a večeře jsou brány jako hlavní jídlo. S oblibou konzumují listnatou zeleninu a ovoce. Mají rádi teplá měkká jídla (např. čistý vývar se zeleninou a rýží) a málo solí. Nic studeného ústy nepřijmou. Hodně pijí, zejména čaje nebo vodu pokojové teploty, čaj bez citrónu a bez cukru zředěný vodou. Nepijí nápoje s ledem. Většina Vietnamců netoleruje laktózu. Pokud jsou Vietnamci nemocní, jedí rýžovou kaši, hodně zeleniny a ovoce.

Tzv. jižní tradiční vietnamská medicína (thuoc nam) vznikla v deltě Rudé řeky, to je v kolébce národa Vietů a spočívala na lidových empirických znalostech. Zahrnovala kromě přírodních léčiv i metody malé chirurgie. Mnohem později, během čínské nadvlády v prvním tisíciletí n. l., se do Vietnamu šířila ze severu z Číny pod vlivem buddhismu, taoismu a konfucionismu tzv. severní medicína (thuoc boc). Lid dával vždy přednost jižní medicíně, která mu byla bližší, kdežto privilegované vrstvy podporovaly medicínu severní. Oba systémy se rozvíjely vždy souběžně. Severní medicína je založena na tradičních léčivech a na nauce o dvou antagonistických principech - jing a jang. Princip jing, který ovládá vnitřek těla, je negativní, pasivní a studený. Charakterizuje ženské vlastnosti, Země, Měsíc, tmu, vlhkost a smrt. Orgány ovládané principem jing jsou: břicho, žaludek, žluč střeva, močový měchýř atd., kdežto princip jang ovládá srdce, játra, plíce, ledviny, slezinu atd. Naproti tomu princip jang ovládá povrch těla a je kladný, teplý, aktivní a produktivní. Charakterizuje mužské vlastnosti, dále Slunce, nebe, světlo, teplo a život. Zdraví je harmonie jing a jang a při poruše jejich rovnováhy vzniká nemoc (6,8,9,10).

Mezi hygienické návyky patří dodržování speciální hygieny (např. čištění zubů slanou vodou). Osobní hygiena je pro Vietnamce velmi důležitá. Pokud to jde, raději ji vykonávají sami. V případě, že nemohou, chtějí, aby jim pomáhal nějaký člen rodiny stejného pohlaví. Pokud je to možné, upřednostňují sprchu ráno a to každý den. Stejně tak kvůli soukromí preferují používání WC před podložní mísou, která je pro ně velmi ponižující. Soukromí a stud jsou důležité body při pobytu Vietnamců v nemocnici. Je proto nutné zajistit soukromou místnost na prohlídku. Vietnamky jsou velmi stydlivé. Příkladem je například smrkání, které je pro Vietnamce výrazem neslušnosti a směšnosti. Vietnamské ženy jsou při bolesti velmi stoické. Dobrovolně nepožádají o léky na bolest ze strachu z návyku či z možnosti vedlejších účinků. Pokud má Vietnamka obtíže typu vomitu, může se stát, že dá vědět sestře, až když tyto obtíže přejdou nebo si sama zvratky uklidí. Vše je z důvodu studu. Vietnamské rodičky trpí tiche, proto i když nenaříkají, uvnitř trpí, ale chtějí se s tím vypořádat samy. Odmítají také jakýkoliv operační zákrok. O všem se budou radit s manželem, proto raději upřednostňují vaginální porod před císařským řezem. Vietnamky jsou jako matky velice zodpovědné ke svému dítěti. Pokud se vyskytnou problémy s dítětem, je lepší prodiskutovat to nejprve s otcem dítěte nebo jiným členem rodiny. Tato osoba pak rozhodne, kdo to oznámí matce. Je to pro ně rituál sdělování informací. Pokud nastane situace, kdy by v případě úmrtí dítěte byla nutná pitva, dotýká se tato záležitost nejen rodičů, ale celé rodiny. (1,4,6,7).

Závěr

S velkým přísunem cizinců do České republiky se zvyšují i nároky na rozmanitá kulturní specifika, která samozřejmě kladou zvýšené nároky na ošetrovatelskou péči i práci zdravotnických pracovníků. Koncepce českého ošetrovatelství je nastíněná tak, aby každému člověku, ať už jakékoli rasy, byla poskytnuta taková péče, která bude uspokojovat jeho bio–psycho–sociálně–religiózní potřeby. Takovou možnost poskytuje transkulturní ošetrovatelství, kde je poskytována péče cizincům v souladu s jejich zvyky i tradicemi, přičemž umožňuje sestřám i porodním asistentkám disponovat znalostmi z oblasti antropologie, politiky, základů vybraných kultur, víry a náboženských směrů, specifík interpersonální komunikace

s kulturním podtextem, kde podstatnou roli hraje komunikace s tlumočníkem.

Literatura

1. BROUČEK, S.: Aktuální problémy adaptace vietnamského etnika. Dostupné z: <http://www.cizinci.cz>.
2. Český statistický úřad. Cizinci v České republice. <http://www.czso.cz>.
3. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVA, L., KUTNOHORSKÁ, J.: Multikulturní ošetrovatelství 1. 1 vyd. Praha: Grada publishing, a. s. 2005. 248 str. ISBN 80-247-1212-1
4. Klub Hanoi. Vietnamská rodina. <http://www.klubhanoi.cz>.
5. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zdravotní pojištění cizinců. <http://www.mpsv.cz>.
6. Multikulturní centrum Praha. Migrace. <http://migraceonline.cz>.
7. Ran Quoc Vuong. Truyen Thong phu nu Viet Nam (Tradice vietnamské ženy). Hanoi. NXB Phu Nur: 1999. str.97. Text přeložil Vietnamec Tran Viet Uyen. 2006
8. MÜLLEROVÁ, P.: Vietnam. 1. vydání. Praha: Libri, 2004.127 stran.ISBN 80-7277-255-
9. NIESEN, J.: Rozmanitost a soudržnost: nové úkoly v oblasti integrace imigrantů a menšin. 1. vydání. Praha: Rada Evropy, 2002. 115 stran. ISBN 82-871-4345-5
10. ŠIŠKOVÁ, T.: Menšiny a migranti v České republice: My a oni v multikulturní společnosti 21. století.1. vydání. Praha: Portál, 2001. 188 stran. ISBN 80-7178-648-9
11. Tran Viet Hung.: Vietnamci v Čechách. <http://www.google.com/vietnamci>
12. www.uzis.cz,

Redakce Nemocničního zpravodaje děkuje autorce za laskavé svolení s užitím článku.

LETEM SVĚTEM



Postřehy ze 4. kongresu Mezinárodní společnosti pro ortopedii a traumatologii (SICOT), který se konal 23. – 27. 8. 2006 v hotelu Hilton Buenos Aires v Argentině.

MUDr. Martin Kloub

Kongresu se zúčastnilo přibližně 600 ortopedů a traumatologů z padesáti států. Mezi osm základních témat byla zařazena problematika ruky, nohy, kostních náhrad a biomateriálů,

komplikace hojení zlomenin a zlomeniny pánve. Úroveň jednotlivých prezentací na kongresu byla střídavá, což při spektru přednášejících od Indie přes JAR po USA a Švýcarsko lze očekávat.

Celosvětový nástup LCP (Locking Compression Plates= místní kompresní dlahy) implantátů v traumatologii skeletu byl patrný i na tomto fóru, navíc přibývají zkušenosti s extrakcí těchto implantátů, která je často podobně náročná jako vlastní implantace. Postupně dochází také ke zpřesňování indikačních schémat.

V oblasti kostních substitutů je patrný velký pokrok v oblasti syntetických náhrad, problémem je cena těchto preparátů, která se pohybuje od 10 - 15 000 Kč v případě osteoinduktivního a osteokonduktivního trikalciumfosfátu nebo sulfátu a dosahuje až ke stovkám tisíc korun v případě různých forem bone morphogenic proteinu (BMP) za jednu aplikaci.

Při použití tohoto substitutu se kvalita a rychlost hojení kostních defektů blíží provedení autospongioplastiky, která však zůstává stále zlatým standardem pro její dostupnost a relativní

levnost, zejména v ekonomicky slabších zemích, kde náklady na provoz operačních sálů nejsou tak zásadní položkou. Většina preparátů tak zůstává vyhrazena zejména pro situace, kdy autospongioplastiku nelze z nejrůznějších důvodů provést.

Kongresu jsem se zúčastnil aktivně s přednáškou „Treatment of the tibial pilon fractures with LCP plates by MIPO technique - retrospective study“. Ve sdělení jsou shrnuty zkušenosti našeho oddělení s tímto typem léčení zlomenin distální tibie od začátku používání speciálních preformovaných LCP dlah pro distální tibií, které jsme začali používat jako jedni z prvních v České republice. Jejich výhodou je velmi nízké procento komplikací, zejména potíží s hojením měkkých tkání. Díky tomu došlo k renesanci dlahové osteosyntézy v této oblasti, kde v posledních letech dominovaly zevní fixátory.



Vodopády Iguazú



Puberto Madeiro – přístavní čtvrť Buenos Aires

Město Buenos Aires působí velmi evropsky, zejména jeho centrální část. Ne nadarmo se mu pro velké množství secesní architektury říká „Paříž Jižní Ameriky“. Dva volné dny jsem využil k návštěvě největších vodopádů Jižní Ameriky Iguazú na hranicích Argentiny, Brazílie a Paraguay. Vodopády byly bohužel téměř vyschlé, protékalo přes ně pouze 10 - 15 % obvyklého množství vody. Podobná situace nastala naposledy v roce 1979. Útěchou může být, že čtrnáct dní před mou návštěvou neprotékala přes vodopády voda žádná. O zážitky se mohu podělit alespoň prostřednictvím fotografií.

Foto v textu: MUDr. Martin Kloub

IV. národní kongres Společnosti pro sportovní traumatologii a artroskopii potvrdil kvalitu českobudějovické nemocnice **MUDr. Pavel Sadovský**

Místo každoročního kongresu se střídá mezi Českou republikou a Slovenskem. Letos přišla na řadu Praha. 8. – 9. září jsme se jednání zúčastnili z ortopedického oddělení čtyři. Nosnými tématy byla v pátek chirurgie chondrálních defektů, možnosti transplantace chrupavek, chondrografting, artroskopie hlezna a subtalárních kloubů, dále artroskopická chirurgie lézí menisků a zkřížených vazů.

V sobotu bylo těžištěm přednášek rameno – stabilizace ramenního kloubu a léze rotátorové manžety.

Naše ortopedické oddělení jsme prezentovali společně s MUDr. D. Musilem čtyřmi přednáškami (Reoperace PZV kadaverozním BTB štěpem, Artroskopické řešení ruptur rotátorové manžety, SLAP léze – SADS technika operace a přednáškou Artroskopická tenodeza šlachy bicepsu).

V sesterské sekci vystoupily se svými sděleními Řešení defektů chrupavek přenosem chondrograftu a Artroskopie ramene z pohledu instrumentářky na operačním sále zdravotní sestry Soňa Brejšková a Miroslava Chamrová.

Úroveň všech přednášek byla vynikající. Proto jsme rádi, že byly kladně hodnoceny také naše přednášky. Výsledky ortopedického oddělení, které jsme jejich prostřednictvím prezentovali odbornému fóru, řadí Nemocnici České Budějovice, a. s. mezi přední pracoviště v republice.

Pracovní dny chirurgie lební base

MUDr. Jiří Fiedler

Ve dnech 14. - 16. 9. jsme se s prim.V. Chloubou zúčastnili v Hradci Králové 11. Pracovních dnů chirurgie lební base. Prezentovali jsme zde přednášku na téma „Esthesioneuroblastom komplikovaný syndromem nepřiměřené sekrece ADH“, která byla dobře přijata. Tento nádor je extrémně vzácný. Od jeho popsání v roce 1923, bylo ve světové zdravotnické literatuře uvedeno málo přes 1000 pacientů s touto nemocí. Roku 2004 jsme měli možnost léčit dva pacienty s tímto nádorem. Oba dobře přežívají. Pouze u devíti pacientů na světě bylo popsáno prezentování tumoru těžkou hyponatremií v rámci SIADH.

Baze lební je interdisciplinární obor. Kromě neurochirurgického oddělení dva zmíněné českobudějovické pacienty léčili také: dr. Svoboda a dr. Sýkora ORL, dr. Rychlík ONO, dr. Burda ARO.

Kongres maxillofaciální chirurgie v Barceloně

MUDr. Pavel Střihavka



V termínu 12.- 15. září jsem se zúčastnil v Barceloně XVIII. kongresu, který pořádala European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery.

Již v pondělí pořádala AO Group předkongresové sympozium, věnované problematice ošetření zlomenin bezzubé dolní čelisti. Tříštivá nebo ztrátová poranění atrofické dolní čelisti jsou obtížně řešitelné úrazy, protože stabilizace a fixace tenkých fragmentů musí být rigidní vzhledem k působení antagonistických svalových skupin.

MUDr. Pavel Střihavka ve stánku fy Synthes, na jejíž pozvání jel do Barcelony.

Samotný kongres se hlavně zabýval traumatologií, onkologií, rekonstrukční chirurgií, implantologií, onemocněním temporomandibulárního kloubu, záněty v orofaciální krajině a překvapivě - problematikou zubů moudrosti. Odborná sdělení k těmto tématům, přednesená v hlavním jednacím sále, představovala uznávaný standard diagnostiky a léčby. Souběžně k těmto tématům byly prezentovány novinky nebo alternativy k těmto standardům. Níže předkládám abstrakta příspěvků, které mě nejvíce zaujaly:

Ošetření zlomenin stěn očníce

Nejproblematičtější je ošetření zlomenin v oblasti blízko hrotu očnice vzhledem k důležitým anatomickým strukturám (fissura orbitalis superior a inferior a optický kanál). Repozice i rekonstrukce v této krajině je velmi obtížná, zatížená značným rizikem poškození nervové cévního obsahu. Korekce poúrazových deformit ve smyslu enoftalmu nebo hypoglobie je však ještě obtížnější, a proto by primární ošetření, včetně rekonstrukce stěn, mělo být co nejpečlivější. Na toto téma byla přednesena nádherná přednáška s názvem: „Ošetření zlomenin mediální stěny očnice z retrokarunkulárního přístupu za použití endoskopu“.

Rekonstrukce čelistí po onkochirurgických výkonech

Jednoznačně jsou preferovány vaskularizované kombinované štěpy z fibuly nebo lopaty kosti kyčelní, včetně případné implantace dentálních implantátů do těchto štěpů ještě před vlastním přenosem. Při rekonstrukci měkkých tkání je nejčastěji používán tzv. čínský lalok. Ožehavé téma, zda rekonstruovat ihned po resekci nádoru nebo až s časovým odstupem, bylo taktně vynecháno. Budoucnost je jistě v metodách tkáňového inženýrství, přes rizika vztahu kmenová buňka - nádorová buňka – růstové faktory.

Bisfosfonátová osteonekróza čelistí

Nový problém při použití bisfosfonátů, používaných k léčbě kostních nádorů či kostních metastáz. Tento typ nekrózy postihuje rovnoměrně obě čelisti, vzniká spontánně nebo jako komplikace zubního infektu či stomatologického ošetření. Léčba je dlouhodobá, kombinace ATB a chirurgie, s nadějí na úspěch pouze při vysazení tohoto preparátu. Jedinou prevencí je důsledná sanace chrupu před podáním bisfosfonátů a nutnost vyvarovat se stomatologického ošetření v průběhu podání bisfosfonátů.

Kontroverzní třetí molár (zub moudrosti)

Variabilita uspořádání kořenových hrotů zubu moudrosti a zejména jejich anatomická poloha vůči mandibulárnímu kanálu představuje značné riziko poškození při jeho chirurgickém vybavení. Dosud nebyla stanovena objektivní metoda, která by spolehlivě stanovila stupeň poškození mandibulárního nervu s projevy necitlivosti inervační oblasti. Údaje, získané od pacienta jsou pouze subjektivní a mohou být účelově zkresleny...

První transplantace obličeje

Francouzští kolegové prezentovali své poznatky z první transplantace obličeje. Upozorňovali zejména na psychickou stránku transplantace.

Rekonstrukce atrofických čelistí před inzercí dentálních implantátů

Existuje všeobecná shoda, týkající se vhodnosti autologních kostních štěpů. Kontroverzní bylo téma extra nebo intraorálního přístupu při inzerci kostních štěpů k dolní čelisti. Všechna sdělení na téma implantologie měla jedno společné: starší generace, pro kterou je ošetření dentálními implantáty cenově dostupné.

Organizačně byl kongres velmi dobře zvládnutý, přestože se ho zúčastnilo více než 800 účastníků z Evropy, Severní i Jižní Ameriky a Japonska. Bohatý doprovodný program jen podtrhoval pěknou atmosféru.



Vivat Barcelona

MUDr. Pavel Havránek

Na začátku letošního září se výjimečně spojila jednání světové a evropské kardiologické společnosti a přivedla do místa konání kongresu - Barcelony - obrovské množství kardiologů. Na ulicích a v kongresových sálech se pohybovalo 25 000 kolegů z celého světa s barevnou kongresovou taškou. Barcelona se i k tomuto davu chovala vlídně. Nálada na městských plážích byla letní, moře teplé, mraky na obloze jen nečetné, ve městě spousta hospůdek a hudby.

Kongres samotný nepřinesl žádné zjevení ve smyslu překvapivých výsledků studií. Trochu šokoval jen kanadský kardiolog Salim Yusuf, který dramaticky prezentoval poznatky o riziku, plynoucím z používání tzv. drug-eluting stents. Objevila se možnost, že kromě nebezpečí pozdní trombózy špatně endotelizovaného stentu přibývá i nekardiálních úmrtí, z nichž skoro polovina byly smrti na nádory nejrůznější lokalizace. Při diskusi o možné příčině se hovořilo o zhoršení imunity. To je ovšem problém invazivních kardiologů.

Hodně se hovořilo o nových možnostech, jak získat kmenové buňky pro reparaci myokardu. Podstatným problémem je jejich zdroj, proto možnost získání pluripotentních buněk od dospělého jedince, byť zatím v experimentu na zvířeti, vzbudila hodně pozornosti.

Podobně zajímavé jsou úvahy o nových možnostech, jak ovlivnit angioneogenezi.

Hlavním tématem kongresu byl ale vliv stárnutí na kardiovaskulární systém. Je to problém, který se nás na interně hodně týká. Zajímavé byly přednášky o nových pohledech na hodnocení funkce levé komory, některé z našich měření na echu budeme muset přehodnotit. Pro posouzení příčiny srdečního selhání u starých lidí je důležité správné hodnocení diastolické funkce komory, krystalizuje jasný a dostupný algoritmus vyšetření, s použitím Valsalvova manévru a TDI při komplexním echokardiografickém vyšetřování, který využíváme.

Diastolická dysfunkce je dosti častý problém, hlavně na interně, jednoduše se dá přiblížit fenotypickým obrazem – poněkud obézní starší dáma s výraznou dušností při námaze. Kromě diagnózy bychom rádi znali i správný léčebný postup, který měla prozkoumat studie PEP - CHF. Její výsledky ale přinesly trochu zklamání. Studovala použití ACE inhibitoru perindoprilu u pacientů starších než 70 let s chronickým srdečním selháním se zachovalou systolickou funkcí. Studie měla bohužel řadu metodických chyb a hypotéza, že perindopril osud nemocných zlepší, je stále otevřená. Příznivě byli ovlivněni aktivně léčení pacienti na konci prvního roku sledování.

Studie GIK – OASIS 6 podpořila naše zkušenosti s tím, že infúze glukózy s kaliem a inzulinem u akutní koronární příhody osud nemocných příznivě neovlivní.

Další prezentovanou prací s negativním výsledkem byla studie HOPE - 2. Zkoumala vliv vitamínů B6, B12 a kyseliny listové na kardiovaskulární příhody. Přestože hladina homocysteinu po této intervenci významně klesla, nedošlo k pozitivnímu ovlivnění morbidity a mortality. Loni ve Stockholmu uveřejněná studie NORVIT vyzněla stejně, praktický význam homocysteinové teorie v patogenezi komplikací aterosklerózy se tedy definitivně ztrácí.

Neurology jistě nepřekvapí vztah otevřeného foramen ovale a migrény. Překvapující byly ale i pro mě pokusy ovlivnit refrakterní bolesti hlavy invazivním zásahem. Studie MIST neprokázala možnost zázračného uzdravení těchto pacientů po uzávěru defektu, jejich potíže se ale evidentně zmírnily.

Úzký vztah neurologie a interny dokazovala studie PROACTIVE. Pioglitazon byl úspěšný u diabetiků v sekundární prevenci druhé mozkové příhody, metabolické zlepšení po tiazolidindionu nedokázalo ale zabránit první mozkové příhodě.

Studie RUTH prověřovala možnosti vlivu léčby raloxifenem, selektivním modulátorem estrogenových receptorů, na ischemickou chorobu srdeční. Známe jeho příznivý vliv na fraktury obratlů postmenopauzálních žen, víme o nižší incidenci invazivního karcinomu prsu při jeho užívání. Výskyt koronárních příhod bohužel neovlivnil, dopadl stejně negativně, jako dříve zkoumaná HRT. I terapie raloxifenem může být sdružena s vyšším výskytem žilní trombózy a fatálních cévních mozkových příhod.

Zato studie SPARCL dokázala, že vysoké dávky atorvastatinu (80mg) dokáží snížit riziko fatální a nefatální další mozkové příhody u pacientů po ictu či TIA.

Velmi zajímavá byla speciální sympózia, zaměřená na praktické řešení problémů s komplikovanými nemocnými, například s diagnózou hypertenze a chronické fibrilace síní.

Konečně, i na tomto kongresu zazněly práce, dokumentující příznivý vliv hořké čokolády, mírné konzumace vína a ořechů. Stárnoucí Evropě tedy stále zbývají nějaké radosti, k těm největším ale patří Barcelona sama.

6. Mezinárodní kongres evropské společnosti pro ortopedii nohy MUDr. Libor Filip



13. - 16. 9. 2006 se prim. Jiří Stehlík a Libor Filip zúčastnili kongresu Evropské společnosti pro ortopedii nohy EFAS, který se koná každé dva roky. Letos vybrali organizátoři za místo konání Prahu. Bylo to poprvé, co se kongres tohoto rozsahu (400 účastníků) a zaměření konal v postkomunistické zemi. Nemalou měrou se na této volbě jistě podílela skutečnost, že v Čechách vznikla první a největší Společnost chirurgie nohy ve východní části Evropy a že tato naše sekce pomáhala s organizací akce v Kongresovém centru.

Aktivní účast přijali všichni významní evropští chirurgové - ortopedi zabývající se chirurgií nohy. Dostatek prostoru byl věnován jak chirurgii přední části nohy a statickým deformitám, tak operativě zadní části nohy, úrazové i pouřazové operativě a endoprotetice hlezna a nohy.



Během kongresu předal předseda Sekce chirurgie nohy České republiky Jiří Stehlík čestné předsednictví sekce prof. Heino Kústerovi - prezidentovi Evropské společnosti pro ortopedii nohy (na fotografii) a čestné členství dr. Manfredovi Thomasovi, kteří přispěli svou podporou k založení naší sekce. Oba si tohoto ocenění velmi považují. Naši práci vyzdvihli jako nejrychleji rostoucí a nejaktivnější Společnost pro chirurgii nohy ve východní části Evropy. Na schůzi Evropské společnosti pro ortopedii nohy byl uveden do

funkce nový prezident - prof. Winson z Velké Británie.

Podprácheňské psychiatrické dny letos v Třeboni

MUDr. Jan Tuček

Podprácheňské psychiatrické dny se letos konaly 27. – 28. října v Třeboni. Jejich náplní byly přednášky na nejrůznější témata z oboru. Pro konferenci jsem připravil příspěvek rTMS a deprese, který byl shrnutím současné literatury v léčbě deprese touto novou metodou. Přítomné posluchače tento příspěvek velmi zaujal.

3. Kongres nemocí z povolání v Luhačovicích

MUDr. Aleš Hejlek

Na kongresu 3. - 4. 11. byl pátek dopoledne věnován obecným přednáškám klinického pracovního lékařství, zejména vyhodnocení statistik nemocí z povolání v České republice a trendům. Zajímavá byla očekávaná opatření vyplývající z těchto výsledků. Měli jsme možnost vyslechnout obdobné sdělení i od kolegů ze Slovenska, kde je v současné době sporně postavena legislativa pro kliniky pracovního lékařství. Problematická je pro ně volná položka v Seznamu nemocí z povolání, kam jsou zahrnovány různé diagnózy. První odpolední sekce se týkala profesionálních onemocnění dýchacích cest a alergóz. Při této příležitosti jsem přednesl ve spolupráci s Janou Vadkertiovou (ZSF JU Č. Budějovice) příspěvek „Proč jsou statistiky o profesionálních alergických onemocněních dýchacích cest v ČR vlastně „nepravdivé““ ? Druhá sekce se zabývala různými oblastmi profesionálních chorob.

Po dobrých zkušenostech z minulého kongresu byla také letos součástí jednání sekce sester klinických pracovišť pracovního lékařství, resp. nemocí z povolání. Protože to byla nejnavštěvenější sekce, jsem rád, že jsem zde mohl vystoupit se sdělením „Závodní preventivní péče- zdravotně sociální problematika malého a středního podniku“. Také na této práci se podílela ZSF JU, jmenovitě Lada Haplová.

V sobotu se účastníci kongresu věnovali tématu profesionálních intoxikací.

Českobudějovičtí ortopedi přednášeli v Brně

MUDr. Pavel Sadovský

Ve dnech 9. - 10. listopadu jsme se s dr. D. Musilem zúčastnili celostátního kongresu s mezinárodní účastí CMCIE (Czech and Moravian Club of Invasive Endoscopy), který pořádala Úrazová nemocnice Brno. Našich pět přednášek se zaměřilo na následující témata: Artroskopie kyčelního kloubu, Artroskopická stabilizace pately (spoluautor dr. L. Nevšímal), Intraartikulární analgetická směs po rekonstrukci LCA, Artroskopická rekonstrukce rotátorové manžety a Parciální léze rot. manžety.

Ve dvou blocích jsme střídavě kongresu předsedali a moderovali přímý přenos demonstrační operace ze sálu.

Současný trend je jednoznačně v miniinvazivních operačních přístupech: řada poranění a postižení kloubů je řešena artroskopicky. Naše ortopedické oddělení patří jednoznačně k předním pracovištím v republice, kde jsme schopni zvládat artroskopickou problematiku řešení postižení kloubů v celé šíři a spektru.

Jedinou skvrnou na velmi dobře zorganizovaném kongresu s kvalitními přednáškami byla technická úroveň přenosu „live surgery“. Potvrdilo se, že přímý přenos operace je pro publikum velmi atraktivní, avšak vyžaduje od organizátorů i operatérů důkladnou přípravu. O to víc si ceníme, že přenosy operací, pořádané v minulosti ortopedickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a. s., jsou odbornou veřejností zmiňovány kladně, přičemž nastavily pro pořádání obdobných konferencí vysokou laťku.

OSOBNOST

LOVEC MIKROBŮ MUDR. OLDŘICH HAUSNER

S posledním dnem letošního roku skončí panu doktoru Hausnerovi pracovní poměr s českobudějovickou nemocnicí. A to po padesáti letech!!! Je proto čas k bilancování...



Pane doktore, jak Vás osud zavál z rodného Kladna na jih Čech?

Odpověď je jednoduchá – promoval jsem v roce 1956 a dostal jsem sem se svou budoucí ženou, také lékařkou, umístěnku. Takže mě tu kromě práce čekaly „manželské okovy“.

Vy jste byl absolventem Lékařské fakulty hygienické. Nelákalo Vás být slavným chirurgem?

To víte, že jsem chtěl jako každý mužský nejdříve dělat velkou medicínu. Jenže během studia jsem byl proti své vůli přeřazen na Lékařskou fakultu hygienickou, jakoby „za odměnu“, za dobré studijní výsledky. Napřed slibovali ráj na zemi nebo alespoň Tatraplán, nakonec bylo vše jinak a kdo mohl, tak z té fakulty odešel. Po nástupu na Krajskou hygienickou stanici jsem byl přidělen na mikrobiologické oddělení, které tehdy pracovalo společně s Hygienicko - epidemiologickým oddělením ve Vojenské nemocnici. Nikdy jsem potom tohoto náhodného nasměrování nelitoval. Jeho problematika úzce navazuje i na infekční lékařství a epidemiologii. Tyto obory se mi zdály být neobyčejně efektivní: rychlá nákaza – rychlé uzdravení... Přímý styk s pacienty mně zas až tak nechyběl, vyměnil jsem ho za fenol v laboratoři.

Když se vrátíme do padesátých let a představíme si Studenou válku, pak je otázka, jestli byla výhoda být mikrobiologem právě ve Vojenské nemocnici?

Dostal jsem se tehdy do týmu MUDr. Vlad. Potužníka. Byl obrovská kapacita. On vlastně vybudoval v jižních Čechách moderní mikrobiologii. Nesmírně chytrý a také schopný sehnat zahraniční literaturu, což v té době bylo obdivuhodné. Díky svým konexím zařídil laboratoře moderními přístroji a vybavením. Protože tehdy panovaly velké obavy z biologické války, tak se na mikrobiologii dbalo a byla považována za vojensky strategický obor. Představa doktora a později profesora Potužníka byla spojit laboratoře s klinickou praxí a proto prosazoval stavbu samostatného objektu Krajské hygienické stanice. Když se konečně v šedesátých letech tento komplex otevíral, byla zdejší KHS jednou z nejlepších svého druhu v celé republice.

Dnes jsme si zvykli v rámci mikrobiologie na úzké specializace, ale před padesáti lety, to musela být doba vsutku pionýrská...

Samozřejmě docházelo k vydělování nových oborů. Vznikala virologie, ze sérologie se zrodila imunologie, své místo našla parazitologie a samostatná bakteriologie, která se stala mým oborem.

Tehdy, po druhé světové válce, se úžasně rozvíjela bakteriologická diagnostika. S tím souvisel rozvoj taxonomie a nomenklatury bakterií. Tehdy se totiž ještě objevovaly masové epidemie. My bakteriologové jsme se podle sovětské koncepce, kdy byla epidemiologie spojená právě s bakteriologií, dostali k ohromným počtům vyšetření. Ať už to byl tyfus, paratyfus nebo úplavice.

Vytvořili jsme si vlastní postupy za použití nikoli zkumavek, ale izolační půdy na miskách. Na rozdíl ode dneška, kdy je diagnostika založená na molekulární biologii, my jsme čekali 24 hodin, nežli bakterie narostly. Ale už tehdy jsme na miskách uměli odečíst řadu hodnot. Naši českobudějovickou specialitou bylo určování bakterií podle jejich pachu, přičemž se tak daly určovat i nové druhy.

Vy jste asi jeden z mála lékařů českobudějovické nemocnice, ne-li jediný, kdo se může pochlubit objevem organismu, byť mikro?

Dokonce se měl jmenovat *Bakteria hausneri*, ale to jsem nechtěl. Takže se jmenuje na počest místa objevu – *Budvicia aquatica*. Identifikovat nový bakteriální rod se povedlo v rámci výzkumného týmu Státního zdravotního ústavu Praha, jehož jsem byl členem. Před třiceti lety se provádělo vyšetřování vod ve venkovském prostředí a identifikovaly se i bakterie, které nepůsobí střevní potíže. Tehdy, v 80. letech, jsme tak objevili *Budvicia aquatica*. Dokonce jsme pak za ni dostali ocenění Federálního úřadu pro vynálezy.

Vy jste v mikrobiologii pracoval tak dlouho, že máte potřebný nadhled pro srovnání: která éra by měla být pro vědce tou pravou.

V současnosti vidím určité nebezpečí v superspecializaci. Při práci v malých laboratořích pak vyvstává otázka dostatečně širokého přehledu mikrobiologa, aby mohl být partnerem pro lékaře z co největšího počtu odborností. Osobně jsem viděl cíl v komplexní mikrobiologii. Snažil jsem se v tomto duchu také vychovávat mladší kolegy, kteří jsou roztroušeni po celých jižních Čechách. Asi jsem na ně byl někdy tvrdý, jenže jsem přesvědčen, že když člověk něco dělá, tak to má dělat se zanícením a s náležitou časovou investicí.

Komplexní mikrobiologie bude získávat stále větší význam. Ti, kdo s ní budou pracovat, se určitě nebudou nudit a to bych jim přál.

Dnes nastupuje molekulární mikrobiologie. Přinese mnoho změn a ta řeka jde čím dále tím rychleji. Je otázka, zda tato nová disciplína bude pod tlakem techniky disciplínou také krásnou. My jsme žili v investigativní laboratoři. Denně jsme tam přicházeli s tím, že najdeme něco zajímavého a často se nám to také podařilo.

Post skriptum: Na co se pan doktor Oldřich Hausner nejvíce těší v důchodu? Na túry a knížky, zvláště ty od Karla Čapka.

KNÍŽNÍ NOVINKY



Název:	Kazuistiky z molekulární genetiky
Autor:	Jan Lébl, Milan Macek, jr., hlavní autoři a pořadatelé
Vydavatel:	Galén, 2006
ISBN:	8072624180
Signatura:	K 10635

Obsáhlý soubor 70 kazuistik dětských pacientů s monogenními onemocněními, na němž se podílel více než stočlenný autorský kolektiv odborníků z České republiky i ze zahraničí, obsahuje ty nejzajímavější případy z jejich odborné praxe.



Název:	Dětská nefrologie
Autor:	Jan Janda et al.
Vydavatel:	Galén, 2006
ISBN:	8072623788
Signatura:	K 10632

Monografie prezentuje vybraná aktuální témata z diagnostiky nefrologických onemocnění a významné nozologické jednotky, které jsou důležité pro praktické pediatriy aktivní v primární péči i pro pediatriy pracující na lůžkových odděleních.



Název:	Štítná žláza
Autor:	Zdeňka Límanová, pořadatelka
Vydavatel:	Galén, 2006
ISBN:	8072624008
Signatura:	K 10637

Druhý svazek edice Trendy soudobé endokrinologie je věnován problematice štítné žlázy. Autorský kolektiv odborníků několika klinických pracovišť zpracoval dané téma od diagnostiky, přes popis jednotlivých onemocnění štítné žlázy, až po terapii a genetiku.

UTAJENÁ PROFESE

TECHNIK ERGOTERAPEUTICKÉ DÍLNY



Pan Miroslav Pelikán (55) má své malé království. Na hlavě sice nenosí korunu a místo žezla drží dláto nebo kličku od soustruhu, ale v dílně rehabilitačního oddělení nemocnice vládne s úsměvem dámám i pánům, kteří důvěřují ergoterapii – tedy léčbě prací. Protože je více nežli třicet let na vozíčku, sám dobře ví, jak je důležité nesesedět zoufale s rukama v klíně, ale něco vytvářet. Třeba to ze začátku moc nejde. Ale od toho je tady dvakrát v týdnu on, aby pomohl.

Pane Pelikáne, co máte ve zdejší dílně přesně na starosti?

Cokoliv, co je třeba. Většina pacientů, kteří sem přijdou, tak si tu poprvé mohou zkusit udělat keramický hrneček nebo vysoustružit něco ze dřeva. Já se jim snažím pomoci s technickou stránkou věci a samozřejmě také všechny nástroje opravuji, seřizuji, někdy opravím nějaký vozík a podobně.

Koneckonců, vždyť jste vyučený nástrojář, že...

To je pravda, ale já jsem se svým řemeslem živil velmi krátce, od vyučení do vojny. Pak jsem nastoupil k tankistům, kde jsme, jak říkám, „útočili v dešti slepých střel.“ To byla ještě legrace. Jenže pak jsme převáželi tanky z Kroměříže do Domažlic a v Plzni jsem se na dráze dostal příliš blízko transformátoru, kde bylo ještě silné magnetické pole. Výsledkem byly popáleniny třetího a čtvrtého stupně na osmdesáti pěti procentech těla. V porovnání s tímto zraněním fakt, že jsem při nehodě přišel o část nohy a ruky, byl druhořadý. Určitě jsem jeden z mála lidí, kteří něco takového přežili. S nadsázkou říkám, že dnes už paní profesorka Radvana Königová si na mně tehdy jako mladá lékařka udělala jméno. Takže z vojny jsem šel rovnou do invalidního důchodu. Dnes se žívím výrobou etiket, například pro potravinářské firmy.

Jak jste se tedy dostal k práci v českobudějovické nemocnici?

Já tomu snad ani nemohu říkat práce. Já se sem chodím psychicky „oklepat“. Ono se řekne etikety, ale dnes, když se stále mění normy, výrobky, obaly, tak je to často o nervy. Tady mě to baví. Ale k vaší otázce: před několika lety byla paní primářka Wiererová v Praze v obdobné dílně, jakou máme dnes tady a setkala se tam s mým kamarádem, který je také na vozíčku. Protože se jí ten systém líbil, tak ho požádala o jméno někoho z Budějovic a to jsem byl právě já. Každý týden se tu vystřídá kolem deseti lidí. Je to tak akorát, protože někdo je od přírody tak nešikovný, že je lepší, když sem nejde a najde si jiné uplatnění. Pro někoho je udělat kouli nadlidský výkon a jiný zase má talent od pánaboha.

Vy prý se sám věnujete dřevorezbě?

No jo, dělal jsem třeba Pannu Marii s dítětem do římovského kostela. Zručnost mám asi po tatínkovi. On byl totiž cukrář a dělával například marcipánové figurky a v Norimberku dokonce různé složité perníky. Nakonec jsme spolu začali dělat betlém, ale každý jsme měli svou představu, tak jsem se nakonec začal řezbařině věnovat sám.

Pokud vím, tak to není jediný váš koníček.

Ještě nežli se mi stal úraz, tak jsem hodně sportoval, hlavně mě bavila gymnastika. Teď se věnuji závodně sportovnímu rybářství. Abych byl přesný, tak „plavané rybařině.“

???

To je, když chytáte ryby na splávek. Existuje tam spousta figlů. Půl úspěchu je přesné měření

hloubky vody a druhou půlku dělá správné krmení. Pro obyčejného rybáře je nepředstavitelné, že používáme také čtrnáctimetrové udice a návnadu pro ryby chystáme doslova podle jejich národních žaludků. Například v Itálii chytíte rybu jen na italské krmení, francouzským rybám je to zase jedno. Nebo že v Anglii se kvůli ochraně životního prostředí nesmí používat olůvko z opravdového olova.

Chytá se na čas tří hodin a cílem je ulovit co nejvíce ryb na váhu, takže na Labi lovíme běžně ke třiceti kilogramům.

To snad nemůžete vůbec sníst!

Ty ryby samozřejmě zase pouštíme zpátky do vody. Necháváme si jen ta ocenění. Mě těší, že jsem vloni získal druhé místo na mistrovství světa v plavané rybařině a to jak v jednotlivcích, tak i ve družstvech. Druhé místo jsem si před dvěma lety přivezl také v mužstvech z Itálie, kde má tento sport obrovskou tradici. Na ta ostatní vítězství bych si musel vzpomenout.

Trvá to asi hodně dlouho, nežli se člověk po takové ráně osudu, jakou jste zažil Vy, propracuje k radosti ze života...

Samosebou, že to není snadné. Když jsem se ocitl v Kladrubech, tak jsem také dělal, jako všichni noví vozíčkáři, „kraviny“. Dokonce jsme tak řádili, že pár nás sestěhovali na poněkud nepřístupné patro, abychom ostatním nekazili morálku. Po čase se smíříte s tím, že někam nemůžete. Horší už je to s pohledy lidí. Nakonec přijdete na chuť černému humoru „Kdo dostane vozík, už z něho nikdy nechce slézt.“

S panem Miroslavem Pelikánem by se člověk bavil rád ještě déle. Jenže přišla sestřička s avízem, že se do dílny chystají dvě skupiny pacientů. Stačili jsme si už jenom říci, že by nebylo vůbec od věci mít mezi firmami sponzory - dodavatele potřebného materiálu. Odcházela jsem s přesvědčením, jak je prima, když pan Pelikán učí lidi po nemoci ovládat dřevo a hlinu. Ale že je pro léčení možná ještě podstatnější jeho přístup k životu s odkrytým hledím.

Rozhovor a foto připravila PhDr. Marie Šotolová

ODBORY

Základní organizace Odborového svazu zdravotníků a sociální péče

Mgr. Lubomír Franci

V září byly rozděleny prostředky základní organizace na půjčky pro naše členy. Přednost měly opět půjčky na bydlení (koupě bytu, rekonstrukce apod.)

I přes počáteční komplikace se podařilo zajistit provoz Letního dětského tábora Slavkov ve stejném rozsahu jako v minulých letech. Ohlasy na průběh všech čtyř běhů byly kladné. Už nyní jednáme o zajištění provozu dětského tábora pro další roky.

Období posledních několika měsíců se vyznačovalo hlavně očekáváním, jak dopadne legislativní situace. Na základě rozhodnutí Ústavního soudu nebude povinností nemocnic přetransformovat se na neziskové nemocnice, proto se v postavení a odměňování našich zaměstnanců nic nezmění.

V současnosti čeká odborovou organizaci mnoho úkolů v souvislosti se schválenými zákony, především se Zákoníkem práce, který bude s největší pravděpodobností platit od 1. 1. 2007. Bude proto nutné jednat s vedením Nemocnice České Budějovice a. s. o způsobu jeho uvedení do praxe tak, aby nedošlo jak k poškození práv zaměstnanců, tak ani ke snižování jejich příjmů.

Dále budeme s vedením nemocnice jednat o novém mzdovém předpisu, protože ten stávající končí k 31. 1. 2007. Samozřejmě, že chceme dosáhnout co nejlepších podmínek pro zaměstnance.

Závěrem chci opakovaně zdůraznit, že pozice odborů při vyjednávání je tak silná, kolik má členů.

Další informace o činnosti ZO OSZSP získáte na Intranetu Nemocnice České Budějovice, a.s. pod hlavičkou ZO OSZSP.

KONGRESY A SEMINÁŘE

XIII. JIHOČESKÉ ONKOLOGICKÉ DNY V ČESKÉM KRUMLOVĚ

Historicky největší Jihočeské onkologické dny se letos konaly 19. – 21. října v prosluněném Českém Krumlově.



Neklamným znamením úspěchu je zájem farmaceutických firem o prezentaci svých výrobků. Letos se jejich počet dostal na číslo dvacet sedm. Novinkou se proto stal obří výstavní stan, spojený s Jízdárnou českokrumlovského zámku.

Zájem o kongres byl enormní také ze strany lékařů. Ve chvíli, kdy počet přihlášených dosáhl čtyř set, museli organizátoři z kapacitních důvodů už další odmítat.



Atmosféra kongresu byla přívětivá, dobře se zde cítili při zahájení jak hejtman Jihočeského kraje RNDr. Jan Zahradník, tak zástupce generálního ředitele nemocnice MUDr. Jaroslav Novák, MBA.



Z našich lékařů přednášeli nebo měli postery dr. I. Bustová, dr. M. Dolečková, Ph. D., dr. M. Chromý, dr. P. Rychlík, dr. H. Šiffnerová (na fotografii) a dr. H. Štěpánková.

Tučným soustem se stal rovněž sborník prací, který proti loňským osmdesáti stranám narostl o polovinu. Vůbec poprvé je zavěšen v plném znění na intranetu. V papírové podobě si ho každý může zapůjčit v Lékařské knihovně, ale i v Jihočeské vědecké knihovně nebo v Klementinu.

Foto: Jan Králík

Text: Šot

STRÍPKY Z XIII. JIHOČESKÝCH ONKOLOGICKÝCH DNŮ.

MUDr. Hana Šiffnerová

Nádory prsu jsou nejčastější malignitou u žen. Jejich incidence se každoročně zvyšuje, ale úmrtnost se již začíná snižovat. V roce 2003 bylo v České republice nahlášeno 5 784 nových pacientek oproti roku 1989, kdy bylo nahlášeno 3 552 nemocných. Jde o vzestup o 62, 8 % s průměrným ročním nárůstem 4, 5 %. Podstatně se zvýšil záchyt karcinomu v časných stádiích a možná proto je statistika úmrtnosti příznivější.

Konference, semináře nebo diskuze ke karcinomu prsu probíhají každoročně v mnoha státech, městech i místech, ale jde o problematiku, která se týká velké skupiny pacientek, je stále aktuální a plná kontroverzí.

V letošním roce se rozhodlo také onkologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. věnovat XIII. Jihočeské onkologické dny diagnostice a léčbě nádorů prsu. Vracíme se k diagnóze, kterou jsme Jihočeské onkologické dny zahajovali v říjnu 1994. Protože jde o velké téma, zúžili jsme rozsah a přednášky byly ve vlastním odborném programu zaměřeny pouze na „Diagnostiku a léčbu časného a lokálně pokročilého karcinomu prsu“. Nezabývali jsme se léčbou generalizovaných onemocnění, která byla v předvečer kongresu 19.10.2006 probírána na řadě satelitních sympozií.

Vzhledem k tomu, že se XIII. Jihočeských onkologických dnů zúčastnilo téměř 400 účastníků z řad patologů, radiodiagnostiků, chirurgů, gynekologů, radioterapeutů a onkologů, byla každá léčebná metoda uvedena základní edukační přednáškou, které se ujali přední čeští odborníci na dané téma.

Diagnostika: Standardním vyšetřením je mamografie, která je vhodná pro screening, vyšetřování žen nad 40 let a k detekci mikrokalcifikací. Dále ultrazvuk, který doplňuje mamografii nebo kterým lze primárně vyšetřit mladé ženy do 30 let, kojící a těhotné. Méně obvyklou metodou je magnetická rezonance, která je oproti mamografii více senzitivní, ale

méně specifická a nehodí se pro diferenciální diagnostiku mikrokalcifikací nebo odlišení zánětu od zánětlivého karcinomu. Podobně nízkou senzitivitu má i FDG - PET vyšetření, které je spíše užitečné pro průkaz recidivy při dynamicky rostoucích markerech.

Mammární screening: Dle vyhlášky MZ ČR č. 372/2002 Sb. má každá žena od 45 do 69 let nárok jednou za dva roky na mamografické vyšetření prsů zdarma. V ČR je dostupná síť screeningových center, která jsou na vysoké profesní úrovni. Doporučení k vyšetření mohou vystavit jak praktičtí lékaři, tak gynekologové. Přesto využije možnost screeningu jen třetina žen. Přitom právě včasné odhalení nádoru je zásadní pro úspěšnou léčbu, mohlo by ušetřit životy i finance.

Operační léčba časného karcinomu prsu: Snahou současných chirurgických postupů je zmenšovat rozsah výkonů tak, aby došlo k co nejmenšímu poškození nemocné a byl možný co nejdokonalejší staging. Jsou preferovány konzervativní výkony, které s následným ozářením jsou považovány ve většině případů za standard, s výjimkou multicentrických nádorů. Sentinelová biopsie se postupně stává uznávaným postupem k diagnostice postižení regionálních uzlin. Při prokázaném postižení uzlin nebo při nemožnosti nalézt sentinelovou uzlinu je indikována disekce I. a II. etáže axilly.

Operační léčba lokálně pokročilého karcinomu prsu: Jde o problematiku operací prsu po předchozí systémové léčbě. Neoadjuvantní systémová léčba umožňuje řadě pacientek provést prs zachovnou operaci, ale neovlivňuje bezpříznakové ani celkové přežití. Bylo konstatováno, že neoadjuvantní terapie znesnadňuje dosažení zdravých okrajů po konzervativním výkonu. Problematické je i hodnocení regionálních uzlin. Primární klinické vyšetření axilárních uzlin dosahuje senzitivity kolem 50 %, sonografické se pohybuje mezi 60 až 70 %. Po neoadjuvantní léčbě jsou až u 50 % klinicky i sonograficky negativních uzlin následně histologicky prokázány maligní buňky.

Na rozdíl od chirurgické léčby časných nádorů prsu není u pokročilých onemocnění po předchozí chemoterapii doporučováno hodnotit stav axilárních uzlin na základě vyšetření sentinelové uzliny, ale je třeba vždy provést disekci axily.

Zevní radioterapie: Byl představen léčebný protokol Masarykova onkologického ústavu pro radioterapii u karcinomu prsu, který je publikován ve Sborníku přednášek z XIII. JOD, 2006, strana 35-38, ISBN 80-239-7483-1.

Adjuvantní radioterapie po konzervativním výkonu zahrnuje ozáření celého prsu standardní frakciovací 5x2 Gy/týden do 46 - 50 Gy a cílené dozáření lůžka tumoru 10 - 16 Gy zejména dle velikosti negativních okrajů. Za bezpečné resekcí okraje je považována vzdálenost více než 5 mm.

Pokud je provedena disekce axilly I. a II. etáže s minimálně 10 vyšetřenými uzlinami není indikována radioterapie axilly ani v případě extrakapsulárního šíření nebo při postižení více než 4 pozitivních uzlin.

Lokálně pokročilé nádory po předchozí adjuvantní chemoterapii se po operaci indikují k radioterapii dle předléčebné TNM klasifikace.

Důležitá je optimalizace ozařování, kde vedle snahy o snížení výskytu lokální recidivy je třeba chránit kritické orgány, a to zejména myokard a plíce. Dávka na tyto orgány by neměla překročit 30 Gy. Spolu s omezením dávky je důležité i zmenšení ozařovaného objemu, např. u myokardu pod 30 cm² a u plicního parenchymu pod 200 cm².

Intersticiální brachyradioterapie: Jde o metodu užívanou k dosycení dávky ze zevního ozáření u žen, které mají objemnější prsy a tumor v hloubce více než 3 cm. Aplikace není vhodná u tumoru v blízkosti žebíř. Další indikací jsou mikroskopicky pozitivní nebo neznámé okraje resekatu a extenzivní intraduktální komponenta (EIC).

Celková adjuvantní léčba časného karcinomu prsu: Systémově se řídí doporučeními, která byla publikována v Annals of Oncology v roce 2005 po posledním konsensu na konferenci v St. Gallenu.

Chemoterapie je pevnou součástí léčby u pre- i postmenopausálních žen s negativními hormonálními receptory. Standardní režimy zahrnují antracykliny, ale stále více jsou

používána novější cytostatika, zejména taxany pro ženy s rizikovými faktory.

U žen s hormonálně dependentními nádory prsu bez ohledu na věk je upřednostňována hormonální léčba, která je pacientkami lépe tolerována a má méně vedlejších účinků.

Biologická léčba je zastoupena transtuzumabem, který je účinný u pacientek s HER pozitivními tumory. Jedná se zhruba o třetinu ze všech nemocných žen. Do letošního roku byl transtuzumab schválen a aplikoval se hlavně u generalizovaného karcinomu prsu.

Podle výsledků rozsáhlých studií HERA, NSABP B-31, NCCTG 9831 a BCIRG 006 by měl být u HER-2 pozitivních nádorů s N+ nebo N- vysokého rizika použit také v adjuvantní léčbě. Optimální je v kombinaci s taxany a následně v monoterapii po dobu 12 měsíců.

Celková adjuvantní léčba lokálně pokročilého karcinomu prsu: Neoadjuvantní chemoterapie má zlepšit operabilitu nádoru a umožnit více prs zachovávajících výkonů.

Po neoadjuvantní chemoterapii je získávána informace o odpovědi nádoru na léčbu a je větší šance na dlouhodobou kontrolu onemocnění. Základním režimem jsou kombinace s antracykliny, druhou účinnou skupinou jsou taxany. Oba režimy je možné podávat sekvenčně.

Nejvýznamnějším prognostickým faktorem u nemocných s neoadjuvantní chemoterapií je dosažení kompletní patologické odpovědi. Systémová léčba pokročilých nádorů prsu většinou zahrnuje aplikaci chemoterapie a hormonální léčbu.

Samotnou hormonální léčbu lze podat u hormonálně dependentních nádorů jako neoadjuvantní, když zvažujeme radikální operační výkon nebo jako paliativní. Neoadjuvantní hormonální léčba je zvažována pouze tam, kde je kontraindikace k chemoterapii. S výhodou ji lze doporučit i u pacientek nad 70 let, kde samotná hormonální léčba prokázala vysoké procento odpovědí a umožnila prs zachovný zákrok.

Chemoprevence: Významným rizikovým faktorem vzniku nádoru prsu je postmenopauzální obezita, zatímco nízkokarbohydrátová dieta a pravidelná fyzická aktivita riziko významně snižuje. Prevence pomocí medikamentózní léčby typu tamoxifenu, raloxifenu či inhibitorů aromatáz není vhodná mimo klinické studie.

Karcinom prsu v souvislosti s těhotenstvím nebo během laktace: Při této koincidenci je nutná přísná individualizace léčby, která by měla být koncentrována do center s perinatologickým zázemím. Ukončení těhotenství nemění prognózu, která je po adjustaci podle stadia stejná jako u ostatních pacientek. Vhodnější je radikální modifikovaná mastektomie, radioterapie se nedoporučuje. V II. a III. trimestru lze použít chemoterapii např. doxorubicin, epirubicin, cyklofosamid. Kojení je kontraindikováno. Doporučený interval otěhotnění po léčbě pro karcinom prsu jsou 2 roky.

Genetické testování: Může být zvýšena pravděpodobnost časného záchytu nádoru prsu u žen, kde výše rizika vzniku onemocnění mnohonásobně převyšuje populační riziko a kde je velká pravděpodobnost onemocnění v mládí. Jde zejména o mnohonásobný výskyt nádorů prsu nebo vaječníku v rodinné linii, bilaterální nádory stejných lokalizací ve věku pod 50 let nebo - v případě unilaterálního nádoru - o vznik do věku 40 let. Dále o duplicitní nádor prsu a ovaria a výskyt nádoru prsu u muže, oba případy bez ohledu na věk. Je doporučována spolupráce s genetickými pracovišti, která jsou schopna zajistit poradenství a testování v specializovaných laboratořích na území celé republiky.

Příští XIV. Jihočeské onkologické dny budou věnovány maligním lymfomům. Vedle vlastní náročné léčby se chceme věnovat i řešení nežádoucích účinků, které jsou často s agresivní terapií spojeny.



PROJEKT EVA 35 NA XIII. JOD **MUDr. Petra Tesařová, Onkologická klinika** **VFN a 1. LF UK**

Smyslem projektu EVA 35, který jsme představili účastníkům kongresu, je podchytit všechny mladé ženy do 35 let, které mají tu smůlu, že onemocní karcinomem prsu.

V tomto věku jde totiž o velmi vzácné onemocnění, postihující v celé České republice 80 -

100 patientek ročně. O co je nemoc vzácnější, o to je však nebezpečnější. Pro další osud patientek má nesmírný význam nejen včasná diagnóza onemocnění, ale i správný léčebný postup. Diagnóza nádoru je často komplikovaná záměnou nálezu na prsu za nějaké nezhoubné a pravděpodobnější onemocnění. Zároveň je třeba, aby pacientky měly stejné léčebné možnosti, ať se léčí ve velkých onkologických centrech nebo v malém městě.

Náš projekt slouží jednak k evidenci nemocných, jednak nabízí kterémukoliv českému pracovišti možnost speciálních vyšetření (genetika karcinomu prsu, minimální reziduální choroba apod.) a léčebné možnosti jinde nedostupné, například biologickou léčbu. Pacientka se léčí v místě bydliště, nemusí dojíždět do vzdáleného centra, opouštět rodinu, případně zaměstnání a má k dispozici všechny terapeutické možnosti, zvyšující její naději na definitivní uzdravení.

Do programu může svoji pacientku v kterékoliv fázi léčby zaevidovat její ošetřující lékař pomocí počítačového dotazníku, zařazení do programu může iniciovat i pacientka sama.

Předpokládáme, že soustředění zkušeností z léčby tak nebezpečné a vzácné diagnózy u mladých žen nám umožní zlepšit léčebné postupy.

Informace o projektu na letošních Jihočeských onkologických dnech proběhla formou pracovní snídaně. Měla dobrý ohlas a doufáme, že její rozšíření do povědomí lékařské, ale i laické veřejnosti prospěje všem budoucím pacientkám s karcinomem prsu do 35 let.

Více informací získáte na www.eva35.cz. Kontakt: info@eva35.cz.

VÝROČNÍ KONFERENCE ČESKÉ UROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI **MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.**

Po třinácti letech se opět Výroční konference České urologické společnosti vrátila do Českých Budějovic. Konference proběhla v kulturním centru Bazilika / IGY od 11. do 13. října 2006. Celkem se jí zúčastnilo 360 lékařů a 220 sester, kteří přednesli 57 sdělení a připravili 63 posterů. Konferenci provázela výstava více než 40 firem.

Dopoledne prvního dne bylo vyhrazeno redakční radě časopisu Česká urologie a výboru České urologické společnosti. Odpoledne pak již tradičně následovala jednání pediatrické, andrologické, urodynamické a onkologické sekce i sekce rezidentů. Dále pak mini sympóziu Onkologické sekce ČUS, které letos shrnulo novinky diagnostiky a terapie nádorů urogenitálního traktu. Následující satelitní sympozia firem Astellas, Pfizer, Astra Zeneca a Novartis se věnovala prezentaci výrobků těchto firem.

Večer celou akci zahájili prof. T. Hanuš - předseda výboru České urologické konference, MUDr. A. Petřík - prezident konference, MUDr. B. Šon a prim. MUDr. M. Fiala.

Ve čtvrtek 12. října začal odborný program dopoledním kurzem Evropské školy

urologie, jehož tématem byly laparoskopie a endourologie. Přednášky na téma laparoskopické radiální prostatektomie a resekce nádorů ledviny přednesli profesori Jens Rasswelier a Günther Janetschek, problematiku terapie urolitiázy shrnul Mr. Hugh Whitfield. Vystoupení byla doplněna kazistikami, připravenými doc. Babjukem, prof. T. Hanušem a dr. Petříkem. Čtvrteční program zahrnoval také videa, týkající se onemocnění horních a dolních cest močových spolu s přednáškami a postery se zaměřením na dětskou urologii, andrologii, terapii urolitiázy a infekce močových cest.

V podvečer se konalo satelitní sympozium Zentivy.

Ve čtvrtek večer byly v Gomelu vyhlášeny ceny České urologické společnosti za nejlepší odborné publikace urologů, vydané vloni.

Paralelně s lékařským programem se v Gomelu uskutečnila sesterská sekce s dvaceti sděleními jak z odborné tematiky, tak i s problémy, které musí sestry řešit.

Pátek patřil onkologické problematice, dětské urologii a urodynamické problematice. Během konference došlo také k setkání urologů na členské schůzi České urologické společnosti, kde se diskutovalo o korporátním členství České urologické společnosti v Evropské asociaci urologů. Souhlas s tímto členstvím posouvá ČR do jednotné urologické Evropy a přináší členům značné výhody.

Nemocnice České Budějovice, a.s. byla v odborném programu zastoupena aktivní účastí MUDr. Aleš Petříka v kurzu Evropské školy urologie a jeho přednáškou „Porovnání účinnosti extrakorporální litotrypse a ureteroskopie při primární terapii ureterolitiázy dolní třetiny ureteru“. Postery „Užití fluorescenční hybridizace in situ (FISH) v diagnostice nádorů močového měchýře“ prezentovali MUDr. A. Petřík a Mgr. O. Scheinost, MUDr. Ženíšek pak „Botulinum toxin v léčbě non neurogení a neurogení hyperaktivity měchýře“.

V sesterské sekci pak byla z naší nemocnice pětina přednášek, sdělení J. Bláhové a Mgr. M. Kyselové byla oceněna v první trojici nejlepších přednesených prací své sekce.

KONGRES K VÝROČÍ ORTOPEDICKÉHO ODDĚLENÍ

MUDr. Pavel Sadovský

Šedesátileté výročí od založení ortopedického oddělení v českobudějovické nemocnici jsme oslavili uspořádáním celostátního kongresu s mezinárodní účastí v BB centru Gerbera.. Kongres se věnoval septické ortopedii. Svou aktivní účastí přispěli k oslavě jubilea prof. Čech - nestor české ortopedie, docent Vavřík a docent Štulík - zástupci pražských ortopedických klinik, asistent Pilnáček a mnoho dalších významných osobností české ortopedie z klinik a ortopedických pracovišť. Bylo vzpomenuáno primáře MUDr. J. Procházky, který oddělení založil i jeho následovníků. Odborný program pak pokračoval při společenském večeru

OČEKÁVANÉ AKCE V 1. POLOLETÍ 2007

duben 2007 Den jihočeského Kardiocentra (Hluboká nad Vlt.)

12. – 13. 4. 2007 Shoulder – Rameno (České Budějovice)

17. – 18. 4. 2007 Traumavideosympóziium (České Budějovice)

19. – 20. 4. 2007 Jihočeské Timrovy dny (České Budějovice)

5. - 6. 4. 2007 Jihočeské ORL dny (České Budějovice)

17.- 18. 5. 2007	Celostátní sjezd ošetrovatelských profesí,pracujících v péči o novorozence (České Budějovice)
květen 2007	Regionální perinatologický seminář (areál nemocnice)
1.-2. 6. 2007	Konference neonatologů a praktických lékařů pro děti a dorost Jihočeského a Západočeského kraje (Srní)
16. 6. 2007	Dětský den neonatologie (areál nemocnice)

ESEJ

Vztah společnosti a zdravotníků

Lenka Klímová

Občan, společenské a sociologické jevy, vnímání a schopnost empatie. Náš každodenní život. Vztahy ve zdravotnictví jsou složité proto, že hlavním článkem je člověk, ocitající se v těžkém postavení obsahujícím bolest. S ním tu stojí zdravotník vyškolen proto, aby mu jeho nelehký úděl pomohl unést a překonat až k návratu do každodenního života.

Důvěrný vztah pacienta a zdravotníka záleží na osobnostech samých.

Osobností rozumíme určitou, kvalitativně nejvyšší úroveň psychických vlastností a zvláštností člověka. Slavná díla odborníků na slovo vzatých (Adler, Jung, Horneyová, Fromm, Rotter, Frankl) nám poskytují různé teorie osobnosti. Sama životní existence je příznačná sériemi sebeutvářecích procesů, životní cesty, klidu, bezpečí a vlastně tím, čemu se v životě říká štěstí. Člověk chce šťastně žít. Lidé si navzájem často přejí hodně zdraví a štěstí.

Pacient to má těžké. Nemoc nechodí po horách, ale po lidech. Jsou nemoci lehké a těžké, lidé slabí a silní. Pacientem se může stát každý, zdravotník i nezdravotník. Pacient to má těžké, neboť se musí s nemocí nějak „po svém“ vyrovnat, ale i z toho důvodu, že v dnešní době je zvláštní společenské klima. Společnost je přesytna dohady o zdravotnických systémech, o poskytování péče v tom kterém zařízení, sdělovací prostředky lačné a senzacechtivé odkrývají všechna negativa a pochybení, která jen lze s příslušným dramatem předložit. Co na to nebohý pacient? Jak má reagovat, má-li si ještě všimnout toho, zda je zdravotnický personál dostatečně vzdělán a zda i on „nedoplatí“ na ne-dostatek odbornosti? Má porovnávat úroveň zdravotnických zařízení, která byla hodnocena podle nesmyslných měřítek? Musí porovnat, jak totéž funguje také v jiných zemích. Porovnávat zdravotnické systémy? Český? Americký? Španělský? Všude jsou tři shodné prvky: Pacient, poskytovatel, plátce. Ale vyznat se v nich? Každý musí nutně dojít k závěrečné větě: „Proboha, hlavně nestonat!!!“

Pokud však nemoc přijde, je tady a pod tlakem všech okolností se pacient může cítit zcela ztracen. Někdy bojuje nejen s okolnostmi, ale také se zdravotníky, jindy se zcela odevzdává. Život staví před člověka tři kategorie možných hodnot. Tvůrčí hodnoty, které lze realizovat pouze činností, zážitkové hodnoty, které se uskutečňují v prožívání a postojové hodnoty, jejichž realizace spočívá v tom, jak se člověk staví k omezením svého života, jak se staví k nezměnitelnému osudu, jak ho bere a jak ho nese. Život člověka má svůj smysl, dokud dýchá. U pacienta se, bohužel, někdy projeví až existenciální frustrace. Člověk ztrácí životní smysl. V tuto chvíli přichází největší role zdravotníka, uzdravovat nejen tělo, ale i duši. Zdůraznit, podpořit a pečovat o psychické zdraví pro zdravou lidskou bytost. Dát na vědomí, že zdravá lidská bytost je pro něj to nejdůležitější. Přichází zdravotník a má-li to, co nazýváme zdravotnickým cítěním, zdravotnickým srdcem, je to skvělý začátek nelehké cesty dvou osobností na cestě provázené nemocí. Zdravotník svou empatií, intuicí a zdravotnickým cítem říká, je-li to nebo ono přijatelné, či nikoliv. Umí podat ruku, která je dost pevná na to,

aby unesla ten tolik těžký úděl, ale umí i pohladit a dát na vědomí jistotu připravenosti a podpory.

Cicero řekl: „Žít je ta nejkrásnější věc na světě.“ Z celého srdce zdravotníka přejeme všem lidem a všem bytostem žít. Víc, než kdokoliv jiný, si uvědomujeme cenu života. Žít s plnou náručí štěstí znamená mít hlavně zdraví své a svých blízkých. Přijde-li ale nemoc a těžké chvíle, jsme tu, připraveni s plným vědomím, že uděláme všechno pro návrat zdraví. Tak jsme slíbili a tak konáme. Pro většinu z nás to není jen náplň práce, je to náplň života. Cítíme, že našim posláním je lidem dávat a pomáhat. A jsme dobře vybaveni. V dnešní době je prestiž zdravotnického povolání poněkud snížena věčnými „popularitami“ a dohady o úrovni práce a vzdělání. Pravdou je, že v současné době probíhá transformace vzdělávání. Je to v souladu s požadavky Evropské unie a Světové zdravotnické organizace. Právě pro zvýšení prestiže tohoto povolání je třeba stavět na odborných znalostech a dovednostech. Ale i toto musí jít ruku v ruce se zdravotnickým srdcem a citem. Teoretik, byť dokonalý, nezmůže nic svou teorií tam, kde je třeba vzít za ruku a tišit bolest nejen lékem zručně podaným, ale stiskem ruky a pohlazením dát jistotu, že jsme tu a vše bude dobré. Protože jen tak to dobré může být. Víme, že spolu to překonáme. Bohužel je v tuto chvíli hlavní hrdinkou bolest, která má na svědomí toto zvláštní souznění. Jiným vztahem, v dnešní době velmi častým, je pacient bojovník. Člověk – pacient, z kterého se také často vlivem nezdravého ovzduší ve společnosti stává až kořistnický typ: „Jsem tu, celý život si platím, teď za to něco chci a nejlépe všechno“. Vztah zdravotníka k tomuto člověku není jiný. I jeho umíme vzít za ruku. Jen je cesta o něco delší. Psychologie nám říká: „Udeř – li tě do tváře levé, nastav i pravou“. Vysvětlení jednoduché. Zdravotník nemůže vracet ránu. Naopak. Svým trvale laskavým přístupem je povinen nastavit slušný vztah s pacientem. Neboť v nemoci se hodnotová kritéria posouvají, zábrany mizí, břímě bolesti je někdy k neunesení. Tolerance a trpělivost by měly být krédem každého jednoho z nás zdravotníků. Ano. Zdravotník je ale také „jenom“ člověk. Mnoho a mnoho stesků na zvyšující se nároky tohoto povolání jsou slyšet ze všech stran. Zdravotník je v dnešní době pod drobnohledem. Na vzdělání a vzdělávání zdravotníků se klade velký důraz a je mu věnována velká pozornost veřejnosti. Práce zdravotníka je o dlouhodobém napětí a stresu. Náročnost a zátěž a tím ohrožení „Burn – out“, jsou pro toto povolání velmi nebezpečné, navíc tento stav může být recidivující. Musíme si však neustále uvědomovat, že zdravotník je vzácná a silná osobnost. Osobnost je souhrn kvalit každého jedince. A každý jeden z nás by měl mít na paměti, že: „Co člověk řekne, už nemůže vzít nikdy zpět“. Proto važme slova. Uklidněme své myšlenky a pocity. Doba je složitá a společenské ovzduší nám příliš nepřeje. Práci ve zdravotnictví nemůže a neumí dělat každý. Jen silné osobnosti vydrží a vrátí tomuto povolání prestiž. Věřit znamená žít a žít je ta nejkrásnější věc na světě.

VÝZNAMNÉ DNY

- 1. 12. – Světový den AIDS
- 3. 12. – Mezinárodní den lidí s postižením
- 5. 12. – Mezinárodní den dobrovolníků
- 31. 1. – Světový den pomoci malomocným
- 4. 2. – Světový den boje proti rakovině
- 11. 2. – Světový den nemocných

SPOLEČENSKÁ KRONIKA

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A.S. SE ROZLOUČILA S PRIM. MUDR. JÁNEM LIPTÁKEM



Primář MUDr. Ján Lipták se narodil 5. 6. 1965 ve slovenské Revúci v okrese Rožňava, kde absolvoval základní školu a gymnázium. Lékařskou fakultu vystudoval v Praze. Jeho prvním působištěm se r. 1987 stala Nemocnica Stará Ľubovňa na východním Slovensku. Po absolvování základní vojenské služby pak nastoupil na místo lékaře v Léčebně TRN ve Vyšším Brodě - Hrudkově. Tam pracoval jak na oddělení TRN, tak i na oddělení dlouhodobě nemocných. Postupně složil atestaci z interního lékařství I. stupně a atestaci z oboru tuberkulóza a respirační nemoci.

Oženil se a spolu s manželkou Zuzanou, také lékařkou, pečovali o tři děti.

V roce 1992 se stal primářem a od roku 1996 zastával ve Vyšším Brodě - Hrudkově funkci ředitele Léčebny TRN. Její přemístění z Hrudkova do Dolního areálu českobudějovické nemocnice zastihlo MUDr. J. Liptáka již vážně nemocného. Přestože se svou nemocí statečně bojoval, 13. srpna 2006 jí podlehl.

Pan primář Lipták byl příkladem citlivého člověka, vnímavého k potřebám pacientů i svých spolupracovníků. Léčebna pod jeho vedením získala dobrou odbornou pověst, takže ji využívali pacienti nejen z jižních Čech, ale i z jiných krajů republiky. Přes své hluboké znalosti zůstal vždy skromným člověkem, projevujícím se mírným, zdvořilým chováním i ve vypjatých situacích, kterých mu jeho postavení primáře a ředitele přinášela více než dost. Takovým zůstane i v našich vzpomínkách. Čest jeho památce!

prim. MUDr. Václav Šnorek



MUDR. JIŘÍ KLÍMA OCENĚN ZA DÁRCOVSTVÍ KRVE

Český červený kříž, oblastní spolek v Českých Budějovicích zaslal naší nemocnici krásný dopis s upozorněním, že zástupce přednosta Dětské kliniky IPVZ MUDr. Jiří Klíma daroval 120x krev jako bezpříspěvkový dárcce. V dopise se v této souvislosti píše: „Ochota lidí darovat krev pro zdraví a často i pro záchranu života je projevem jejich humánního vztahu ke spoluobčanům. Patří jim dík nejen těch, kterým pomohli navrátit zdraví, ale celé naší společnosti.“

NA DRUHÉM KONCI TELEFONU JE....



...Denisa Járová. A to vždy, když od letošního září telefonujete generálnímu ředitelství.

Denisa (27) se stala asistentkou generálního ředitele na základě výběrového řízení 1. 8. 2006. Kvalifikací pro její práci jsou státní zkoušky ze psaní na stroji a z anglického jazyka, je absolventkou Obchodní akademie. Zaměstnání v nemocnici není její první, mimochodem dva roky žila v USA a pracovala tam jako řada dalších děvčat se snahou o zvládnutí angličtiny- co by au pair. D. J. je zatím svobodná,

ovšem, který pán bude chtít stačit jejímu tempu, musí být dobrý v disciplínách hudba, zpěv, hra na kytaru, jízda na kole, lyžování, aerobic, tenis, neboť to vše jsou její koníčky. ☺

Životní jubileum - 50 let

nar. 1. 10. 1956 - 31. 12. 1956

JANUROVÁ Jana	Ortopedické odd.
KUDLATOVÁ Milada	Onkologické odd.
ČAPKOVÁ Eva	Odd.ušní-nosní-krční
CHOVANCOVÁ Věra	Odd.obsł.čin.-úklid
PECKOVÁ Marie	Neonatologické odd.
LUSTYKOVÁ Jana	Odd. prac. lékařství
VRAJOVÁ Zdeňka RNDr.	Labor. imunologie
FILIPOVÁ Jitka	Anestez. resust.odd.
SOUKUPOVÁ Miluška	2. odd.násled. péče
FRANTESOVÁ Milada	Kožní odd.
VOLDŘICH Milan Ing.	Vedení společnosti
KOVÁROVÁ Marie	Onkologické odd.
ČERTÍK Luděk	1. odd. násled.péče
JANŽUROVÁ Alena	Chirurgické odd.
ŽÁČKOVÁ Věra	Infekční odd.
ORTMANOVÁ Ludmila	Kožní odd.
ŠULÉŘOVÁ Hana	Labor. hematologie
KUDRYOVÁ Jana	1. odd. násled. péče
JIRKALOVÁ Dagmar	Ženské odd.

KUNDRÁČOVÁ Jana Interní odd.

Životní jubileum - 60 let

nar. 1. 10. 1946 - 31. 12. 1946

PECHÁ Milena Ženské odd.
KRÝSOVÁ Ivana Plicní léčebna
STAŇKOVÁ Marie Výdejna léčiv
JABALI Yahia MUDr. Dětské oddělení

Složení atestace v období 1. 6. - 31. 10. 2006

KOŽNAR Pavel MUDr. Chirurgické odd.

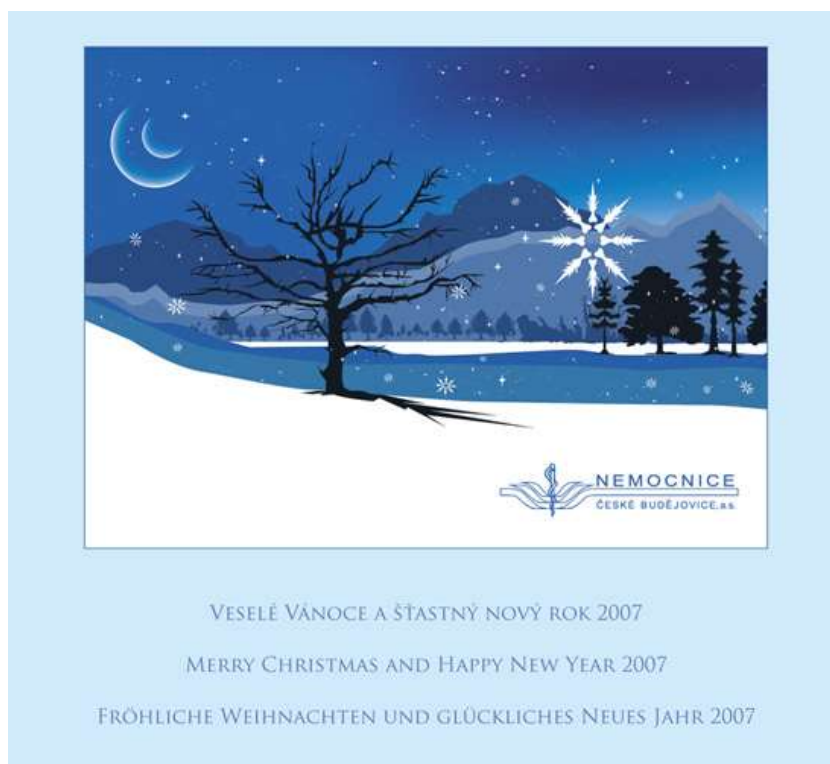
Ukončené PSS v období 1. 6. - 31. 10. 2006

BIGASOVÁ Olga DiS. Kardiochirurg. odd.
ČEPELKOVÁ Jana Odd. úrazové chirurgie
CHLAŇOVÁ Monika Urologické odd.
MAXOVÁ Pavlína Interní odd.
MIKEŠOVÁ Jana Odd. nukleár. medicíny
RANGLOVÁ Věra Chirurgické odd.
ŘEHOŘOVÁ Ivona Infekční odd.
SLÁDKOVÁ Šárka Rehabilitační odd.
SOUČKOVÁ Jana Labor. hematologie
VECKOVÁ Květuše Infekční odd.
VLADÍKOVÁ Lenka Infekční odd.
VOLKOVÁ Šárka Infekční odd.

Odchod do starobního a invalidního důchodu

od 1. 7. 2006 - 31. 10. 2006

BAAROVÁ Irena Onkologické odd.
BENEŠOVÁ Věra Dětské oddělení
BLÁHOVÁ Marie Ženské odd.
DVOŘÁKOVÁ Hana Onkologické odd.
FRAŇKOVÁ Dagmar Odd. nukleár. medicíny
HAVLÍČKOVÁ Zdeňka Oddělení úklidu
HLAVÁČOVÁ Drahoslava Odd. nukleár. medicíny
KAŠPAROVÁ Dana Dětské oddělení
KREJČOVÁ Marie Obor lék. genet. amb.
KŮTOVÁ Dagmar Ženské odd.
LUNDOVÁ Marie Ubytovna
MATOUŠ Jaroslav Obchodní oddělení
MATUSCHKA Milan Anestez. resust. odd.
MÍKOVÁ Věra Lab. mol. biolog. a gen
MUŠKOVÁ Zdeňka Infekční odd.
POLOVÁ Božena Ženské odd.
SCHENKOVÁ Jana Odd. obsl. čin.-úklid



Vážení a milí spolupracovníci,

přeji Vám do nového roku ve Vašem osobním životě mnoho úspěchů, štěstí, zdraví, radosti a pohody. Zároveň přeji nám všem, aby se i v roce 2007 podařilo splnit vytyčené cíle pro rozkvět této nemocnice. Našim budoucím pacientům přeji, aby se setkávali s maximem odborné profesionality, milými a usměvavými tvářemi Vás zaměstnanců.

*MUDr. Břetislav Šon
generální ředitel a předseda představenstva
Nemocnice České Budějovice, a.s.*

PŘÍLOHA



Následující studie je publikována v souvislosti s projektem Healthregio, jehož nositelem je Nemocnice České Budějovice, a. s. Projekt Healthregio je financován Evropskou unií a zařazen do Iniciativy Společenství INTERREG IIIA Evropské unie.

ANALÝZA KVALITY ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH OSOB A JEJICH RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ V JIHOČESKÉM KRAJI.

doc. MUDr Petr Petr, Ph.D.(1, 2), Mgr. Hana Kalová (1, 2, 3), Alexandra Soukupová (3, 4)

- 1) Vysoká škola evropských a regionálních studií o.p.s
Žižkova 6
370 01 České Budějovice
- 2) Pracoviště klinické farmakologie
Nemocnice České Budějovice, a. s.
B. Němcové 54
370 87 České Budějovice
- 3) Nadační fond EMA
Náměstí Přemysla Otakara II č. 19
370 01 České Budějovice
- 4) EMA-services s.r.o.
U tří lvů 16
370 01 České Budějovice

Úvod

Na souboru 170 osob (123 drogově závislých osob – pacientů zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji a 47 jejich rodinných příslušníků nebo jim na roveň postavených jedinců) prokazují autoři snížení kvality života ve všech osmi doménách kvality života podmíněných zdravím. U rodinných příslušníků drogově závislých osob prokazují statisticky významné snížení kvality života vůči evropským standardům u sedmi domén kvality života podmíněných zdravím, tedy u všech domén kromě domény Fyzické funkce. Alarmující je zjištění, že v doménách Bolest, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví není mezi stupněm postižení drogově závislých osob a jejich rodinných příslušníků žádný statisticky významný rozdíl. V těchto doménách je tedy stejným handicapem vůči evropskému standardu být osobou drogově závislou a být rodinným příslušníkem takovéto osoby. Rodinní příslušníci drogově závislých osob jsou takto identifikováni jako riziková, handicapovaná skupina obyvatelstva. Tento handicap je kvantifikován v procentech evropských standardů a statistická významnost tohoto jevu je pečlivě stanovena.

Cíl práce

Stanovit individuální a průměrná skóre kvality života u osob drogově závislých a u jejich příbuzných / blízkých. Analyzovat zjištěné jevy, zejména srovnat kvalitu života probandů s evropskými normály a poté srovnat i kvalitu života skupiny drogově závislých s kvalitou života skupiny rodinných příslušníků drogově závislých.

Na základě této analýzy stanovit závažnost shledaných jevů (jejich statistickou významnost) a identifikovat nejvíce postižené domény kvality života. Tím vytvořit předpoklady pro rozvahu o potřebnosti sortimentu a objemu případných sociálních intervencí u cílových osob.

Probandi

Vyšetřili jsme celkem 170 osob, z toho 123 pacientů a 47 rodinných příslušníků. Skupinu pacientů tvoří 123 osob o průměrném věku 35,2 let, z toho 93 mužů s průměrným věkem 34,6 let a 30 žen s průměrným věkem 37,1 let. Skupinu rodinných příslušníků tvoří celkem 47 osob s průměrným věkem 43,4 let. Z toho je 17 mužů s průměrným věkem 46,2 let a 30 žen s průměrným věkem 41,7 let.

Probandi byli shromážděni ve třech zdravotnických zařízeních působících na území Jihočeského kraje: v ambulantní části nemocničního psychiatrického oddělení, v psychiatrické léčebně a v soukromé ordinaci odborného lékaře. Kritériem pro zařazení do projektu bylo stanovení diagnózy F10 – F19 včetně, podle Mezinárodní klasifikace nemocí, s pominutím diagnózy F 17 a s vyloučením kofeinu v případě diagnózy F 15. Dalším kritériem byla schopnost vyplnit samostatně dotazník, viz dále část Metoda.

Metoda

Všichni probandi vyplnili samostatně dotazník SF-36 v češtině. Dotazníky byly shromážděny v příslušném zdravotnickém zařízení, osobně byly převzaty řešiteli, zkontrolovány co do úplnosti a věrohodnosti a poté převedeny do elektronické verze s použitím uživatelského software Pořizovač dat SF-36. Poté byla takto zpracovaná data elektronicky exportována k dalšímu zpracování, tj. stanovení individuálních a průměrných skóre v osmi doménách konceptu HRQoL a ke statistickému zpracování. Bylo hodnoceno všech osm domén: Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Vitalita, Duševní zdraví a Všeobecné vnímání vlastního zdraví. Získané údaje byly porovnány s evropskými standardy tak, jak je udává Oxford Healthy Life Survey Group. Shledaná skupinová skóre byla porovnána s těmito evropskými normály, byly stanoveny aritmetické průměry a další charakteristiky souborů (rozptyl, směrodatná odchylka). Poté byly shledané rozdíly mezi soubory hodnoceny podle statistické významnosti s použitím u-testu. Při porovnání s evropskými standardy bylo hodnocení provedeno na 5% i na 1% hladině významnosti, vždy v jednostranném uspořádání. Při srovnávání souboru pacientů a souboru rodinných příslušníků bylo hodnocení provedeno na 5% hladině významnosti, též v jednostranném uspořádání

Výsledky

Podrobný přehled složení skupiny pacientů a charakteristiky tohoto souboru podává příloha č. 1.

Podrobný přehled složení skupiny rodinných příslušníků a charakteristiky tohoto souboru podává příloha č. 2.

Při hodnocení skupiny pacientů vůči evropským normálům shledáváme následující skutečnosti:

V doméně Fyzické funkce dosahují probandi 96, 84 % evropského normálu, tento jev není statisticky významný. V doméně Fyzické omezení rolí dosahují probandi 73, 42 % evropských normálů, tento jev je statisticky velmi významný na 1% hladině významnosti. V doméně Emoční omezení rolí dosahují probandi 64, 05 % evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti. V doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí dosahují probandi 67, 08 % evropských normálů a tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti. V doméně Bolest dosahují probandi 93, 99 % evropských normálů a tento jev je statisticky významný na 5%, nikoliv však na 1% hladině významnosti. V doméně Duševní zdraví dosahují probandi průměrně 77, 85 % evropských normálů a tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti. V doméně Energie/Vitalita dosahují probandi 87, 97 % evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti. V doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví

dosahují probandi 79, 65 % evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti.

Synoptický přehled průměrných skóre skupiny probandů, kontrolní skupiny Oxford Healthy Life Survey Group, charakteristik souborů, procentuálního vyjádření skóre probandů v procentech skóre kontrolního souboru, kritické hodnoty u pro 5% a 1% hladinu významnosti a vyznačení zda je či není shledaný rozdíl statisticky významný předkládáme in extenso v příloze 3.

Při hodnocení skupiny rodinných příslušníků vůči evropským normálům shledáváme následující skutečnosti:

V doméně Fyzické funkce dosahují rodinní příslušníci drogově závislých osob (dále probandi) 101 % evropských normálů, tento jev není statisticky významný. V doméně Fyzické omezení rolí dosahují probandi 86, 16 % evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

V doméně Emoční omezení rolí dosahují probandi 86, 37 % evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti. V doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí získali probandi 86, 73 % evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti. V doméně Bolest dosahují probandi 98, 72 % evropských normálů, tento jev není statisticky významný. V doméně Duševní zdraví získali probandi 91, 02 % evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 1% hladině významnosti. V doméně Energie/Vitalita dosahují probandi 92, 41 % evropských normálů, tento jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti. V doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví dosahují probandi 83, 64 % evropských normálů, tento jev je vysoce statisticky významný na 1% hladině významnosti.

Synoptický přehled průměrných skóre skupiny probandů, kontrolní skupiny Oxford Healthy Life Survey Group, charakteristik souborů, procentuálního vyjádření skóre probandů v procentech skóre kontrolního souboru, kritické hodnoty u pro 5% a 1% hladinu významnosti a vyznačení zda je či není shledaný rozdíl statisticky významný předkládáme in extenso v příloze 4.

Při hodnocení skupiny pacientů a rodinných příslušníků vůči sobě navzájem shledáváme následující skutečnosti:

V doméně Fyzické funkce dosahují pacienti 95, 12 % hodnot skupiny příbuzných, tento jev není statisticky významný. V doméně Fyzické omezení rolí dosahují pacienti 85, 22 % hodnot skupiny příbuzných, tento jev je na hranici statistické významnosti. V doméně Emoční omezení rolí dosahují pacienti 74, 16 % hodnot skupiny příbuzných, tento jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti. V doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí dosahují pacienti 77, 35 % hodnot příbuzných, tento jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti. V doméně Bolest dosahují pacienti 95, 16 % skupiny příbuzných, tento jev není statisticky významný. V doméně Duševní zdraví dosahují pacienti 85, 57 % hodnot skupiny příbuzných, tento jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti. V doméně Energie/Vitalita dosahují pacienti 95, 2 % hodnot skupiny příbuzných, tento jev není statisticky významný. V doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví dosahují pacienti 95, 4 % hodnot skupiny příbuzných, tento jev není statisticky významný.

Synoptický přehled průměrných skóre skupiny pacientů a skupiny příbuzných, charakteristik souborů, procentuálního vyjádření skóre pacientů v procentech skóre příbuzných, kritickou hodnotu u pro 5% hladinu významnosti a vyznačení zda je či není shledaný jev statisticky významný předkládáme in extenso v příloze 5.

Závěr

Osoby drogově závislé vykazují statisticky významně nižší kvalitu života, nežli jsou evropské standardy. Jediná doména ve které je tento rozdíl nevýznamný jsou fyzické funkce.

Jak funkce rolové (Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí), tak funkce sociální kohese (Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí) jsou u těchto osob významně tangovány. Duševní zdraví, Energie a Všeobecné vnímání vlastního zdraví vykazují též statisticky významné zhoršení a dokreslují svým poklesem celkovou bio-psycho-sociální tíseň a handicap, ve kterých se osoba drogově závislá nachází.

Shledané výsledky silně podporují záměr zařadit periodické longitudinální hodnocení kvality života podmíněné zdravím v konceptu HRQoL s využitím dotazníku SF-36 do léčebného plánu drogově závislých. Všechny léčebné i sociální intervence u těchto osob je možno totiž sledovat a kvantifikovat současně při použití této metody.

Rodinní příslušníci drogově závislých osob představují ohroženou, křehkou a handicapovanou skupinu populace. Jejich kvalita života je při srovnání s evropskými standardy kromě domén Fyzické funkce a Bolest statisticky významně nižší. V rolových i sociálních doménách, taktéž v doméně Duševní zdraví, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví jsou tito naši spoluobčané významně handicapováni.

Zejména alarmující je fakt, který vyžaduje včasnou a cílenou reflexi, totiž, že být rodinným příslušníkem drogově závislé osoby, vede ke skutečnému vyčerpání sil. To dokumentuje naše zjištění, že v doménách Fyzické omezení rolí, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví prokazujeme v námi provedeném empirickém výzkumu prakticky stejnou míru snížení kvality života u pacientů, jako u jejich rodinných příslušníků. V těchto doménách je tedy obrazně řečeno, že je na tom rodinný příslušník „stejně špatně“ jako sám nemocný.

Shledané výsledky silně podporují záměr, zařadit periodické longitudinální hodnocení kvality života podmíněné zdravím v konceptu HRQoL s využitím dotazníku SF-36 do komplexního systému péče nejen o pacienta drogově závislého, ale i o jeho rodinné příslušníky či jim na roveň postavené osoby.

Tyto přístupy mohou do určité míry umožnit celostní „holistický“ management jevu drogových závislostí jako bio-psycho-sociální jednotky. Umožní kvantifikovat jak postižení (impairment), tak určitá omezení (disability) a srovnáním s evropskými standardy i znevýhodnění (handicap). Umožní dále sledovat efekt provedených léčebných a sociálních intervencí. Tím přispějí i k možnosti skutečně hodnotit efektivnost vynaložených sil a prostředků. (cost/efficacy).

Literatura

- 1) Petr Petr, Kalová Hana, Adlerová Michaela, a spol.: Jde to bez drog? Závislosti a my, 3/ září 2004, str.: 7-9 : ISSN 1213-8584
- 2) Adlerová Michaela, Kalová Hana, Soukupová Alexandra, Petr Petr: Jde to tedy bez drog? Závislosti a my, 1/2005, ss. 11-12 : ISSN 1213-8584
- 3) Petr Petr, Zdražilová Alena: Kvalita života rodinných příslušníků drogově závislých osob. Závislosti a my, 2/2006 , ss. 11-15 :ISSN 1213 8584
- 4) Petr Petr, Hana Kalová, Dana Dvořáková, Alena Zdražilová, Vesna Šendula-Jengić: Kvalita života rodinných příslušníků drogově závislých osob. Jak dál v této problematice? Závislosti a my, 3/2006 s.21 : ISSN 1213 8584

Tato práce byla vykonána a publikována za podpory grantu Jihočeského kraje, číslo Smlouvy o poskytnutí grantu SD/OREI/570/06.

HEALTHREGIO

**SPOLEČNÝ PROJEKT
VÍDNĚ, DOLNÍHO RAKOUSKA, ZÁPADNÍHO MAĎARSKA,
JIHOZÁPADNÍHO SLOVENSKA**

A

JIHOČESKÉHO KRAJE

**CÍLEM PROJEKTU JE SHROMÁŽDIT REPREZENTATIVNÍ POČET
STATISTICKÝCH, DEMOGRAFICKÝCH A GEOGRAFICKÝCH DAT PRO
ANALÝZU ZDRAVOTNÍ PÉČE V PŘÍHRANIČNÍCH
OBLASTECH. SYNTÉZA VYÚSTÍ DO KONCEPTU ZLEPŠENÍ
ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB V REGIONU NA ÚROVEŇ
SROVNATELNOU S EVROPSKOU UNIÍ.**

HEALTHREGIO PŘINESE

- ohodnocení a ocenění nákladových faktorů ve zdravotnictví
- optimální využití existujících vývojových potenciálů a zdrojů
- vytvoření marketingové strategie
- zjištění možnosti úspor
- výměnu zkušeností a transfer know-how k hospodářskému využití v regionu

HEALTHREGIO BUDE SLOUŽIT

- osobám s rozhodujícími pravomocemi v politice a ekonomice
- poskytovatelům služeb zdravotní péče: nemocnicím, praktickým lékařům, wellness a wellbeing zařízení ...
- pracovníkům v sektoru zdravotnických služeb

ŘEŠITELÉ PROJEKTU

- NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, A. S.
- JIHOČESKÝ KRAJ
- VYSOKÁ ŠKOLA EVROPSKÝCH A REGIONÁLNÍCH STUDIÍ
- ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY



**TENTO PROJEKT JE FINANCOVÁN EVROPSKOU UNIÍ
INICIATIVOU SPOLEČENSTVÍ INTERREG IIIA**

