

JARO '92

**Wit  
Ross  
Pra**



**REVUE**

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERSITY  
KARLOVY  
PRAHA

Seznam nově jmenovaných profesorů, kteří převzali jmenovací dekret dne 24.září ve velké aule Karolina. Jsou jmenováni s účinností od 1.září 1991.

|     |                                       |  |                   |
|-----|---------------------------------------|--|-------------------|
| 1.  | Doc. MUDr. Josef Andrys, CSc.         | gynekologie a porodnictví                | LF HK             |
| 2.  | Doc. MUDr. Jiří Bartoš, DrSc.         | chirurgie                                | 1. LF             |
| 3.  | Doc. MUDr. Václav Bláha, CSc.         | nukleární medicína                       | 3. LF             |
| 4.  | Doc. MUDr. Jaromír Bouda, CSc.        | gynekologie a porodnictví                | LF PI.            |
| 5.  | Doc. RNDr. Vladimír Bouška, DrSc.     | geochemie                                | PfF               |
| 6.  | Doc. PhDr. Jan Bouzek, CSc.           | klasická archeologie                     | FF                |
| 7.  | Doc. PhDr. Jiří Cejpek, CSc.          | vědeckotechnické informace               | FF                |
| 8.  | Doc. RNDr. Petr Čepek, CSc.           | geologie                                 | Pf                |
| 9.  | Doc. MUDr. Severin Daum, CSc.         | vnitřní nemoci                           | 1. LF             |
| 10. | Doc. RNDr. Jaroslav Drobník, CSc.     | biofyzika                                | PfF               |
| 11. | Doc. RNDr. Václav Dupač, DrSc.        | pravděpodobnost a matematická statistika | MFF               |
| 12. | Doc. MUDr. Jiří Farník, CSc.          | epidemiologie                            | LF PI.            |
| 13. | Doc. RNDr. Miloslav Feistauer, DrSc.  | přibližné a numerické metody             | MFF               |
| 14. | Doc. RNDr. Karel Hajniš, CSc.         | antropologie                             | PfF               |
| 15. | Doc. MUDr. Jiří Havránek, CSc.        | hygiena                                  | 3. LF             |
| 16. | Doc. PhDr. Bohuslav Hoďaň, CSc.       | teorie tělesné kultury                   | FTVS (UP Olomouc) |
| 17. | Doc. MUDr. Jaroslav Horký, DrSc.      | vnitřní nemoci                           | 2. LF             |
| 18. | Doc. MUDr. Cyril Höschi, DrSc.        | psychiatrie                              | 3. LF             |
| 19. | Doc. RNDr. Karel Hůrka, DrSc.         | entomologie                              | PfF               |
| 20. | Doc. MUDr. Vladimír Janda, DrSc.      | neurologie                               | 3. LF             |
| 21. | Doc. RNDr. Ladislav Janský, CSc.      | fyzologie živočichů                      | PfF               |
| 22. | Doc. MUDr. Pavel Jedlička, DrSc.      | neurologie                               | 1. LF             |
| 23. | Doc. RNDr. Lubor Jenšovský, CSc.      | anorganická chemie                       | PfF               |
| 24. | Doc. MUDr. RNDr. Jindřich Jira, DrSc. | infekční nemoci                          | 2. LF             |
| 25. | Doc. PhDr. Miloš Jůzl, CSc.           | estetika                                 | FF                |
| 26. | MUDr. Jiří Kaňka, DrSc.               | gynekologie a porodnictví                | 3. LF             |
| 27. | Doc. MUDr. Vladislav Klener, CSc.     | hygiena                                  | 3. LF             |
| 28. | Doc. RNDr. PhMr. Jan Koucerek, CSc.   | biochemie                                | PfF               |
| 29. | Doc. RNDr. Oldřich Kowalski, DrSc.    | geometrie a topologie                    | MFF               |
| 30. | Doc. MUDr. Bohuslav Král, CSc.        | vnitřní nemoci                           | LF HK             |
| 31. | Doc. RNDr. Václav Kubišta, CSc.       | fyzologie živočichů                      | PfF               |
| 32. | Doc. PhDr. Václav Kulič, CSc.         | pedagogická psychologie                  | PeF               |
| 33. | Doc. RNDr. PhMr. Sylva Leblková, CSc. | biochemie                                | PfF               |
| 34. | Doc. RNDr. Jan Lellák, CSc.           | hydrobiologie                            | PfF               |
| 35. | Doc. MUDr. Lubor Malina, DrSc.        | dermatovenerologie                       | 3. LF             |
| 36. | Doc. PhDr. František Man, CSc.        | pedagogická psychologie                  | FTVS              |
| 37. | Doc. Ing. František Marek, CSc.       | užitá geofyzika                          | PfF               |
| 38. | RNDr. Stanislav Mareš, CSc.           | užitá geofyzika                          | PfF               |
| 39. | Doc. RNDr. Milan Matolín, DrSc.       | užitá geofyzika                          | PfF               |
| 40. | Doc. PhDr. Karel Měkota, CSc.         | antropomotorika                          | FTVS (UP Olomouc) |
| 41. | Doc. PhDr. Jaroslav Mihule, CSc.      | teorie tělesné kultury                   | FTVS              |
| 42. | Doc. RNDr. Ivan Novotný, CSc.         | fyzologie živočichů                      | PfF               |
| 43. | Doc. RNDr. Vladimír Novotný, DrSc.    | antropologie                             | 1. LF             |
| 44. | Doc. RNDr. Ota Oliva, CSc.            | zoologie                                 | PfF               |
| 45. | Doc. RNDr. Blanka Pacltová, CSc.      | paleontologie                            | PfF               |
| 46. | Doc. RNDr. Jaroslav Pazourek, CSc.    | fyzologie rostlin                        | PfF               |
| 47. | Doc. RNDr. Jiří Pešek, DrSc.          | ložisková geologie                       | PfF               |
| 48. | Doc. PhDr. Jaroslava Pešková, CSc.    | filozofie                                | FF                |
| 49. | Doc. RNDr. Zdeněk Pertold, CSc.       | ložisková geologie                       | PfF               |
| 50. | Doc. RNDr. Aleš Pultr, DrSc.          | geometrie a topologie                    | MFF               |
| 51. | prom.geol. Milan Rieder, Ph.D.        | mineralogie                              | PfF               |
| 52. | Doc. MUDr. Richard Rokyta, CSc.       | normální a patologická fyziologie        | 3. LF             |
| 53. | Doc.RNDr. Alexej Romanovský, DrSc.    | obecná biologie                          | PfF               |
| 54. | Doc. MUDr. Jindřich Sedláček, DrSc.   | normální fyziologie                      | 1. LF             |
| 55. | Doc. RNDr. Bedřich Sedlák, DrSc.      | fyzika kondenzovaných látek a akustika   | MFF               |
| 56. | Doc. RNDr. Libuše Smolíková, DrSc.    | geologie                                 | PfF               |
| 57. | Doc. MUDr. Milan Sreň, CSc.           | soudní lékařství                         | LF HK             |
| 58. | Doc. RNDr. Eduard Stehlík, CSc.       | užitá geofyzika                          | PfF               |
| 59. | Doc. MUDr. Josef Stejskal, CSc.       | patologická anatomie                     | 2. LF             |
| 60. | Doc. MUDr. Přemysl Strejč, DrSc.      | soudní lékařství                         | 1. LF             |
| 61. | Doc. Ing. Jan Šilar, DrSc.            | hydrogeologie                            | PfF               |
| 62. | Doc. MUDr. PhMr. Cyril Šimeček, DrSc. | vnitřní nemoci                           | LF PI.            |
| 63. | Doc. MUDr. Miroslav Škach, DrSc.      | stomatologie                             | 1. LF             |
| 64. | Doc. MUDr. Jiří Šonka, DrSc.          | vnitřní nemoci                           | 1. LF             |
| 65. | Doc. RNDr. Josef Štěpán, DrSc.        | pravděpodobnost a matematická statistika | MFF               |
| 66. | Doc. Ing. Karel Štulík, DrSc.         | analytická chemie                        | PfF               |
| 67. | Doc. MUDr. Alena Tomšíková, DrSc.     | mikrobiologie                            | 3. LF (LF PI)     |
| 68. | Doc. RNDr. Věra Trnková, DrSc.        | geometrie a topologie                    | MFF               |
| 69. | Doc. ThDr. Ing. Jakub Trojan          | sociální teologie                        | ETF               |
| 70. | Doc. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.        | psychiatrie                              | 1. LF             |
| 71. | Doc. RNDr. Lubor Žák, CSc.            | mineralogie                              | PfF               |

# SLOVO DĚKANA

---

Vážený pane ministře, Vaše Magnificence, spectabiles, honorabiles, dámy a pánové:

Toto je pro nás slavnostní den. My, kteří jsme byli jmenováni profesory, si uvědomujeme, jaká je to pro nás čest a klademe si zároveň otázku, jaký je to pro nás úkol. V těchto okamžicích, zcela nevyhnutelně, vynořují se vždy otázky po smyslu naší existence, po smyslu našeho poznání a po smyslu našeho údelu.

Tento smysl nelze uvažovat mimo kontext doby, kterou prožíváme, mimo kontext kultury ve které jsme vyrostli a mimo kontext země, která je nám domovem. Tato země v této době prochází rozumovou, mravní i citovou krizí. Touto krizí procházejí i některé okolní státy. Zamýšlíme-li se hlouběji nad tím, jak k této krizi došlo, proč právě teď, musíme si připustit některá velice nepříjemná, ale bohužel pravdivá fakta. To, co nyní řeknu, není projevem univerzitní povýšenosti ani sarkasmu. Je to suché konstatování skutečnosti:

Třetina obyvatel této země je slabá duchem. Každý sedmý občan je debilní nebo dementní nebo alkoholik. Zhruba polovina obyvatel v této zemi má podprůměrný intelekt. Proč se o tom dnes zmiňují? Pro oblast intelektově podprůměrnou, když pomínu stavy patologické, jsou charakteristické některé rysy, které si možná všichni neuvědomujeme a neuvědomujeme si je zejména tehdy, jestliže se stýkáme na universitě pouze mezi sebou. Jestliže jedinec, který je v této intelektové kategorii, má nějakým způsobem rozumět světu, má-li se v něm nějak pohybovat a má-li ho nějak uchopit, musí si ho drasticky zjednodušit. Těmto lidem, a je to tedy polovina národa, uniká ona složitá mnohotvárnost, komplementarita, mnohoznačnost světa a to, co z tohoto světa v jejich očích zbývá, se dá rozdělit na celkem jednoduché, většinou protipólné elementy. Někdy se tomu říká černobílé myšlení. Někdo je buď dobrý nebo špatný. To, že hranice mezi dobrem a zlem neprochází ani mezi novými a starými strukturami, ani mezi komunisty a nekomunisty, ale srdcem každého člověka, to uniká. Podobně unikají i jiné komplikovanosti. A to černobílé myšlení, bohužel, kontaminuje i morálku. Dobré je pouze to, čemu rozumím - a toho není mnoho. A to, čemu nerozumím, je špatné. Odtud "filosofie je nesmysl", "matematika je k ničemu", "kybernetika je pavěda", "genetika je - rovněž pavěda". Z tohoto intelektového zázemí potom pramení tzv. lidové pravdy: Každý cikán krade, každý Žid je lichvář, každý zrzavý je zákeřný - a ty mívají často nacionální charakter. K tomu se přidává určitá sugestibilita. Jestliže tato morálka nebo toto černobílé vidění světa je ještě spojeno, a to bývá, s neschopností rychlejších pohybů v sémantickém poli, s neschopností propadat se z jedné sémantické roviny do druhé, vede to k nedostatku smyslu pro humor. Jestliže mám nedostatek smyslu pro humor a ti druzí se smějí, začnu si zákonitě myslet, že se smějí mně. To vede k ostražitému, čihavému, nepřátelskému postoji vůči světu, podezřívavosti a k neustálé snaze dokázat a proklamovat svoji chytrost a ke strachu, aby ze mne někdo neudělal hlupáka.

A tak vzniká obraz, bohužel ve společnosti tak frekventovaný, který za určitých okolností, a tou okolností je právě doba, kdy zodpovědnost za naše životy přechází na nás samé, dá těmto rysům v nezakryvané podobě zaznít.

Druhá krize je krize citu. My žijeme v zázračné a v životě jednotlivce naprosto ojedinělé době. Všichni víme, že máme skvělého prezidenta, všichni víme, že máme skvělé politiky - alespoň některé. Všichni víme, že máme možnosti, o kterých se nám, přiznejme si, ani nesnilo. Cestujeme téměř bez zastavení na hraničních přechodech, máme knihy, které jsme mít nesměli. Můžeme hrát v divadlech hry, které se hrát nesměly. Absurdita minulosti upadá v zapomnění. A přesto, a to si připustíme, ta pravá radost se z nějakých příčin jaksi nedostavuje. My rozumově všichni víme, že bychom z toho měli mít radost a říkáme, že máme radost, ale není to taková ta jásavá a skákavá, hluboce prožitá radost. Je to spíše pocit prázdna po vykonané zkoušce. Cośi jako deprese z odbřemenění. Je to celospolečenská anhedonie, neschopnost hluboce prožít radost. Když si uvědomíme, že tedy touto krizí a ještě dalšími prochází oba naše národy i národy sousední, vyvstane nám před očima varování některých, kteří podobné krize prožili v minulosti. Nemohu si odpustit nezarecitovat zde báseň velkého ducha naší poezie, Vladimíra Holana, který napsal kolem Mnichova:

Nikdo si nemysli tam u vás všech,  
že tato zem, v níž ještě žiju tiše,  
dnes nebo zítra bude k vaší pyše  
psí kůží dobrou na dudácký měch.

Nikdo se neraduj tam u vás zjišťnou lští  
z vteřiny ticha míru zasvěcené.  
Jen zradili jste a už trest se žene  
a začne vaší podlostí.

Sto let je nic, mně básníkovi.  
Povídám nic, a proto ber kde ber, můžeme počkat.  
Už teď mezi slovy ne vy,  
kdos jiný stojí u kamer a natáčí.

Mezi těmi, kdož byli právě jmenováni profesory, je mnoho těch, nebo alespoň někteří z nich, kteří minulých čtyřicet let stáli u kamer a natáčeli. Ale teď musíme víc. My se musíme zasadit o to, abychom se z krize rozumu a z krize citu přece jenom dostali. A v tom také spatřuji poslání vysokoškolského profesora. Děkuji Vám.

(Přepis zvukového záznamu projevu ex abrupto prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc. v Karolinu 24.9.1991 u příležitosti udělení hodnosti profesor.)

---

# TÝDEN V TAIZÉ

M i l a n K m e n t

Tříkrát denně se rozezvučely zvony, aby svolávaly na společnou modlitbu. Do ruchu okolní civilizace se scházeli denně, aby se v tichosti zamýšleli nad svými životními úkoly spolu s bratřími z Taizé i poutníci. Přišli sem z celého světa, aby se zúčastnili týdne společného života v tichu, modlitbě, soustředění a společenství.

Čím to je, že i přes technický pokrok a myšlenky o rovnosti všech, které slibovaly vyřešení většiny životních problémů lidé i nadále hledají samotu, porozumění a ticho? Proč jsou stále nespokojeni se všemi výdobytky civilizace? Proč to byli právě mladí lidé, kterých se sešlo vloni v létě v Praze na 6.000? Tyto otázky zůstávají aktuální i po půlročním odstupu. Samofungující organizace celého společenství v Taizé, složená převážně z mladých lidí, je totiž obdivuhodná.

Dělat reportáž o onom týdenním prožitku života v Taizé by bylo nepochopením účelu. Z historie nutno poznamenat, že malá skupinka lidí křesťanské víry se zde sešla pod inspirativním vedením syna evangelického faráře Rogera Schutze již v roce 1940. Romantická krajina Burgundska s opuštěnými kláštery vybízela tyto mladé muže různých křesťanských církví k renesanci víry, společenství a pomoci bližním za nacistické éry. I když se všem těmto záměrům věnovali, přesto jim na srdci nejvíce leželo smíření mezi křesťany různých církví. To tehdy nebylo zdaleka tak samozřejmé jako nyní. Vydrželi zde do dneška, kdy je v komunitě devadesát bratří a samostatně se vyvinula ve vedlejší vesnici také ženská větev.

Základem života bratří je prostota. Žijí v celibátu a nevlastní žádný majetek. Na své životní náklady a provoz komunity si vydělávají pouze prací svých rukou - vydávají knihy, malují obrazy a tvoří půvabné umělecké předměty a užítkovou keramiku. L'eglise de la Reconciliation [Chrást Smíření] je prostá dřevěná stavba bez židli a lavic, k níž se připojuje loď ve formě plátěné střechy. Základní tělesnou polohou v tomto chrámu je klečení na patách nabo sezení na zemi, jen výjimečně a krátce stání. "Polohou blízko země se stáváme pokornějšími, nevyšujeme se nad jiné." Představený komunity, bratr Roger, je vždy obklopen dětmi [většinou opuštěnými dětmi z třetího světa], které mají důležité místo v programu komunity a společné modlitby. "Pomáhají nám svým čistým srdcem hledat Boha a v jejich přítomnosti i naše prosby se stávají čistšími, účinnějšími a méně okázalými." Jsou dvě polohy těla a tváře, které zaujímají bratří při modlitbě: jedna trvalá dvěrem do dálky, do nekonečna, druhá mezi shromážděné, do středu, reprezentuje snad jakýsi Kristův díl Boží přítomnosti mezi námi, symbolizovaný podstavcem s mnoha světly, která se zapalují při společné modlitbě.

Zajímavé je sledovat i kořeny některých zdejších zvyků, které většinou pocházejí z ruské orthodoxní církve. Míhotavé plaménky všudepřítomných svící, ikony [většinou kopie ruských], kaple Bohorodičky v malém háji před chrámem a podávání svěceného chleba [nejde o eucharistii, ale o součást orthodoxní liturgie, kdy je před vlastním obřadem posvěcen chléb, který se pak podává těm křesťanům, kteří neznají svátost přijímání]. Pod chrámem je umístěna krypta, kde je denně proměňován chléb a víno podle římskokatolického ritu a pak je podáván bratřími při společné ranní modlitbě.

Vlastní bohoslužba v Taizé se koná třikrát denně - ráno, v poledne a večer - a nazývá se common prayer - společná modlitba. Za vyzvánění zvonů [opět v tonalitě ruské orthodoxie] postupně přicházejí do stále zšeřelého chrámu bílé oděni bratří, mezi nimi - nikoliv první, ale ani poslední - jejich představený, bratr Roger, opět doprovázený dětmi. Bratři poklekají v dolní části chrámu na malé lavičky, případně hlubokou poklonou, provázenou položením hlavy na zem, přesvědčují o úplném odevzdání se Kristu. Následuje úryvek z Písma v několika jazycích, také česky, přestože nemáme zřejmě žádného Čecha v komunitě jako bratra. Pak následují chvilky ztišení, krátký zpěv chorálu [gregoriánského] a hlavně charakteristické zpěvy krátkých úryvků z Písma, které se stále opakuji.

Velmi jsem přemýšlel nad tím, když jsem se před několika lety seznámil se zpěvy v Taizé, co je tajemstvím jejich úspěchu mezi lidmi. Zcela jednoduchá melodie na slova žalmu nebo citátu z Bible, maximálně jedna věta v latině nebo v jiných jazycích, která se stále opakuje. Tyto zpěvy jistě vděčí hodně za úspěch krásným melodiím světského skladatele Berthiera. Zpívají čtyřhlasně, doprovázení nástroji, které si poutníci právě donesli sebou, což bývá většinou zobcová flétna, kytara nebo trubka, ale nejčastěji jen bez doprovodu. Velmi oblíben je kánon, jímž se zakončuje modlitba každé části dne: Jubilate Deo - Oslavujeme Pána. To je hlavní výzva celého společenství v Taizé - hlásat Krista ne již trestajícího, ponaučujícího nebo trpícího, ale Krista vzkříšeného. To je nutno stále připomínat a vysvětlovat: Jsme křesťany, byť různých denominací, ale spojuje nás víra ve zmrtvýchvstalého Krista, což je podstatné a určující. Zakladatelů různých náboženství je mnoho, ale pro křesťany je podstatné, že Kristus vstal z mrtvých, překonal smrt, což se nikomu jinému nepodařilo. To nás přesvědčuje o tom, že Ježíš je pravým Bohem. Všechno ostatní je tudíž podružné - svátosti, dogmatika, rituál.

Život v Taizé je proniknut výrokem, kdysi vysloveným současným papežem: můžeme se Kristu posmívat nebo jej urážet či zesměšňovat, ale nemůžeme mu zabránit, aby nás miloval.

Bratří komunity vydávají dvouměsíčník asi ve třiceti pěti jazycích, také v češtině. Obsah některého čísla se vždy promýšlí při letních setkáních. Vloni to byl "Dopis z Prahy", který bratr Roger napsal při pražském setkání v zimě

1990. Malé skupinky vzájemně se tázajících a odpovídajících poutníků se zabývají nacházením souvislostí mezi slovy Bible a praktickým životem: proč je mi cizí, kde ho mám hledat, jak mu mám pomoci, kdo mě nejvíc potřebuje?

Zamýšlel jsem se i nad tím, proč v Taizé preferují především pobyt mladých lidí. Zřejmě proto, že na nich spočívá odpovědnost za budoucnost světa, protože ti zralí již svou příležitost propásli - zklamali, a vedení světa nezvládli. Společenství v Taizé se obrací především k mladým, aby našli společnou řeč a ochotu naslouchat druhým, i když jim zpočátku nerozumějí. Také dospělí proto prožívají svá setkání odděleně. Zvláště se jim doporučuje prožít setkání v mlčení uprostřed ostatních. Sami se mohou přesvědčit, že právě oni nejvíc potřebují ticho a rozjímavou modlitbu. Tento způsob sice ještě nemusí mladým lidem nic říkat, ale dospělí jej potřebují především.

Nevím, zdali je Taizé schopno říci něco člověku, který není zvyklý žít v rámci církve nebo nemá žádné informace o křesťanství. Rozhodně však ukazuje, že modlitba jako nejstarší způsob setkání s Bohem nepřestala existovat ani přes ateismus marxistů, ale také že není jen bezmyšlenkovitým drmoláním starých babiček, které zdánlivě nemají již světu co říci.

---

## . . . A NEBO TAK . . .

V Sea-Life Parku na Havajských ostrovech mají velkou vzácnost. Chovají tam dva kytovce - matku s dcerou, které bychom nejlépe mohli nazvat "velfíny". Jde o křižence velryby a delfína: matka je poloviční velryba a poloviční delfín, mládě je čtvrtinou velryba a třemi čtvrtinami delfín. Jak uvádějí ošetřovatelé, jsou pravděpodobně jedinými svého druhu na světě.

Matka jménem Kekajmud se o své dítě vzorně stará, ale nedaří se jí je kojit. Proto musí každý den podstoupit stejnou proceduru, při níž je zachycena do pružné plachty, vyzvednuta z vody a ošetřovatelé ji odebírají zhruba litr mateřského mléka. To pak, obohacené o vitamíny, je za pomoci hadičky podáváno mláděti. Jedinečné velfíně přibývá každý den po umělém kojení téměř půl kilogramu a jeho budoucnost je, zdá se, zachráněna.



AKADEMIE  
J. A. KOMENSKÉHO  
oblast Praha,  
Praha 1, Pařížská 11

pořádá celoroční kurz

# NOVOVĚKÁ FILOZOFIE

Kurz je určen pro nejširší veřejnost. Prohlubuje humanitní vzdělání v oblasti nových pohledů filozofického myšlení západního světa v 17.- 20. století. Kurz je zároveň vhodný pro studující středních a vysokých škol.

Přednášky známých filozofických osobností se konají

**každý čtvrtek**

**v 19,30 - 21,30 hodin**

**v Ústředním kulturním domě železničářů,**

**nám. Míru 9, Praha 2, klubovna číslo 5.**

Vstupné za jednotlivou dvouhodinovou lekci je 12,- Kčs,  
pro studující a mládež 10,- Kčs.



FAKULTA

V Ý Z V A

Č T E N Á Ř Ů M

---

POMOŽTE VYHOVĚT PŘÁNÍ MALÉHO CHLAPCE Z VELKÉ BRITÁNIE, KTERÝ SE JMENUJE CRAIG SHERGOLD, JE MU SEDM LET A JE TĚŽCE NEMOCNÝ. JEHO NEJVĚTŠÍM PŘÁNÍM JE BÝT ZAPSÁN DO GUINNESSOVY KNIHY REKORDŮ JAKO NEJÚSPĚŠNĚJŠÍ SBĚRATEL VIZITEK. ŘADA LIDÍ Z ČESKOSLOVENSKA MU JIŽ ZASLALA SVOU VIZITKU. PŘÍSPĚJTE I VY K JEHO SNAZE A ZAŠLETE SVOJI VIZITKU NA ADRESU:

CRAIG SHERGOLD

36 Selby Road

CARSHOLTON, Surrey SM5 1LD

Máte-li ve svém okolí možnost předat tuto výzvu dál, vyzvěte k podobné iniciativě své známé a přátele.

Redakce

---

# KLINICKÁ PRAXE ABSOLVENTŮ VE FAKULTNÍ NEMOCNICI KV

Doc. MUDr. Jiří Horák, CSC.,  
proděkan 3. LF UK.

Obtíže s umístěním letošních absolventů lékařských fakult podnítily vedení 3.LF UK a FN KV k vytvoření 20 míst, určených pro absolventy naší fakulty i dalších lékařských fakult z České republiky. Cílem tohoto opatření je jednak zmírnit předpokládanou nezaměstnanost mladých lékařů, jednak zavést novou formu jejich popromočního vzdělávání. Vycházeli jsme přitom z návrhu na novou úpravu dalšího vzdělávání lékařů, který je tč. projednáván na ministerstvu zdravotnictví ČR. Návrh předpokládá celkovou klinickou praxi v trvání 24 měsíců s následujícím rozložením:

- interna a chirurgie po 6 měsících
- gynekologie a pediatrie po 3 měsících
- volitelný obor 6 měsíců

Vzhledem k očekávaným změnám v našem zdravotnictví jsou stipendisté (jiný uvažovaný název je praktikanti) přijímáni zatím na dobu 12 měsíců, přičemž si jejich obsah určují sami dle uvedené nabídky. Volitelné obory však zatím povolujeme zcela výjimečně. Stipendijní místa byla otevřena všem absolventům lékařských fakult v ČR do dvou let od promoce. Hlavním kritériem při výběru byl studijní prospěch, přihlíženo bylo též k případné činnosti ve studentské samosprávě či v orgánech fakulty. Je ovšem třeba říci, že studenti jiných fakult, kteří neuvedli v přihlášce svůj studijní průměr, byli znevýhodněni, neboť např. pracovnice děkanátu 1.LF UK odmítla na telefonický dotaz průměry zjistit.

Z více než 40 přihlášených bylo takto v prvním kole vybráno 20 uchazečů, z nichž však 5 svou účast po vyrozumění odřeklo. Tito byli v druhém kole nahrazeni dalšími přihlášenými dle pořadí.

Stážisté by měli během svého pobytu na příslušných pracovištích získat obecný přehled o oboru tak, aby se po zařazení do zvoleného specializačního oboru již nemuseli na tato pracoviště vracet. Na konci stáže na jednotlivých pracovištích podstoupí stážisté odborný pohovor s přednostou kliniky a dostanou potvrzení o absolvování stáže. Předpokládáme, že v příštím roce budeme akci opakovat.

Nad celým projektem však ještě visí několik otazníků, z nichž největší představuje finanční zdroj stipendií. V současné době probíhají na ministerstvu práce a sociálních věcí jednání o finanční podpoře podobných akcí. Definitivně není uzavřen ani název akce, pracovně-právní postavení stážistů a výše stipendia. Přesto si dovolím hodnotit akci již dnes jako krok správným směrem.

*Doc. MUDr. Jiří Horák, CSc.,  
proděkan 3. LF UK.*

---

## REFORMA STUDIA A POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ NA 3. LF UK

---

### 1. Pregraduální studium

Komise pro reformu studia připravila během jara 1990 reformu výuky, jejíž zásady lze shrnout takto:

- byl snížen počet přednášek a zvýšen počet hodin seminářů a praktických cvičení, tedy byly posíleny aktivní formy výuky;
- paralelně probíhá výuka ve všech oborech, které jsou v daném semestru vyučovány, což představuje první krok k další integraci výuky;
- byly zrušeny střídající se týdny přednášek a praktických cvičení. Obě formy výuky se střídají v průběhu dne, obvykle v tříhodinových blocích. Výuka je proto pestřejší a - v závislosti na přístupu i schopnostech učitelů - intenzivnější;
- rozvrh byl sestaven tak, že v žádném semestru nemají studenti více než dvacet dva hodin povinné výuky [semináře a cvičení včetně dvou hodin tělesné výchovy] týdně;
- nabídka studia byla rozšířena o řadu nepovinných kursů [např. neurovědy, alternativní medicína];
- byla zredukována neúměrně časově náročná výuka hygieny a počet zkoušek z hygienických oborů, jichž bylo dříve celkem šest, byl omezen na jednu;
- byla zavedena výuka řady nových oborů, z nichž na prvním místě je třeba jmenovat preventivní lékařství, zakončené státní zkouškou, dále je to např. imunologie, klinická biofyzika, klinická mikrobiologie, klinická fyziologie, patobiochemie, klinická farmakologie, onkologie a medicína neodkladných stavů a katastrof, počet zkoušek v průběhu studia byl omezen z původních 49 na 33;
- byla zavedena povinná státní zkouška z gynecologie a nepovinná z pediatrie.

Došlo tak k *posunu zaměření fakulty*: Po faktickém selhání čtyřicet let prosazované koncepce hygienické služby, pro niž měla naše fakulta připravovat odborníky, bylo logické, že naši absolventi potřebují kvalitnější vzdělání v klinických oborech. Na druhé straně by bylo chybou nevyužít pozitivního rysu bývalé lékařské fakulty hygienické, a to důrazu na prevenci. Vznik oboru preventivní lékařství na 3.LF UK a jeho zařazení mezi obory státnicové je logickým důsledkem vývoje fakulty v měnících se podmínkách její existence.

Výuka dle popsané reformy probíhala již v minulém školním roce. Přes výhrady většiny studentů, jimž dřívější nenáročný systém s přednáškovými [tj. v obecném pojetí volnými týdny] zcela vyhovoval, i některých pedagogů lze říci, že se reforma osvědčila a obecně vedla ke zkvalitnění studia.

Další změny jsou plánovány od následujícího školního roku:

- zavedení výuky molekulární biologie, pravděpodobně ve třetím semestru;
- na fakultě bude zahájeno bakalářské studium ve dvou oborech:

a) rehabilitace a fyzioterapie:

Tříleté denní studium bude určeno pro maturanty z gymnázií a zprvu i středních zdravotnických škol, případně pro studenty lékařství, kteří z jakýchkoli důvodů studium medicíny neukončí. Absolventi by měli v praxi nahradit dosavadní rehabilitační pracovníky, kteří studují na specializovaných středních zdravotnických školách. Je závažnou a dosud neuzavřenou koncepční otázkou, zda by naše fakulta měla v budoucnu v tomto oboru poskytovat i vyšší vzdělání, tj. po úroveň magistra či dokonce doktora. Počítáme s přijetím maximálně dvaceti studentů pro první běh od října 1992.

- b) lékařský asistent [tento jazykově neuspokojivý název je pracovní, podstatu věci by lépe vystihovalo označení "vyšší zdravotnický pracovník", i když ani tento termín není vhodný]:

Čtyřleté dálkové studium je určeno pro perspektivní střední zdravotnické pracovníky [např. staniční a vrchní sestry, vedoucí dietní sestry, vedoucí laboranty a podobně]. Zpočátku by byla podmínkou přijetí maturita na SZŠ; s postupně se měnící koncepcí těchto škol by tato podmínka měla odpadnout. Absolventi by měli představovat článek, který v našem zdravotnictví zřetelně chybí - mezistupeň mezi lékařem a zdravotní sestrou [laborantem]. V oblasti LPP by jim měly být svěřeny některé úkoly, vyhrazené dosud lékařům: aplikace krevních transfúzí a nitrožilních injekcí, odběry některých materiálů pro laboratorní vyšetření [např. v gynekologii], výplachy žaludku atd. Absolutorium tohoto studia by se dle našeho názoru mělo výhledově stát předpokladem pro zastávání vedoucích funkcí, v současné době obsazovaných SZP.

Zavedením výše uvedených změn by měla být reforma studia na 3. LF UK završena, neznamená to však, že takto vzniklý systém by měl být dlouhodobě neměnný. Naopak předpokládáme a doporučujeme, aby v závislosti na získaných zkušenostech a světových a zejména pak evropských trendech bylo studium na naší fakultě trvale modernizováno, a to nejen po stránce obsahové, ale i formální.

## 2. Postgraduální studium

Do dnešního dne je hlavní překážkou rozsáhlejšího zavedení postgraduálního studia [zde je lépe hovořit o doškolování či o specializační přípravě a celoživotním doškolování lékařů] na lékařské fakulty přežívající právní úprava, která petrifikuje monopol ILF v této oblasti. Lékařské fakulty i další subjekty sice mohou pořádat různé vzdělávací akce, činí tak však na jedné straně bez oprávnění [akreditace], na straně druhé lékaři nejsou k účasti na těchto akcích motivováni jinak než subjektivně pocítovanou potřebou sebevzdělávání. Kromě toho lékařské fakulty nemají právo zkoušet atestace.

Současný doškolovací systém s účastí fakult na celoživotním vzdělávání lékařů tedy de facto nepočítá. Rovněž nejnovější návrhy MZ ČR na reformu zdravotnického školství jsou v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů zcela v zajetí současného centralistického modelu s dominantní úlohou MZ, resp. podřízených orgánů [Rada dalšího vzdělávání, akreditační komise a ILF - viz materiál MZ ČR "První námět pro zahájení diskusí o statutu ÚAK a OAK a Rady dalšího vzdělávání"/. Nelze ovšem zapomenout, že i v případě příznivého legislativního vyřešení uvedených problémů narazí LF obecně a 3. LF UK zvláště na řadu překážek při zavádění doškolovacího programu:

- LF nemají ubytovací kapacity pro doškolované lékaře;
- učitelé LF jsou již nyní výukou a dalšími povinnostmi značně vytiženi a pro nové úkoly spojené s doškolováním nemají většinou čas, motivaci a někdy ani potřebnou kvalifikaci;
- všechny navržené reformy mlčky předpokládají, že LF budou provádět doškolování lékařů zdarma či nejvýš za nějaký poplatek lékařů samotných. Osobně se však domnívám, že ministerstvo zdravotnictví by mělo na doškolování lékařů fakultám přispívat, a to v závislosti na délce školení a počtu účastníků. Potřebné prostředky by měly být získávány redukcí počtu zaměstnanců ILF.

Přes uvedené problémy byly již na 3. LF UK *první kroky k novému doškolovacímu systému* učiněny:

- v souladu s koncepcí povinné dvouleté klinické praxe pro lékaře, kteří se hodlají věnovat klinickým oborům, bylo v součinnosti 3. LF UK a FN Královské Vinohrady od září tohoto roku přijato dvacet absolventů na místa tzv. praktikantů, a to zatím na dobu dvanácti měsíců. Praktikanti si dle vlastního zájmu sestavili program z následující nabídky: po šesti měsících chirurgie a interny a po třech měsících gynekologie s porodnictvím a pediatrie. Předpokládá se, že jim bude v příštím roce umožněno dokončit dvouletou praxi. Nejlepší z nich dostanou příležitost pracovat i nadále ve FN KV;

- obě interní kliniky zahájily společný program doškolovacích kursů v kardiologii a gastroenterologii. Skupiny po maximálně třiceti lékařích se budou dva dny v měsíci [osm vyučovacích hodin] seznamovat se současným stavem teorie a praxe v těchto oblastech. Kursy potvrzují od října 1991 do června 1992. Účastníci dostanou osvědčení o absolutoriu. Výhledově chceme zavést podobné kursy i v jiných podoborech vnitřního lékařství. Jednorázové doškolovací akce se již opakovaně uskutečnily na ortopedické klinice a II. interní klinice. Tímto způsobem chceme nejen přispět ke vzdělávání lékařů, ale též navázat pracovní kontakty se zdravotnickým terénem a vstoupit do povědomí lékařské veřejnosti jako pokud možno kvalitní školící pracoviště.

*Hlavním cílem naší fakulty a FN v oblasti doškolování* ovšem musí být získání akreditace pro co největší počet oborů. Vzhledem k tomu, že o akreditačních komisích v rezortu zdravotnictví se zatím jen hovoří, nelze dnes reálně předpoklady fakulty v tomto směru ani odhadnout. Zatím je třeba zvyšovat kvalitu všech aspektů naší činnosti a získávat tak důvěru zdravotnické i laické veřejnosti.

prof. MUDr. Richard Rokyta, CSc.  
proděkan pro vědeckou činnost a zahraniční styky

---

## PRINCIPY ORGANIZOVÁNÍ VĚDY NA 3. LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ UK

---

Vycházíme z principu svobodného bádání každého jednotlivce a kolektivu. Ovšem každý, kdo pracuje ve vědě ví, že v současné etapě je nutná týmová spolupráce, i když v týmu, který je složen z vynikajících individuí, kteří vzájemně svoji intelektuální kapacitu potencují. Jen takový tým je schopný konkurence. Tým, který je vedený jen jedním člověkem, kde ostatní jenom plní pasivně úlohy, které jim někdo určí, nemá dlouhé trvání a navíc omezuje intelektuální kapacitu těch, kteří jsou pouhými "nosiči vody". Proto základním principem vědecké spolupráce a kooperace jak na úrovni ústavů, tak na úrovni fakulty, je vzájemná intelektuální potenciace.

Samozřejmě, že i výsledky vědy musíme nějakým způsobem měřit. Odkazují na článek o scientimetrii (měření efektivity vědecké práce), který byl uveřejněn pracovníky Fyziologického ústavu ČSAV ve Vesmíru č.11/1990 (dr.Vyskočil). Je jasné, že efekt vědy nelze měřit okamžitě, ale v určitých etapách. Pokusili jsme se i o vlastní scientimetrický model tím, že jsme zavedli jako jedno z kritérií hodnocení při jmenování docentů a profesorů na naší fakultě bodovací systém. Lze říci, že přes všechny připomínky a negativní stránky se tento model velice osvědčil a jeho smyslem je, aby stimuloval učitele a vědecké pracovníky k vědecké činnosti.

V současné přechodné etapě je financování vědy velice obtížné. Již byl učiněn první pokus ministerstva zdravotnictví vytvořit grantový systém. V současné době se připravuje a doufáme, že i přes velké potíže projde systémem Rady lékařského výzkumu (MRC), kde ze všech sdružených prostředků na výzkum, tzn. z oblasti MZ, MŠMT a ČSAV bude vytvořen jednotný fond, o který pak budou jednotliví uchazeči kompetovat. Naráží to především na odpor ostatních oborů, které nejsou v tak úzké kooperaci jako jsou obory lékařské, které cítí nesmírnou závažnost mezioborové kooperace a tak se ocitají čele celého procesu.



Další možnosti získání financí, i když efekt může být poměrně malý, je snaha o kompetici o zahraniční granty. Víme, že v NIH-Grantech uspěje v USA jenom 12 procent žadatelů ze Spojených států, jinými slovy konkurence je obrovská. Přesto sen abízejí možnosti hlavně v oblasti evropského regionu, kde různé systémy spolupráce již fungují, např. systém TEMPUS, ale i další systémy, které se otevřou našim vstupem do Rady Evropy a Evropských společenství. Těchto systémů je asi celkem 43. Ovšem šanci v těchto systémech mají ti, kteří mají dobrou zahraniční spolupráci, takže mohou se zahraničními partnery o systém grantů kompetovat. Domnívám se, že tento zdroj bude do budoucna nebo v určité krátké přechodné etapě hlavním zdrojem možnosti solidnější dotace výzkumné práce na naší fakultě. Československé zdroje budou samozřejmě existovat, budeme zabezpečovat alespoň minimální chod těch, kteří nezískají žádné granty, ale skutečně jenom minimálně, tak aby se udržela výuka příslušného oboru, a budeme se snažit pomoci těmto oborům spíše radou, jak zabezpečit to, aby se dostaly opět na výsluní. Z tohoto hlediska je nutno chápat snahu vedení fakulty o získání informací o publikacích, které jsou finálním výsledkem snažení vědce. Na mnoha fakultách dlouhodobě vedli registraci o vědecké činnosti fakulty knihovny. Na naší fakultě nic takového neexistovalo. Víme, že je zcela nahlídské získat všechny informace od začátku existence fakulty, proto se pokoušíme v první etapě získat informace alespoň za posledních 10 let.

Vedení školy a příslušná oddělení pouze pomáhají při organizaci vědy, jinak vědu si každý vědeckých pracovník musí organizovat sám. Pokoušíme se o zavedení nového systému výchovy vědeckých pracovníků, který považujeme za nesmírně důležitý, a přes všechna negativa, která se nám zdají v navrženém zákoně o postgraduálním studiu, se domníváme, že půjde uspořádat něco takového, jako je skutečné vědecké školení vědeckých pracovníků, mladých asistentů a mladých adeptů vědy a řad studentů. Dosud se na kandidaturu dělala pouze práce, adepti nebyli všestranně vědecky vzděláni, mnozí měli třeba jen několik vědeckých prací, udělali jenom jednu odbornou zkoušku, která se týkala jen odbornosti, ale nebyla pojata v širším vědeckém kontextu. Zkoušky z jazyků byly mnohdy formální. Je třeba vytvořit systém vzdělávání, kde budou zahrnuty i takové principy, jako jsou otázky metodologie vědecké práce, psaní vědecké práce, zpracování vědecké literatury atd.

prof. MUDr. Richard Rokyta, CSc.  
proděkan pro vědeckou činnost a zahraniční styky

Zahraníční styky 3. LF UK

Od nástupu nového děkana a kolegia v únoru 1990 byla vytčena zásada, že zahraniční styky jsou důležitou součástí přípravy studentů, učitelů a odborných a vědeckých pracovníků a jsou integrální součástí vysokoškolské výuky i výzkumu. Bez poznání zahraničních zkušeností a pracovišť není možné získávat nové poznatky.

Zahraníční kontakty se uskutečňují v podstatě v následujících rovinách:

1. rovina intelektuální, která spočívá v možnosti studovat cizí časopisy, učebnice a komunikovat o vědeckých poznatcích. Minulé období tuto metodu značně zanedbávalo, k dispozici na fakultě bylo málo zahraničních učebnic. V současné době se situace zlepšila tím, že zejména z různých darů a nadací jsme získali učebnice pro téměř všechny základní obory, které se na naší fakultě přednášejí. Díky různým kongresům a dalším stykům získaly některé obory učebnice skutečně špičkové úrovně a ve větším množství. Tato pomoc nadále pokračuje, zejména je to pomoc nadace Charty 77, pomoc spolku přátel Čechů a Slováků v Holandsku, pomoc Společnosti pro vědy a umění v USA. Ožehavým problémem je otázka časopisů. Zahraniční časopisy prakticky neexistují a není naděje, že by se mohly nějakým způsobem v bližší budoucnosti kupovat. Vedení fakulty vstoupilo v kontakt s ostatními lékařskými fakultami i s ostatními institucemi, jako jsou ČSAV (zejména fyziologické ústavy), dále pak rezortní ústavy MZ. Snažíme se alespoň získat a pokrýt ve všech oborech časopisy tak, aby byly alespoň v Čechách a v Praze. Existuje i jiná možnost, kterou nyní vedení fakulty rozvíjí, a to možnost získávání informací pomocí různých informačních systémů. Na ty se máme možnost díky kooperaci s některými zejména americkými sponzory napojit. Prof. Ruth nám zapůjčil systém CD ROM (Compact Disc Reed Only Memory), který umožní napojit se na informační systém Med-line, což je systém, který získává informace z předních světových časopisů, retinuje je, je schopen nazvy a abstrakta podle příslušných klíčových slov vypsat. CD ROM je na naší fakultě k dispozici. Zakoupení jedné informační jednotky stojí ročně okolo 1.000 U\$. Čtvrtletně však poskytuje zhruba 330 000 abstrakt z různých lékařských oborů a lze jej při správném klíčování opravdu velmi efektivně využít. Další možnosti získávání informace je napojení na systém EARN (European Academic Research Network), který umožňuje získávání bezprostředních informací z různých laboratoří Evropy, systémem BITNET se lze napojit i na systémy ve Spojených státech amerických a v Kanadě. Všechny tyto systémy budou soustředěny v novém informačním středisku, jehož základ je zatím ve "žlutém domečku".

2. Druhým způsobem zahraničních kontaktů je bezprostřední kontakt při výměnách studentů, studijních pobytech asistentů, docentů a profesorů. Snažíme se, aby tento pohyb byl oboustranný.

My jsme se od začátku snažili a myslíme si, že se nám to i dost povedlo, aby k nám na fakultu jezdili zahraniční pracovníci a přímo na místě se domlouvali na spolupráci. Nejde totiž jenom o to, aby naši lidé vyjžděli do zahraničí, kde pracují samozřejmě v lepších podmínkách, ale jde o to, abychom i tyto lepší podmínky vytvořili v Československu tak, aby pracovníci mohli jezdit sem. Důkazy zde jsou, např. Granadská a Florentská univerzita chtějí spolupracovat s ústavem fyziologie a klinické fyziologie, TNO Institute of Preventive Health Care - prof. Pokorný - s ústavem pracovního lékařství, Maastricht Limburg - Faculty of Health Science - dr. Kuiper, nemocnice v Riedu - doc. Keiler, klinika v Passově - prof. Zehner.

Za loňský a letošní rok dosud přednášelo na naší fakultě 26 zahraničních studentů a profesorů. Vyjelo - v r. 1990 69 pracovníků a 64 studentů, - v letošním roce zatím 51 pracovníků a 26 studentů. Zásadou kolegia děkana je pomáhat při vytváření těchto zahraničních styků a pokud jeho síly dovolí, pomáhat i financovat. Ale zde jsou možnosti fakulty velmi omezené. Zásadně neomezujeme jakékoliv zahraniční kontakty, naopak je facilitujeme. Facilitace spočívá v tom, že

- 1/ pracovník, který jede na zahraniční kongres nebo přednášku, nemá toto období z dovolené,
- 2/ zpravidla obdrží příspěvek na cestu,
- 3/ při dlouhodobých stážích je 4 měsíce zachován příslušnému pracovníkovi plný plat. Teprve po 4 měsících se plat zastavuje a po 2 letech se rozvazuje s pracovníkem pracovní poměr.

Myslíme si, že tyto podmínky pro zahraniční styky jsou dost velkorysé. Zdůrazňuji znovu, že naším úkolem je co nejvíce rozšířit tyto styky, facilitovat je., umožnit je v co nejširší míře studentům a samozřejmě jsme rádi, když jsme o těchto stycích informováni, ale čistě z důvodů registračních.

Pro zahraniční styky a výměny jsou bezprostředním předpokladem znalosti jazyků. Bez znalosti jazyka není možné jakoukoli spolupráci uskutečnit. I pro tuto činnost fakulta vyvinula dost značné předpoklady tím, že již druhý rok platí zahraniční lektory, kteří se věnují především studentům, ale i pracovníkům naší fakulty a fakultní nemocnice. Rovněž tato částka, která byla na toto vzdělávání uvolněna, není malá. Velice jsme uvítali zájem, který se projevil i tím, že někteří studenti si dokonce rozložili ročník tak, aby mohli příslušný jazyk zvládnout.

Proto se domnívám, že přístup vedení 3. LF UK k zahraničním kontaktům a stykům je velkorysý a následující přehled je toho důkazem. Budeme ovšem nesmírně rádi, když zahraniční kontakty a styky se budou rozvíjet i nadále neztenčeným tempem.

## Zahraniční styky v roce 1990

### 1. Pracovníci 3. LF UK

V roce 1990 vycestovalo 69 pracovníků,  
z plánovaných 15 služebních cest v rámci KD

uskutečněno: 6  
neuskutečněno: 7  
stornováno: 1 (Kuba)

10 pracovníkům poskytnuty příspěvky na služební cesty ve výši Kčs 8.689,--. Platy zastaveny 2 pracovníkům.

#### Přehled výjezdů podle zemí:

|             |    |
|-------------|----|
| S R N       | 20 |
| Švýcarsko   | 5  |
| Itálie      | 4  |
| Malta       | 2  |
| Francie     | 7  |
| Singapour   | 1  |
| V. Británie | 7  |
| Španělsko   | 5  |
| Rakousko    | 2  |
| U S A       | 3  |
| Belgie      | 2  |
| S F R J     | 2  |
| Švédsko     | 3  |
| Nizozemi    | 3  |
| Finsko      | 1  |
| Japonsko    | 1  |
| Kanada      | 1  |

---

Vycestovalo celkem 69

Z plánovaných cest neuskutečněno 7 :

|       |   |
|-------|---|
| SSSR  | 1 |
| MR    | 1 |
| EAR   | 1 |
| PR    | 1 |
| Řecko | 1 |
| SFRJ  | 2 |

### 2. Studenti

a/ výjezdy  
Vycestovalo celkem 64 studentů

#### b/ přijetí studentů

|        |   |                      |
|--------|---|----------------------|
| SSSR   | 9 | studentů v rámci BVP |
| Finsko | 1 | v rámci I.F.M.S.A.   |
| Itálie | 3 | v rámci I.F.M.S.A.   |

---

Celkem : 13 studentů

## Zahraniční styky v roce 1991

|                            |             |    |            |
|----------------------------|-------------|----|------------|
| I. Q.                      | vycestovalo | 16 | pracovníků |
| II. Q.                     |             | 31 |            |
| III. Q.                    | k 15.9.91   | 8  |            |
| <hr/>                      |             |    |            |
| Vycestovalo k 15.9. celkem |             | 55 | pracovníků |

K tomuto datu byly poskytnuty příspěvky na cestu pracovníkům (41) v celkové výši Kčs 29.312,-- z prostředků fakulty.

Z plánovaných cest (nabídka RUK v rámci KD) se pravděpodobně uskuteční teprve první cesta z 10 plánovaných, a to MUDr. Hornová - Nizozemí (čeká na sdělení zahr. partnera), výhledově by mohl vycestovat ale až v únoru 92 doc. Bárta do INDIE - otázka finančních prostředků - fakulta nemůže hradit. Materiály doc. Bárty již odeslány na MŠMT ČR.

V rámci programu TEMPUS vycestovala RNDr. Samcová, CSc., v rámci akce "Schwarzenberg" - Rakousko - vycestovala MUDr. Grammetbauerová.

Od počátku r. 1990 a k 15. 9. 1991 přednášelo na 3. LF UK 26 zahraničních odborníků.

Na zimní semestr 1191/92 zatím plánováno 75 dalších přednášek.

V rámci konkurzů uskutečněných na 3. LF UK vycestovalo k 15. 9. 1991 25 studentů, další vítězové konkurzů čekají na výzvu zahraniční strany.

# PŘEDNÁŠKY ZAHRANIČNÍCH HOSTŮ

1990

1. Prof. MUDr. Sanjiv Kaul - USA  
téma přednášky: Klinická kardiologie
2. Prof. Paul Grof, M. D., F.R.C.- Kanada  
téma přednášky:- Organizace výzkumu a výuky psychiatrie na  
univerzitách v Kanadě  
- Afektivní poruchy
3. Matthias Dose, M. D. - SRN  
téma přednášky: Psychiatrie
4. Prof. MUDr. Gion Condrau - Švýcarsko  
téma přednášky: Psychosomatika
5. Tom Sindlinger - Kanada  
téma přednášky: Ekonomické aspekty privatizace medicíny
6. Jonh H. Bailey - Kanada  
téma přednášky: Mezinárodní vztahy
7. Dr. Ivan Lefkovits - Švýcarsko  
téma přednášky: - Strategie vytvoření globální lymfocytární  
proteinpédie a genového katalogu  
- Klonální selekcev nolekulární imunolo-  
gii
8. MUDr. Jana Zlatníková - SRN  
téma přednášky: Zkušnosti s léčbou a rehabilitací chro-  
nických schizofreniků v SRN
9. MUDr. Petr Novák - Švédsko  
téma přednášky: - Organizace švédské zdravotní služby  
- Organizace a financování primární zdra-  
votní péče
10. Dr. Femia Kievits - Holandsko  
téma přednášky: Genetics and Function of MHC
11. Prof. Bruce A. Roe - USA  
téma přednášky: Automated methods for Genomic DNA  
Sequencing, with emphasis on Leukemia  
Genes
12. Prof. Gabriele Pelisser - Itálie  
téma přednášky: Epidemiologie neinfekčních chorob a pre-  
ventivní lékařství
13. MUDr. PhDr. Jan Poněšický\* - SRN  
téma přednášky: Psychosomatika a etika v moderní medicí-  
ně
14. Dr. J. Mašek - SRN  
téma přednášky: Zapomenutá válka v Afganistánu
15. Dr.med. M. Stránský - Švýcarsko  
téma přednášky: Výživa ve Švýcarsku - představy a sku-  
tečnost

1. doc. Dr. Alfred Keiler - Rakousko  
téma přednášky: Nové trendy v chirurgii cholelitiázy
2. Prof. Pokorný - Holandsko  
téma přednášky: Organizace preventivní péče o obyvatelstvo v Holandsku
3. Prof. Dr. med. E. G. Beck - SRN  
téma přednášky: Rozeznání a odhad rizika v medicíně prostředí
4. Prof. MUDr. Pavel Schmidt - SRN  
téma přednášky: Nemocniční hygiena
5. MUDr. Jana Müller, P. D. - Švýcarsko  
téma přednášky: Radioimuscintigrafické metody, jejich současné možnosti a limity
6. Dr. Richard Koch - USA  
téma přednášky: Maternal PKU
7. Prof. Dr. med. J. Zehner - SRN  
téma přednášky: Novinky v léčbě vředové choroby

---

**O**

**PŘEHLED KONGRESU, SYMPOZIÍ A MEZINÁRODNÍCH AKCÍ,**  
**na kterých se významně organizačně podíleli**  
**pracovníci 3. lékařské fakulty UK**

---

- 1990 Rannion Commune  
společné zasedání Association des Physiologistes v Praze  
400 účastníků, prezident prof. MUDr. R. Rokyta, CSc.
- 1991 Mezinárodní seminář o výživě a diabetu WHO,  
80 účastníků, hlavní organizátor doc. MUDr. M. Anděl, CSc.
- 1991 Mezinárodní konference k 30. výročí založení Psychiatrického  
centra Praha, hlavní organizátor prof. MUDr. C. Höschl, DrSc.
- 1991 Letní škola imunologie, organizováno ve spolupráci s WHO a  
Imunologickým institutem v Basileji, 60 účastníků, hlavní  
organizátor MUDr. M. Jíra, CSc.
- 1991 Mezinárodní kongres fyziologických věd IUPS, 1100 účastníků  
generální sekretář prof. MUDr. R. Rokyta, CSc.
- 1991 Epileptické dny, s mezinárodní účastí, 150 účastníků,  
hlavní organizátor doc. MUDr. Pavel Mareš, CSc.

# BIBLIOGRAPHIA MEDICA ČECHOSLOVACA na disketách

---

Národní lékařská bibliografie - Bibliographia medica čechoslovaca [BMČ] od prvního čísla 1991 [resp. od čísla 11/90] vychází na disketách pro uživatele vlastní IBM kompatibilní počítače systému XT/AT. Současně je vydávána i tištěná podoba.

BMČ v obou podobách vychází od roku 1991 v redukované formě. Redukce se týká deskriptorového rejstříku, který je zpracován bez přímých citací dokumentů, pouze s číselnými odkazy na úplné citace v autorském rejstříku. Jeden záznam [resp. číselný odkaz záznamu] je možné v deskriptorovém rejstříku nalézt až pod sedmi deskriptory, případně pod jejich podhesly. V rejstřících lze vyhledávat pomocí textového editoru, např. T602 verze 2.05.

Diskety BMČ jsou k dispozici uživatelům v Ústřední knihovně 3. LF UK.

*Helena Hofmannová*



---

## JAK SE DĚLÁ KONGRES

---

Snem generací československých fyziologů bylo uspořádat velký fyziologický kongres v Československu, který by dokumentoval nejen vynikající tradici, ale i současnost tohoto vědního oboru u nás. Československá fyziologie má ve světě zcela zvláštní postavení především díky své historii, díky takovým jménům jako Procházka, Purkyně, Babák, Laufberger a i současníci nejsou neznámi. Jména jako Guttman, Servit, Bureš jsou pojmy světové fyziologické vědy. Snahy o pořádání kongresu v Československu začaly v 80. letech. Prvně se Československo prezentovalo na Světovém fyziologickém kongresu v Budapešti v r. 1980, potom v roce 1983 na Světovém fyziologickém kongresu v Sydney. Ani v jednom z těchto dvou případů neuspěla. V roce 1986 se konal Světový fyziologický kongres ve Vancouveru, kam jsem byl vyslán jako delegát Československé fyziologické společnosti a zároveň jsem tam byl pozván francouzskými Kanadany, takže nebyl problém s cestou. Československo samozřejmě cestu neplatilo. Byl jsem zároveň pověřen získat pro Československo nějaký významný fyziologický sjezd. Jako vždy rozhodují o velkých věcech náhody. Náhoda byla, že sekretářem této světové organizace fyziologů, zvané Mezinárodní unie fyziologických věd - IUPS (International Union of Physiological Sciences) byl můj dlouholetý přítel a učitel, profesor Jean Scherrer z Paříže, a předsedou programového komitétu fyziologických kongresů další můj přítel profesor Pierre Dejourns ze Štrasburku. Spolu jsme rozebírali šance Československa na pořádání takového kongresu. V roce 1986 již byl určen další Světový kongres

pro rok 1989 do Helsinek a jednalo se tedy o další kongres, který se bude konat v roce 1993. V kompetici bylo Japonsko, Velká Británie a Československo. Nejvážnějším uchazečem byla samozřejmě Velká Británie, protože v roce 1993 uplyne 100 let od založení nejslavnější fyziologické společnosti světa - The Physiological Society, takže soutěžit s takovouto fyziologickou velmocí nejen historickou ale i současnou bylo prakticky nemožné. Dohodli jsme se proto, že se přesto pokusíme získat hlasy, aby se Československo stalo pojmem. A skutečně v prvním kole jsme se umístili na druhém místě, samozřejmě zvítězila Velká Británie. V té době to byl Birmingham. Ale naše umístění a prezentace Prahy jakožto kongresového města mně daly možnost dalších diplomatických jednání požádat jako kompenzaci o uspořádání regionálního kongresu. To je kongres, který se odehrává vždy mezi dvěma velkými světovými kongresy. První takový kongres proběhl v Jeruzalémě v roce 1964 a zúčastnilo se jej 800 fyziologů z celého světa. Druhý kongres proběhl v roce 1990 v New Delhi v Asii, byl to asijský regionální kongres a zúčastnilo se jej kolem 600 fyziologů. Takže jsem dostal ve Vancouveru předběžný příslib, který byl potom potvrzen executive IUPS v roce 1987 na Světovém kongresu IBRO, což je International Brain Research Organisation - Mezinárodní organizace pro výzkum mozku - v Budapešti. V té době jsme začali přípravy kongresu, které trvaly čtyři roky, i když formálně nám byl kongres přidělen vyhlášením na Světovém kongresu IUPS v Helsinkách v roce 1989.

Přípravy jsou vždy obtížné, bolestné a těžké, navíc naše přípravy velice pozitivně zkomplikovaly události listopadu 1989, ovšem přinesly nám i několik problémů. Především změnu

v organizaci Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně, která od počátku r. 1991 přestala finančně garantovat kongresy - čili kongres se stal finančně nezávislým. To má samozřejmě jako veškeré podnikání výhodu v tom, že případný zisk připadne společnosti, ale nevýhodu v tom, že případný prodělek musí společnost hradit. Naše fyziologická společnost je chudá, nemá klinické zázemí, nemá sponzory jako farmakologové, v současné době má okolo 250 členů. Každý si jistě umí představit následek, který by znamenal finanční neúspěch kongresu a jeho finanční krach. V Helsinkách jsme udělali obrovskou propagandu, měli jsme natočený propagační film o Praze a vše se vyvíjelo velice zdárně, dostali jsme 4.900 předběžných přihlášek. Z toho se nám trošku točila hlava, protože náš předpoklad byl a reálné možnosti byly uspořádat kongres do 2.000 účastníků. Opět se projevila náhoda a uvědomili jsme si, jak světové dějiny ovlivňují dnes každé dění. Přišla válka v Perském zálivu, přišla tragédie způsobená Saddámem Hussajnem (definitivní uzávěrka našich přihlášek byla 31. ledna letošního roku) a znamenala, že ještě 15. ledna jsme měli pouhých 30 přihlášek. Zejména se nikdo nehlásil ze Spojených států amerických, což bylo pochopitelné, protože americká vláda vyzývala své občany, aby nelétali do Evropy. Museli jsme tedy prodloužit dead line o měsíc, později jsme jej opět trošku prodloužili, ale již koncem ledna a začátkem února nám začaly chodit přihlášky, takže nakonec jsme měli 1.300 definitivních přihlášek. Nechci Vás déle napínat, finálně se kongresu zúčastnilo něco přes 1.000 účastníků, což na problémy, které byly s organizací, a zejména se světovou situací, byl úspěch. Kongres sám byl pojat tak, že jsme jej

rozdělili do 61 symposií ze všech oblastí, respektive fyziologických věd; každé symposium bylo uvedeno 4 - 5 přednáškami skutečně špičkových světových odborníků a poté kompletováno velkým množstvím vývěskových sdělení - posterů. Navíc každý den začínal pozvanou přednáškou, měli jsme 13 pozvaných přednášek, opět z celé oblasti fyziologie, byli zde vědci z celého světa a prezentovali se i českoslovenští účastníci.

Jak byla zastoupená naše fakulta: v organizačním výboru jsem pracoval já jako generální sekretář, dále doc. MUDr. Pavel Mareš jako člen programového výboru a doc. MUDr. Ladislava Horanská jako členka organizačního výboru mající na starosti kulturní akce. Co se týče přednáškové účasti, z naší fakulty se zúčastnily především pracovníci Ústavu fyziologie a klinické fyziologie, dále Ústavu patologické fyziologie, kteří přednesli celkem 6 přednášek. Zúčastnili se ovšem i další pracovníci z Ústavu farmakologie a biochemie. Kromě toho doc. Mareš byl spolupředseda jednoho symposia o epilepsii a já jsem měl zvanou přednášku v sekci pro neuro-ontogeneze.

Mezi účastníky byli skutečně špičkoví vědci z celého světa. Byli zde dva laureáti Nobelovy ceny, profesor Andrew Huxley jako prezident Světové organizace fyziologů a dále profesor John Eccles jako nestor světových fyziologů. Oba obdrželi Nobelovu cenu v r. 1964 za objev přenosu vzruchu na synapsi. Oba se aktivně zúčastnili kongresu. Kromě nich zde byli další špičkoví vědci, namátkou jmenuji prof. Aguaya z Kanady, prof. Andersena z Norska, prof. Thesleffa ze Švédska, prof. Zimmermanna z Německa, Frömtera z Frankfurtu, Nicolssona ze Spojených států, prof. Thuraua z Mnichova

objevitele protiproudového systému a další a další. Je těžké vybrat nějaká jména, protože to byly desítky jmen, bylo zde skutečně asi 300 špičkových vědců, Před vlastním kongresem předcházely dva workshopy, jednak teaching workshop a jednak workshop o základech neurobiologie. Workshopu o základech neurobiologie probíhal převážně na fyziologickém ústavu ČSAV a řídil jej dr. Vyskočil, zúčastnili se jej významní vědci jako např. prof. z Izraele. Velice hvězdné obsazení měl teaching workshop organizovaný doc. Janem Marešem z 1. lékařské fakulty, který probíhal na Fyziologickém ústavu 1. lékařské fakulty, Již v Helsinkách mně přislíbili účast všichni autoři špičkových světových učebnic a také se dostavili, kromě prof. Guytona, který se nemohl dostavit pro vážné onemocnění manželky. Byl zde prof. Ganong, známý endokrinolog, který je autorem světoznámé učebnice přeložené do množství jazyků, prof. Bern, autor nejnámější učebnice fyziologie na celém východním pobřeží Spojených států, prof. Schmidt z Würzburgu, který je šéfredaktorem nejlepší učebnice německé fyziologie člověka, která byla také přeložena do mnoha jazyků, zejména její anglické vydání je používáno ve všech evropských zemích. Prof. Schmidt je v současné době také vedoucí autor autorského kolektivu, který napsal také vynikající učebnici patologické fyziologie. Dále zde byl prof. Silbernagel, autor světoznámého bestselleru Atlas fyziologie člověka, a samozřejmě další účastníci. Bylo překvapující, že o tento workshop, o který byl obrovský zájem ve světě (každého workshopu se zúčastnilo kolem 50 převážně mladých fyziologů), byl poměrně malý zájem mezi československými fyziology. I když jsme poskytli, a to jsme ještě nevěděli,

jak budeme finančně úspěšní, stipendia mnoha čs. fyziologům, tak někteří se na ně ani nedostavili. Domníval jsem se, že na takovéto zasedání se dostaví všichni učitelé fyziologie z Československa. Nebylo tomu zdaleka tak a nebyli zde ani všichni učitelé fyziologických oborů ani z Prahy, někteří si dokonce v té době vybírali dovolenou. To je překvapující nezáměr a je to důkaz toho, že lidé dosud nepochopili, co je to konkurence, co je světová soutěž a co je otázka světové prestiže. To se odrazilo i v zájmu veřejných sdělovacích prostředků o tento kongres. Přesto, že jsme upozorňovali všechny sdělovací prostředky, tak na zahájení se vůbec nedostavila ČST, což velice kritizoval přítomný ministr Bojar a byl překvapen i prezident kongresu, laureát Nobelovy ceny, prof. Huxley. Ministr Bojar intervenoval potom u ČST, která slíbila, že se okamžitě dostaví, a s oběma laureáty Nobelovy ceny udělá interview. Dostavila se až v pátek ve 13.00 hod., těsně před skončením kongresu (kongres začínal v pondělí ráno). Dalším negativem byla tisková konference. Svolali jsme tiskovou konferenci s oběma laureáty Nobelovy ceny a dostavili se dva zástupci čs. tisku, jednak zástupkyně ČTK a zástupce Lidových novin. Čba ovšem nebyli vybaveni takovou angličtinou, aby mohli s přítomnými diskutovat, takže nakonec jsme vedli tiskovou konferenci s doktorem Hníkem a s prof. Trojanem mezi sebou a mezi prof. Huxleyem a prof. Ecclesem. Ptali jsme se, zdali si ti redaktoři pamatují jména, oni říkali, že samozřejmě ano, ale ta jména se nikde neobjevila. Teprve na příný zákrok náhodně potkané redaktorky z Lidové demokracie vyšlo toto interview v Lidové demokracii. Je to škoda i když a zcela ve skromnosti zařazujeme naše počínání, myslíme si, že takovéto setkání

jednoho oboru v Československu nebylo desítky let a další desítky let pravděpodobně nebude. Je škoda, že se propagačné nevyužilo. Samozřejmě, že lidé, kteří organizují kongres, jsou tak vytížení, že i když jsme měli svého tiskového tajemníka, tak bez pomoci sdělovacích prostředků nelze takovouto akci dost dobře propagovat. Ale propagovala se sama, dostali jsme po skončení množství nádherných dopisů od špičkových vědců, ale i od řadových fyziologů. Všichni byli ohromně spokojeni s programem i s poytem. Samozřejmě každá konference v Praze se dělá snadno, poněvadž Praha je tak krásné město, že sám genius loci této středoevropské perly zajišťuje úspěch. Navíc bylo krásné počasí a byla vynikající recepce a to jsou všechno nezanedbatelné faktory, které přispívají k úspěchu. To je třeba vždycky kriticky přiznat. Ale získání 300 špičkových fyziologů, kteří přednesou špičkové práce, považujeme za úspěch.

Samozřejmě takový kongres měl spousty zajímavosti. Již během něj zde zasedala executiva IUPS, tzn. výkonný výbor Mezinárodní unie fyziologických věd, který má 5 členů a celá rada IUPSu má 16 členů. Jednali velmi intenzivně 3 dny. Závěrečný den, těsně před zahájením kongresu v sobotu 29. června, chtěli navštívit (již předem jsme to zajišťovali) nějakou restauraci. Odmítli nakonec všechny nabízené restaurace typu hotel Diplomat, Diplomatický klub, hotel Forum přestože v něm bydleli, a chtěli typicky českou hospodu. Slyšeli o hospodě U Fleků. Podařilo se nám zajistit místnost Academia. Všichni čeští přátelé od toho zrazovali, ale nadšení cizinců bylo obrovské. Paní Huxleyová, žena prof. Huxleye, která je zvyklá na Cambridge, se projevila jako vynikající partnerka, a zcela se přizpůsobila prostředí

a všichni byli nesmírně spokojeni s gulášem, knedlíky a flekovským pivem. Během kongresu došlo rovněž k definitivnímu ustavení Evropské fyziologické společnosti FEPS (Federation of European Physiological Sciences), která zasedala v Praze dva dni. Takže byla obrovská mimořádná diplomatická aktivita, Československo se stalo okamžitě také ustavujícím členem této evropské společnosti. Kongres trval od neděle večer do pátku večer, t.j. 6 dní, a před tím byly ještě 4 dny workshopů. Dny, které prožívali organizátoři, byly hektické. Seznámil jsem Vás o hezkými věcmi, samozřejmě během kongresu jespousta stížností ; jeden český lékař - emigrant - se vydává na všech kongresech, které se pořádaly v Československu za Čecha, a chce platit nižší příspěvek, pracovnice Purkyňovy společnosti jej znaly a upozornily mne na to. On totiž jezdí na všechny lékařské kongresy, které si odepisuje z daní, přestože je občanem Spolkové republiky Německo. Jeho jednání se mi vůbec nelíbilo a když jsem ho na to upozornil, tak se přišerně urazil, že on nemá takové odpisy z daní zapotřebí a na výzvu, aby tedy zaplatil, odpověděl, že není žádný fyziolog. Zajímavé byly i reakce sovětských účastníků, kteří přijížděli a strašně se divili, že už nejsme gubernie, která jim nezaplatí jejich pobyt, ani je neubytuje zadarmo v hotelu. Domnívali se, že jako vždy se to nějak udělá, aby měli vše zadarmo. Samozřejmě o redukci sjezdového poplatku žádají nejen fyziologové z Východu, ale také ze Západu. Je až s podivem, jak někteří obyvatelé bohatých států, o nichž jsme věděli, že jsou sami bohatí, hledali všechny cesty, jak ušetřit. Ale to sebou samozřejmě přináší takový kongres a přináší to sebou život. Velmi zajímavé byly diskuse



s některými mladými lidmi, všichni měli obrovský zájem o Československo, o československou fyziologii, dohodli jsme se, že my nepotřebujeme pomoc v tom směru, aby jenom všichni lidé jezdili ven, ale zejména pomoc ve formě přístorjového vybavení a o reciproční výměny, které budou oboustranné. Dohodli jsme takové výměny i pro naši fakultu. Velmi zajímavá byla diskuse s prof. Ecclesem. To je člověk, kterému je 88 let, je to vynikající přítel Československa, jeho druhá manželka je Češka, po roce 1968 napsal nádhernou protitotalitní knížku proti okupaci Československa s názvem Facing Reality, za kterou pak byl velice nepříznivě viděn v této zemi. Ještě v r. 1987, když byl pozván na Purkyřův sjezd ke 200. výročí narození Purkyně, někteří lidé měli strach s ním vůbec promluvit. Měl jsem tehdy čest jej doprovázet, takže jsem se divil. Ale je stále lucidní, má vynikající odhad, dává nové myšlenky. Při jedné večeři došlo k jedné zajímavé debatě, proč není žádný černoch neurofyziolog. Prof. Eccles se zamyslel a řekl: no protože nemá mozek. Pak se opět usmál a říkal, no podívejte se, proč žádný běloch není mistrem světa v běhu na 100 metrů? Takže fyziologové vždycky měli smysl pro humor, humor měl už Purkyně a s humorem jsme zvládli i tu obrovskou zátěž v partě lidí, která velice intenzivně pracovala, i když měla občas rozpory. Ale to tak musí být. Vše dobře dopadlo i proto, že týden před kongresem jsme dostali slíbenou finanční podporu od ministra Klause, takže nikdo nebude nic doplácet a mohli jsme i poslat některé sjezdové dokumenty těm, kteří se ztratili nebo kteří byli okradeni. Oficiální okradení bylo pouze jeden turecký a jeden americký účastník na parkovišti v Paláci kultury.

Co říci na závěr. Čtyři roky práce, pro mne pět let, skončily.. Je mi trochu smutno, když najednou nemusím každých 14 dní nebo každý týden v úterý na Albertov a nikdo mi netelefonuje a nikdo nechce zjistit, kolik bude platit, jakou může mít slevu, kdy bude v programu, byť to všechno již dávno obdržel. Byli jsme velice spokojeni po kongresu, okamžitě jsme všichni odjeli do přírody, na vodu, hrát tenis, ale deprese stejně přišla. Přišla asi po 14 dnech, kdy se únava a vypětí projevilo. Dnes je již vše srovnáno, v klidu a těšíme se, že možná někdy se pokusíme zorganizovat něco, co by opět prospělo československé fyziologii a československé vědě.

## D O K U M E N T

# J A K N Á S [ N E ] Z N Á S V Ě T . . .

Date: Mon, 16 Sep 91 17:18 EST  
From: <REDMON@GMUVAX>  
Subject: RE: address of an anthropologist  
To: HOESCHL@CSEARN  
Original\_To: Jnet%"HOESCHL@CSEARN"

Cyril-

Thank you for your help as well. You should see the expressions on the faces of the professors here when they see messages come up on the screen from such a country as Prague.  
Jeremy



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERSITY KARLOVY

Šrobárova 48

1 0 0 4 2 P R A H A 1 0

V Á Ź E N Í,

předkládáme Vám seznam přednášek význačných zahraničních hostů, kteří přednášeli na 3.LF UK v Praze. K tomuto seznamu jsou přiloženy i přednášky našich předních odborníků z různých oborů pro habilitační a profesorské řízení na 3.LF UK.

Pokud máte o kterýkoli záznam zájem, stačí pouze zaslat Vaše požadavky na adresu :

Klárka SVOBODOVÁ  
3.LF UK  
Šrobárova 48  
100 42 P R A H A 1 0

Přednášky podle Vašeho výběru budou přetočeny na kazetu a poslány na Vaši adresu.

Cena jedné kazety : 180 min. - 500 Kčs + poštovné

Těšíme se na spolupráci.

3. lékařská fakulta UK

Přehled videozáznamů  
habilitací a jmenovacích řízení  
3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

| Jméno a téma  | Řízení | Stopáž<br>v min. | Datum VR  | Poznámka                     |
|---|--------|------------------|-----------|------------------------------|
| MUDr. Zdeněk Dytrych, CSc.<br><i>Poškozené dítě a duševní zdraví<br/>rodičů</i>   | Doc.   | 18:00            | 10.5.90   | PSYCHIATRIE, RODINA          |
| MUDr. Oldřich Vinař, CSc.<br><i>Psychofarmakon jako nástroj výzkumu</i>   | Doc.   | 15:44            | 10.5.90   | PSYCHOFARMAKOLOGIE           |
| MUDr. Olga Hníková, CSc.<br><i>Kongenitální hypothyreóza</i>  | Doc.   | 16:00            | 10.5.90   | PEDIATRIE,<br>ENDOKRINOLOGIE |
| Doc. MUDr. Vlastimil Slouka, CSc.<br><i>Koncepce klinické biofyziky</i>   | Prof.  | 14:38            | 10.5.90   | BIOFYZIKA                    |
| MUDr. Radana Königová, CSc.<br><i>Moderní trendy v léčbě<br/>popáleninového traumatu</i>  | Doc.   | 26:19            | 21.6.90   | POPÁLENINY                   |
| MUDr. Jarmila Myslivečková -<br>Hassmannová, CSc.<br><i>Srovnání vývoje učení a paměti<br/>u dvou kmenů laboratorních potkanů</i> | Doc.   | 18:20            | 21.6.90   | FYZIOLOGIE                   |
| MUDr. Kamil Provazník, CSc.<br><i>Škola a zdraví mladé populace</i>   | Doc.   | 15:00            | 21.6.1990 | HYGIENA                      |
| MUDr. Luboslav Starka, DrSc.<br><i>Epitestosteron - endogenní<br/>antiandrogen</i>  | Doc.   | 12:36            | 21.6.1990 | ENDOKRINOLOGIE               |
| Doc. MUDr. Václav Bláha, CSc.<br><i>Nové trendy v nukleární medicíně</i>  | Prof.  | 21:19            | 21.6.1990 | NUKLEÁRNÍ MEDIC.             |

|   |      |       |            |               |
|---|------|-------|------------|---------------|
| MUDr. Milena Černá, DrSc.   | Doc. | 25:21 | 28.6.1990  | HYGIENA       |
| <i>Monitorování genotoxických faktorů prostředí</i>   |      |       |            |               |
| MUDr. Lumír Komárek, CSc.   | Doc. | 19:56 | 28.6.1991  | HYGIENA       |
| <i>Zdraví a osobnost adolescenta</i>  |      |       |            |               |
| MUDr. Pavel Kuchynka, CSc.  | Doc. | 14:52 | 28.6.1990  | OČNÍ          |
| <i>Operace šedého zákalu s implantací</i>   |      |       |            |               |
| Doc. MUDr. Alena Tomšíková, DrSc. Prof.   |      | 28:38 | 28.6.1990  | MIKROBIOLOGIE |
| <i>Současná problematika oportunních mykóz</i>  |      |       |            |               |
| RNDr. PhDr. Zdeněk Neubauer   | Doc. | 35:56 | 11.10.1990 | BIOLOGIE      |
| <i>O povaze tvaru a utváření živých bytostí (přednáška je v angličtině)</i>   |      |       |            |               |
| MUDr. Jaroslav Kříž   | Doc. | 15:18 | 19.12.1990 | HYGIENA       |
| <i>Zdravotní stav obyvatelstva a preventivní lékařství</i>  |      |       |            |               |
| MUDr. Pavel Mirovský, CSc.  | Doc. | 18:17 | 19.12.1990 | EPIDEMIOLOGIE |
| <i>Antimalarické vakcíny</i>  |      |       |            |               |
| RNDr. PhDr. Zdeňka JEDLIČKOVÁ, DrSc.  | Doc. | 29:50 | 19.12.1990 | MIKROBIOLOGIE |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i>   |      |       |            |               |
| Doc. MUDr. Cyril Höschl, DrSc. Prof.  |      | 18:00 | 19.12.1990 | PSYCHIATRIE   |
| <i>Sémantická metafora v psychoneuroendokrinologii</i>  |      |       |            |               |
| MUDr. Miroslav Cikrt, DrSc.   | Doc. | 36:15 | 31.1.1991  | HYGIENA       |
| <i>Biologické monitorování expozice kadmia v životním prostředí</i>   |      |       |            |               |
| MUDr. Michal Anděl, CSc.  | Doc. | 37:27 | 31.1.1991  | INTERNA       |
| <i>Nutriční intervence jako prostředek k ovlivnění lokálního i globálního metabolismu u nemocných v těžkých stavech</i> |      |       |            |               |

|   |       |           |                                 |
|---|-------|-----------|---------------------------------|
| Doc. MUDr. Jiří Havránek, CSc. Prof.  | 18:10 | 31.1.1991 | HYGIENA                         |
| <i>Hygienické limity v současné společenské situaci</i>   |       |           |                                 |
| MUDr. Pavel Mareš, CSc. Doc.  | 14:23 | 28.2.1991 | PATOL. FYZIOLOGIE               |
| <i>Zvláštnosti epileptogeneze v nezralém mozku</i>  |       |           |                                 |
| Doc. MUDr. Vladimír Janda, DrSc. Prof.  | 7:24  | 28.2.1991 | REHABILITACE                    |
| <i>Racionální terapie bolesti v kříži</i>   |       |           |                                 |
| Doc. MUDr. Vladislav Klener, CSc. Prof.   | 14:38 | 28.2.1991 | OCHRANA<br>PŘED ZÁŘENÍM         |
| <i>Lékařská problematika nehod se zdroji záření</i>   |       |           |                                 |
| MUDr. Jiří Skála, CSc. Doc.   | 24:33 | 14.3.1991 | CHIRURGIE                       |
| <i>Chirurgie žlučových cest - soubor prací</i>  |       |           |                                 |
| Doc. MUDr. Richard Rokyta, CSc. Prof.   | 24:37 | 14.3.1991 | FYZIOLOGIE                      |
| <i>Dogmata a mýty o činnosti thalamu</i>  |       |           |                                 |
| Doc. MUDr. Lubor Malina, DrSc. Prof.  | 14:41 | 14.3.1991 | KOŽNÍ                           |
| <i>ÚV - radiační vlivy zevního prostředí ve vztahu ke kožnímu systému</i>                           |       |           |                                 |
| Doc. MUDr. Jaroslav Počta, CSc. Prof.   | 24:19 | 24.4.1991 | ANESTEZIOLOGIE<br>A RESUSCITACE |
| <i>Medicina katastrof - zdravotnický problém</i>  |       |           |                                 |
| MUDr. Milan Kment, CSc. Doc.  | 37:45 | 30.5.1991 | INTERNA                         |
| <i>Přínos terapeutické endoskopie k problematice portální hypertenze a kolorektálního karcinomu</i> |       |           |                                 |
| MUDr. Václav Červenka, CSc. Doc.  | 20:17 | 30.5.1991 | INTERNA                         |
| <i>Význam PTCA pro revaskularizaci myokardu</i>   |       |           |                                 |
| MUDr. Jaroslav Faltýn, CSc. Doc.  | 15:20 | 30.5.1991 | CHIRURGIE                       |
| <i>Přínos kryochirurgie v léčbě karcinomu rekta</i>   |       |           |                                 |

Přehled videozáznamů  
přednášek zahraničních hostů  
3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Všechny videozáznamy jsou natočeny na systému VHS.

Jsou to přímé reportážní záznamy z přednášek v posluchárnách naší fakulty.

Upozornění : na všechny přednášky má 3.LF UK výhradní autorské právo .

---

1. Prof. MUDr. Sanjiv K A U L - USA

Prof.Kaul je předním americkým kardiologem, působícím na lékařské fakultě University of Virginia, USA.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 8.5.1990

Téma : Klinická kardiologie

délka 60 minut

Jazyk: anglický

---

2. John H. B A I L E Y - Kanada

J.H.Bailey je bývalý kanadský diplomat.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 24. 5.1990

Téma : Mezinárodní vztahy

délka 52 minut

Jazyk: anglický

---

3. Matthias D O S E, M.D. - SRN

Dr.Dose byl předním vědeckým pracovníkem MAX - Planck Institutu psychiatrie v Mnichově. Nyní je vedoucím lékařem neurologické a psychiatrické nemocnice v Ansbachu. Je zaměřen na úlohu kalcia v klinice neuropsychiatrických poruch.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 25.5.1990

Téma : Psychiatrie (psychofarmakologie - udržovací léčba afektivních poruch, kalciový metabolismus)

délka 74 minut

Jazyk: anglický

---

4. Tom S I N D L I N G E R - Kanada

Podnikatel z Calgary.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 31.5.1990

Téma : Ekonomické aspekty privatizace medicíny

délka 48 minut

Jazyk: anglický

---

---

5. MUDr. Ivan L E F K O V I T S - Švýcarsko

MUDr. Lefkovits je významný imunolog Basel Institute for Immunology.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 22.5.1990

Téma : Klonální selekce v molekulární imunologii délka 100 minut

Jazyk :anglický

---

6. Prof. Paul G R O F , M.D. - Kanada

Prof. Grof je předním odborníkem v oblasti biologické psychiatrie, zejména thymoprofylaxe. Působil jako profesor na McMaster University v Hamiltonu jako vedoucí Research. Unit. Nyní je vedoucím výzkumného psychiatrického ústavu na univerzitě v Ottawě.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 16.5.1990

Téma : Lithium , afektivní poruchy délka 86 minut  
(dlouhodobá léčba afektiv.poruch, ochranná léčba lithiem)

Jazyk : český, anglický

---

7. MUDr. Petr N O V Á K - Švédsko

MUDr. P. Novák je předním odborníkem v oblasti primární prevence. Více než 20 let pracuje ve vedoucích funkcích při zajišťování primární péče o obyvatelstvo ve Švédsku: Účastní se postgraduální výchovy mladých lékařů.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 18.5.1990

Téma : Organizace švédské zdravotní služby délka 110 minut

Jazyk : český

---

8. Prof. E. G. B E C K , M.D. - SRN

Prof. BECK je přednosta Hygiene Institut der J.Liebig Universität, Giessen.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 7.3.1991

Téma : Rozeznání a odhad rizika v medicíně prostředí délka 20 minut

Jazyk: německý

---

9. Prof. Pavel S C H M I D T - SRN

Zástupce přednosta Hygiene Institut der J.Liebig Universität, Giessen.

Téma : Nemocniční hygiena délka 82 minut

Jazyk: český

---

10. Prof. Gabriel P E L I S S E R , M.D. - Itálie

Prof. G. Pelliser je profesorem hygieny a preventivního lékařství na Univerzitě v Pavii a v Lecce v Itálii.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 2.11.1990

Téma : Epidemiologie neinfekčních chorob a preventivního lékařství

Jazyk : anglický délka 80 minut

---



---

11. Prof. Alfred K E I L E R, M.D. - Rakousko

Prof. A. Keiler je přednostou chirurgického oddělení v Riedu, Rakousku. Prof. Keiler má mnohaleté zkušenosti v abdominální chirurgii, především v chirurgii žlučníku a žlučových cest. V poslední době také s laparoskopickou cholecystektomií - metodou, která představuje nový postup v chirurgii žlučníku.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 29.1.1991

Téma : Nové trendy v chirurgii cholelitiázy

délka 66 minut

Jazyk : německý

---

12. Prof. C. G. D. B R O O K , M.D. - Anglie

Prof. Brook je světově uznávaný odborník v oblasti pediatriké endokrinologie z Middlesex Hospital v Londýně.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 29.3.1991

Téma : Therapeutic possibilities in growth disturbances

délka 100 minut

Jazyk : anglický

---

13. Prof. P. G R O F , M.D. - Kanada

Ředitel výzkumného psychiatrického oddělení a profesor na universitě v Otavě v Kanadě.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 8.4.1991

Téma : New Directions in Research on Affective Disorders

délka 37 minut

Jazyk : anglický

---

14. Prof. H. D A V I D, M.D. - U S A

Prof. H. David je ředitelem Transnational Family Research Institute v Bethesda v USA.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 8.4.1991

Téma : Healthy Family Functioning

délka 35 minut

Jazyk : anglický

---

15. Dr. Norman S A R T O R I U S , M.D. - WHO, Ženeva

Dr. N. Sartorius, director of Mental Health Division of World Health Organization in Geneva.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 9.4.1991

Téma : Perspective of Mental Health Program at the End of Second Millenium

délka 72 minut

Jazyk : anglický

---

16. Doc. Dr. Miloš M A T O U Š E K , M.D. - Švédsko

Doc. Dr. M. Mačoušek pracuje na oddělení klinické neurofysiologie v Göteborgu.

DATUM PŘEDNÁŠKY : 8.4.1991

Téma : Má EEG budoucnost v psychiatrii?

délka 45 minut

Jazyk : cesky

---



# Psychiatrické Centrum Praha

Prague Psychiatric Center, Ústavní 91, 181 03 Praha 8

*Affiliated with 3<sup>rd</sup> School of Medicine, Charles University  
Collaborating Center of the World Health Organization*

Cyril Höschl, MD, DrSc.  
*Director*

Pavel Baudiš, MD, CSc.  
*Deputy Director  
Clinical Staff*

Zdeněk Dytrych, MD, CSc.  
*Deputy Director  
Social Psychiatry*

Václav Filip, MD, CSc.  
*Deputy Director  
Biological Psychiatry*

Ivan Dvořák, RNDr. CSc.  
*Secretary  
Research & Development*

Jiří Vítek  
*Institute Administration*

Vám nabízí hmatatelný výsledek symposia o moletech růstu živých tvarů,  
uskutečněného v Bechyni 26. - 30. září 1988, sborník

## GEOMETRIE ŽIVÉHO

Edice TAROT - XVIII. Luna, 315 stran,  
70 vyobrazení, Praha 1989, 35 Kčs

Dotisk sborníku jsme zapravili v tiskárně za insolventní ZP ČSVTS při FGú ČSAV,  
abyste si jej mohli přečíst, najdeze v něm

**Zdeněk Neubauer:** *Zachraňte jevy aneb Chvění bláznovství*  
**Petr Vopěnka:** *Neviditelné reálné tvary*  
**Zdeněk Neubauer:** *O strukturalistickém hnutí v biologii (Osacká skupina)*  
**Jiří Fiala:** *Pražský meziválečný strukturalismus*  
**Petr Kúrka:** *Geometrie organického tvaru*  
**Jiří Fiala:** *Vznik a vývoj tvarů (teorie katastrof)*  
**Věra Kúrková:** *Fraktály a dynamické systémy*  
**Jiří Měska:** *Počítačová grafika, soběpodobnost a morfologie*  
**Zdeněk Neubauer:** *Pojem morfogenetického pole*  
**Jiří Sádlo:** *O morfogenezi architektury rostlin*  
**Anton Markoš:** *Buňky a morfogeneze (komunikace v organismech)*

a 7 dalších studií.

Dostatečně široké čisté bílé okraje na Vaše čtené poznámky!!!

Cena 1. výtisku : 35 Kčs

Objednávky zasílat : Knihovna PCP

Ústavní 91

181 03 Praha 8 - Bohnice

Vystoupení prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc. před vědeckou radou 3. LF UK dne 12.9.91. při jmenovacím řízení Doc. RNDr. et PhDr. Zdeňka NEUBAUERA profesorem obecné biologie. Přítomen byl také Jeho Magnificence prof. Radim Palouš, rektor UK, který v dlouhém, zasvěceném a zaníceném diskusním vystoupení zhodnotil dílo uchazeče a ocenil i to, že jmenovací řízení probíhá na 3. LF UK.

Být oponentem kteréhokoli z děl či prací Zdeňka Neubauera přináší s sebou zároveň povinnost vyrovnat se s celou Neubauerovou osobností a s jeho rolí v duchovním kontextu našem i Evropském. To je však úkol velmi obtížný a přiznám se, že ani v souvislosti s tak závažným důvodem, jakým je profesorské řízení na Karlově univerzitě, není v mých silách. Pokusím se proto nejprve odůvodnit, proč probíhá Neubauerovo jmenovací řízení v oboru obecné biologie a pak přiblížit Neubauerův přínos právě této disciplíně.

Neubauerova životní dráha (která je ct. členům VR buď známa, nebo se s ní mohou seznámit v curriculum vitae a v přiblížení pana prof. Manycha) jasně ukazuje střet, uchopení i ovládnutí nejprve přírodovědy, ke které Neubauer s důkladností a vhlédem sobě vlastním přichází skrze mykologii, aby nakonec učinil i speciální objev mikrobiologicko-genetický, posléze jazykozpytu v pohledu etymologickém, sémantickém, srovnávacím a vývojovém, a nutně filosofie, která na rozdíl od specialistů 20. století není Neubauerovi ani ozdobou, ani vstupenkou do snobské společnosti, ani samoučelným tlacháním, ale díky jeho fenomenalitě naprosto nutným návratem ke zdrojům poznání, k chápání smyslu, uchopení souvislosti, vztahů a vztahů mezi vztahy. Pro Neubaueru bez filosofie neexistuje poznání, tzv. čistá věda je nesmysl. Podle Neubaueru víra představuje vlastně gnoseologický protějšek etické důvěry a ontologické vzájemnosti, sounáležitosti. Víra byla zcela nahrazena "věděním" poté, co bylo holonomické chápání korespondence řádů opuštěno a zbyly jen soustavy, u nichž stačí vědět, z čeho sestávají a jak jsou sestaveny. Tento novověký způsob vědění, které chtělo být EPISTEMÉ, byl postupně pokořen na vytváření "modelů", tedy pouhého napodobování nápodob. Vědecké poznatky dnes vystupují v podobě pouhých mínění ("Our results seem to support our suggestion ... Further experiments are needed to..."). Mínění tedy není věděním; ale není ani vírou v silném slova smyslu. Filosofie si za této krize poznání opět činí v Neubauerových očích nárok být skutečným věděním. Specializování vědců dneška, byť je jim Neubauerův striktní strukturalismus (připomeňme Neubauerovu chválu strukturalismu v Geometrii živého a jeho polemiku s Laco Kováčem<sup>1)</sup>) jakkoli nepřijemný, musí nutně sami dospět k tomu, že nejbolestivějším nedostatkem naší vědy je ztráta schopnosti uvidět celek, která je nepřímo úměrná rostoucímu kvantu poznatků. A právě filosofie dnes může opět zjednat vědeckým poznatkům porozumění. Skutečné vědění je plodem takového poznání, které dává smysl. A smysl přichází podle Neubaueru odjinud než z pouhého testování hypotéz. Filosofie však nemůže jako taková být skutečným věděním. Musí zůstat pokornou služkou, jejíž služby jsou ovšem ve světě střetávání paradigmat nepostradatelné. Medicína tedy nepotřebuje filosofii jako zdroj vědění, což se někteří filozofii odpuzení lékaři mylně domnívali, ani jako nástroj, jak to někdy pletli dohromady marxisté, ale jako pěstění smyslu pro smysl svého vlastního vědění. Neubauer sám v této službě pronikl mohutně do psychologie pochopením života a díla C.G. Junga, do neuropsychologie a psychiatrie svým brilantním zmapováním mozkové asymetrie, jak nám je předložil v jedinečné přednášce na semináři u prof. Katětova, a do mnoha dalších oblastí,

kterým porozuměl z pohledu často velmi neobvyklého a zanedbaného. Proto ta nezvyklost, proto ty obtiže s "vědci". Biologii jsem v tomto posledním výčtu záměrně vynechal, neboť ta je mezi ostatními Neubauerem obsaženými disciplinami přece jen v jiném postavení: z biologie totiž vyšel, k ní se vztahoval a s ní se dodnes vypořádává (srv. jeho obdiv k Portmanovi<sup>2)</sup>). K čemu je Neubauer nám biologům, k čemu takový profesor biologie v případě, že považujeme filosofii za kontaminující komplikaci právě vědy ze strany neprofesionálů, kteří by si rádi nadešli naši každodenní laboratorní drinu<sup>3)</sup> bezpracnou zkratkou volající "heuréka" ? Kdyby v ničem jiném, vidím odpověď přímo v Neubauerově chvále bláznovství<sup>4)</sup>, již předznamenává motto z Goethova Fausta<sup>5)</sup>:

"Zblízka i z dalek shromáždění  
zdravím vás, ctní a věrní moji-  
hle, mudrc po boku mi stojí  
ale proč blázen tady není?"

Císařův blázen nastavuje zrcadlo a dává věcem smysl nejenom skrz metaforu, příběh, narážku a měkkost přirozeného jazyka, ale i skrz nevyřčené: čistě kresbou pozadí. A tento dar přináší nám, kteří máme jinou přípravu i životní zkušenost, učenec par excellence, pansofista, vědec a myslitel Zdeněk Neubauer. Ba co víc, ukazuje nám chtít nechtě, jací profesori naši univerzity chyběli a dosud stále chybí. Připomeneme-li si, že znalost přírody se na univerzitě pěstovala v rámci filosofie, která ovšem nebyla *scientia* ale *ars*, provozovaná na *Facultas artium*, a že biologii oddělil z filosofie Bohumil Němec teprve v tomto století, pak pochopíme, že Neubauer je biologem mimo jiné právě proto, že je filosofem a filosofem je právě proto, aby mohl být biologem. V Neubauerově případě jmenovací řízení pro obor biologie prováděné *nota bene* na lékařské fakultě neznamená násilné povznesení filosofa do hájemství vědy, nýbrž zadostiučinění původnímu smyslu věci na této univerzitě a kultivaci jejího současného řádu. Neubauer se tímto rituálem vrací tam kam patří, jsa svou dosavadní poutí neuvěřitelně vyzbrojen a způsobilý k jakékoli disputaci. I kdyby nikdo na světě s Neubauerem nesouhlasil, musí souhlasit s tím, že je to universitní profesor per definitionem. Pro Zdeňka Neubauera je každé zařazení, každý obor, chliveček, předpis či kolonka nepřipustně těsnou svěrací kazajkou. Neubauer překračuje a mohu rovnou říci transcenduje současný stav naší university. Je povinností nás, kteří to už dobrých pár let rozpoznáváme, abychom v té věci zjednali nápravu a prostor mu uvolnili.

A nyní k druhému bodu: Neubauer jako strukturalista sdílí s vitalisty názor, že živá hmota je něco jiného než soubor chemických reakcí. Odmítá redukovat biologii na biochemii a biochemii na chemii. Upozorňuje mne v jednom ze svých jedinečných dopisů, že DNA eukaryontního jádra tvoří pouhých 0.4% ; vše ostatní v jádře se patrně zabývá zpracováním informací ve smyslu interpretace. Zdůrazňuje, že primární odpovědi buňky na informaci z okolí je změna tvaru buňky daná přestavbou cytoskeletu s následnými změnami mnohoposchodového prostorového uspořádání genomu v jádře. Dnes je zřejmé, že tím primárním je zaujmutí tvaru (buňky, jádra, chromozomu), jež určuje chemismus, a nikoliv chemické složení soustavy, které by měnilo tvar! Proto považuje Neubauer za smysluplné hovořit o morfogenetickém poli, epigenetické krajíně apod.<sup>6)</sup> Tvar pak rozhoduje o tom, která informace bude čtena a jak bude interpretována. Primární prepis genofondu je základem

celé řady alternativních dešifráží a obměn. Podle Neubauera si information processing genetické informace nezadá s processing zrakové informace (cesta od viděného obrazu až po jeho slovní výklad). S tím souvisí ovšem i řízení mutace, ergo návrat lamarckismu. Právě proto, že Zdeněk Neubauer se smysluplnou sebestproměnou genetické informace po celý život zabýval v nevěře, že by evoluce byla jen důsledkem série chyb v přepisu, a upozorňoval na okrajové podpůrné práce, je mu dodnes nadáváno do lamarckistů a lysenkistů. Teprve v současnosti však náhled, že dědičné změny se nedějí ani náhodně ani nutně, nýbrž selektivně, inteligentně a orientovaně, pronikl i do renomovaných časopisů. Neubauer je celoživotním účastníkem těchto zápasů o pochopení života, je dnes již jejich klasikem a jedním z mála biologů v naší zemi, který dokáže ocenit, co se odehrává a změřit hloubku této revoluce v pochopení života. Podle něj jsou životní pochody svébytné již na molekulární úrovni. Člověk tedy není stroj. Neubauer striktně odmítá genetický determinismus: geny jsou skutečně vlchy a nikoliv determinanty. Představují možnosti, jimiž je živá bytost vybavena, nikoliv předpisy, jimiž by byla určena. Mncho Neubauevých prací, v nichž prosazoval jazykovou metaforu genetické informace proti obvyklé a ještě k tomu povrchní metafoře počítačové, dokládá, že současný vývoj mu se zpožděním přináší zadostiučinění, a to právě v oblasti molekulární biologie, která patří ke směrům dnes v medicíně nejvýznamnějším.

S ohledem na vše, co jsem uvedl, se znalostí Neubauerova díla, osobnosti i pedagogického projevu, prohlašuji, že doc.dr. Zdeněk Neubauer zcela a bez výhrad splňuje požadavky kladené na univerzitního profesora a navrhuji jej ke jmenování profesorem pro obor obecné biologie.

12.9.1991

Cyril Höschl

- 1) Neubauer Z.: *O strukturalistickém hnutí v biologii*. In: *Geometrie živého*, sborník přednášek podzimní školy "Matematické modely morfogeneze", Bechyně 26.-30.9.88. Vydal ZP ČSVTS při FgÚ ČSAV, Praha 1989, str.43n.
- 2) Neubauer Z.: *Střetnutí paradigmat v současné biologii*. ZP ČSVTS při FgÚ ČSAV, Praha 1985, str.147n.
- 3) Podle Kováče "To všechno (rozuměj strukturalismus a potažmo filozofie) začne mít vědecký význam až v okamžiku, kdy se z neplodné rétoriky přejde k návrhům konkrétních experimentálních modelů, k formulování konkrétních experimentálních programů, kdy jejich protagonisté opustí psací stoly a přejdou do laboratorí nebo k počítačům či si zvolí trpělivou darwinovsko - lorenzovsko - tinbergenovskou cestu konkrétního pozorování přírody". Viz<sup>1)</sup>, str.53.
- 4) Neubauer Z.: *Zachraňte jevy aneb chvála blaznovství*. Viz<sup>1)</sup>, str.3n.
- 5) J.W.Goethe, Faust, II, 1.2 (překl.O.Fischer)
- 6) Z korespondence [Zdeněk Cyrilovi 28.8.91, str.5]



# PSYCHIATRICKÉ CENTRUM

Informační středisko

Ustavni 91

181 03 Praha 8 - Bohnice

tel. 8559002, 8574 645

## EDIČNÍ PLÁN 1992

EDIČNÍ ŘADA "ZPRÁVY"

110

**M. Maršálek: RIZIKO TARDIVNÍ DYSKINEZE**

První v Československu vydávaná práce o problematice tardivních dyskinezi přináší ucelený přehled o nejzávažnější chronické komplikaci podávání neuroleptik. Je určena pro všechny lékaře, zabývající se léčbou psychofarmaky, i pro pracovníky psychofarmakologického výzkumu. Jednotlivé kapitoly se věnují klinickému obrazu, průběhu, vymezení podskupin, komplikacím, diferenciální diagnostice, etiologii, patogenезi, epidemiologii a rizikovým faktorům vzniku tardivní dyskineze. Publikace může vhodně sloužit jako praktická příručka rozpoznávání příznaků poruchy.

111

**P. Korcsog: ELEKTROKONVULZIVNA TERAPIA**

Prezentuje snahu vyplnit literární mezeru u nás o elektrokonvulzivní terapii, ukázat v hlavních rysech její padesátiletý vývoj, referovat o moderních trendech a poskytnout současný pohled na základní problémové okruhy. V jednotlivých kapitolách jsou systematicky zpracována témata bazálních mechanismů, terapeutických a nežádoucích účinků, podmínek a technických aspektů, indikací a indikačních procesů, plánování a praktická realizace. Závěrem je hodnocena současná nepříznivá situace u nás s návrhy na řešení některých problémů. V příloze je návrh jednotné dokumentace, která obsahuje indikaci, informovaný souhlas, závěry potřebných vyšetření, průběh léčby a její vyhodnocení. (Ve slovenštině)

112

**BIBLIOGRAFIE ČESKOSLOVENSKÉ PSYCHIATRIE A HRANIČNÍCH OBLASTÍ ZA OBDOBÍ 1985-1990**

Další, v pořadí již páté, pokračování přehledu československé odborné literatury z oboru psychiatrie. Obsahuje soupis monografií, učebnic, sborníků, časopiseckých článků, sborníkových statí, právních předpisů. Kromě toho jsou zachyceny i nepublikované zdroje informací jako jsou doktorské a kandidátské disertační práce, atestační práce II. stupně v ILF, výzkumné zprávy, zprávy z cest do zahraničí. Cca 3000 záznamů je doplněno podrobným jmenným a věcným rejstříkem.

113  
**DSM-III-R  
DIAGNOSTICKÝ A STATISTICKÝ MANUÁL DUŠEVNÍCH PORUCH  
AMERICKÉ PSYCHIATRICKÉ ASOCIACE (REVIDOVANÁ TŘETÍ EDICE)**

Český překlad revidované edice DSM-III-R navazuje na překlad DSM-III (Zprávy č.74). DSM-III-R je závaznou klasifikací duševních poruch v oblasti působnosti Americké psychiatrické asociace. Je velmi často používán, zejména při výzkumných studiích, téměř ve všech zemích s rozvinutou úrovní oboru psychiatrie. Metodologie studií reliability a validity diagnostických kategorií pro DSM-III-R byla použita při vyvoji psychiatrické kapitoly ICD-10 (Mezinárodní klasifikaci nemocí). Znalost a pochopení koncepce DSM-III a DSM-III-R patří k předpokladům pro správné pochopení a kvalifikované přijetí nové koncepce psychiatrické kapitoly ICD-10, která bude pro nás závaznou od r.1993 (viz poslední titul této nabídky).

114  
**I.David: KVANTIFIKOVANÁ ELEKTROENCEFALOGRAFIE**

Zabývá se možnostmi a mezemi zejména počítačové kvantifikované elektroencefalografie (QEEG). Problémy jsou prezentovány převážně z medicínského hlediska. Pozornost je věnována hlavně problematice variability signálu, normativních dat, definování cílových veličin a diagnostických kategorií, redukci dimenze a matematickému zpracování v oblasti spontánní EEG aktivity i evokovaných potenciálů, včetně práci na zvířecích modelech. Zvláštní pozornost je věnována interpretaci výsledků a jejich obrazové reprezentaci, včetně map. Je porovnáváno vizuální hodnocení a počítačové zpracování dat. Jsou uvedeny výsledky normotvorné aktivity mezinárodních vědeckých společností (technické normy, normy snímání, zpracování a prezentace dat). Obecné kapitoly vyústíjí do speciální části, pojednávající o praktické aplikaci QEEG v klinických oborech a farmako-EEG.

115  
**C.Škoda-M.Bouchal a kolektiv:  
PROGNOSTICKÉ FAKTORY DLOUHODOBÉHO PRŮBĚHU NEURÓZ**

V roce 1976 bylo do kontrolované studie účinnosti tří alternativ léčebné péče o neurotiky zařazeno 239 a v roce 1977 do verifikační studie 92 nemocných. Programy (plná hospitalizace, denní sanatorium a docházkové odpolední sanatorium), realizované Psychiatrickou klinikou se lišily délkou kontaktu s terapeutickým prostředím. 266 z původních 331 nemocných bylo přešetřeno po 11 letech. Analýzou vztahů mezi anamnestickými, klinickými a sociodemografickými charakteristikami nemocných v době zařazení do sledování před 11 lety a řadou charakteristik dalšího osudu nemocných byly odvozeny faktory, předikující dlouhodobý průběh neuróz. Koncepci, rozsahem sestav, způsobem provedení i zpracováním je studie ve světové literatuře jedinečná.  
Navazuje na předchozí Zprávy č.52/I a č.78

116

**M. Petrovský:**  
**NEUROLOGICKÉ ZOBRAZOVACÍ METODY V PSYCHIATRII**

Práce shrnuje výsledky posledních výzkumů neurologických zobrazovacích technik u psychiatrických onemocnění. Tyto metody zaznamenaly v poslední době velký rozvoj, zejména v důsledku aplikace počítačů. Jsou uvedeny metody morfologické - CT, MRI, dynamické měření rCBF radioizotopy, PET, SPECT, elektrofyziologické - EEG, evokované potenciály, MEG, SPEM. Dále jsou uvedeny korelace s příbuznými obory - neuroanatomii, neurohistochemií, neuroendokrinologií, neuropsychologií. Zvláštní pozornost je věnována vztahům psychiatrických poruch k epilepsii a k patofyziologii limbického systému. Je hodnocen přínos těchto metod v poznávání příčin některých psychiatrických onemocnění, a tím i v rozšíření možnosti jejich léčebného ovlivnění.

117

**C. Škoda-H. Starke-P. Winiecki a kolektiv:**  
**SKRYTÁ PSYCHIATRICKÁ NEMOCNOST V KLIENTELE VŠEOBECNÝCH  
 A ODBORNÝCH LÉKAŘŮ**

Po publikaci, která podhalila miru potřeby psychoterapie v ambulancích velkoměstského obvodu Lipsko-Jih (Zprávy č. 90), nyní předkládáme výsledky šetření, provedeného stejnou metodou na sestavě 1708 osob. Tato sestava reprezentuje celoroční klientelu ambulanci všeobecného, ženského a interního lékaře, resp. ortopeda, ve velkoměstském obvodě Praha-4 a venkovském okrese Kroměříž. Použité skriningové nástroje (validizované na naší populaci), umožňují v čekárně, ještě před vstupem pacienta do ordinace lékaře, provést rychlou detekci osob, u nichž se na potížích, pro něž vyhledali lékařskou péči, mohou výrazně spolupodílet různé typy životních problémů a zátěží. Jsou odvozeny klinické a socioekonomické charakteristiky z tohoto hlediska zvláště rizikových nemocných. Konečně byly transkulturně srovnány shody i rozdíly všech tří početných sestav.

118

**E. Dragomirecká-R. Jelínková-P. Baudiš-Q. Kümpel-V. Otrubová:**  
**ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ STAV OBČANŮ VYŠŠÍHO VĚKU V OPAVSKÉM  
 OKRESE**

Předkládaná práce seznamuje čtenáře s výsledky terenního šetření zdravotní a sociální situace občanů vyššího věku v opavském okrese, které navázalo na podobné šetření provedené v 1. pražském obvodě. Cílem bylo převést obecné představy o "obtížné situaci starých lidí" do konkrétních poznatků a údajů. Dotazník vyvinutý pro tento účel nejen umožnil shromáždit údaje ze všech důležitých životních oblastí (práce, bydlení, sociální kontakty, sebezaopatření, ekonomická situace, zdravotní stav, spotřeba lékařské péče, spokojenost či nespokojenost a její komponenty), ale také porovnat různé zdroje dat. Velká pozornost je věnována charakteristikám osob, které nevyhledávají lékařskou péči a nebyvají tedy do podobných studií zahrnuty. Veškerá zjištěná data jsou konfrontována s výsledky předchozích domácích šetření.



Zvláštnosti depresi ve staří je mimo jiné i to, že jejich obraz nezapadá do žádných kategorií dle DSM-III-R ani do ICD-10. Navíc je v současnosti na světových kongresech živě diskutována otázka organické etiologie depresi a styčné pole s charakterem onemocnění neurologických. Text zahrnuje kapitoly o taxonomii, epidemiologii, osudu nemocných postižených ve středním věku v průběhu stárnutí, zvláštnosti symptomatologie depresi a manických stavů ve staří, o posuzovacích škálách s přihlednutím k vyššímu věku. V subklasifikaci jsou komentovány maskované deprese, hypochondrie, thymasthenie, ik-tální deprese, deprese při somatických onemocněních, deprese ve vztahu k neurologickým onemocněním a k závažným životním událostem. Následuje kapitola o osobnostních rysech, specifické vdcovského statutu, prognostikám hledisk, morbiditě a mortalitě, sebevražednosti a parasuicidních vyššího věku. Závěrem psychofarmakologie, psychoterapie a dispensarizace.

*Homo sapiens sapiens* - člověk moudrý současný - je za řazen jako vývojově nejpokročilejší forma v zoologickém rodu *Homo*. Dosud nalezené kosterní pozůstatky umožňují hypotetickou rekonstrukci fylogenetického vývoje od živočišných předchůdců až po člověka současného. Málo známá variabilita časných forem, fragmentárnost dochovaných skeletů a často nejisté nálezkové okolnosti jsou hlavními důvody nejednotnosti v interpretaci, vedoucí k velkému množství paleoantropologických terminů, používaných leckdy i neoprávně. Psychosociální variabilita současného člověka se objevuje též ve specifické terminologii (*Homo creator*, *Homo docens*, *Homo eroticus*, aj.), často se zřetelným vztahem k psychopatologií (*Homo ferus*, *Homo mollis*, *Homo somniens*, aj.). V příručce slovníkového charakteru je shrnuto více než 400 terminů rozdělených do 4 kapitol: paleoantropologie, etnická antropologie, sociální a kulturní antropologie a varia. Jde o pokus splatit dluh antropologů ostatním přírodovědeckým, ale i společenským oborům, který může usnadnit vstup do studia člověka a jeho chování v normě a patologii zejména studentům psychologie a medicíny.

Překlad anglické verze stejného glosáře s použitím terminů obvyklých v československé psychiatrické terminologii. Poslouží též jako diagnostická učební pomůcka.

Předpokládán rozsah většiny publikací (s výjimkou DSM-III-R a ICD-10) je cca 100 stran v ceně 20,- až 30,- Kčs.

# Psychiatrické centrum

Informační středisko  
Ustavni 91  
181 03 Praha 8 - Bohnice  
tel. 8559002, 8574 645

## Objednací formulář

Podle evidenčního plánu závazně objednávat označená čísla Zpráv:

|  |
|--|
| 110 * M.Maršálek : RIZIKO TARDIVNÍ DYSKINEZE   |
| 111 * P.Korcsoy : ELEKTROKONVULZÍVNA TERAPIA   |
| 112 * BIBLIOGRAFIE ČS.PSYCHIATRIE A HRANIČNÍCH OBLASTÍ<br>ZA OBDOBÍ 1985-1990  |
| 113 * DSM III-R<br>DIAGNOSTICKÝ A STATISTICKÝ MANUÁL DUŠEVNÍCH PORUCH<br>AMERICKÉ PSYCHIATRICKÉ ASOCIACE (REVIDOVANÁ TŘETÍ EDICE)    |
| 114 * I.David : KVANTIFIKOVANÁ ELEKTROENCEFALOGRAFIE   |
| 115 * C.Škoda-M.Bouchal a kol.:<br>PROGNOSTICKÉ FAKTORY DLOUHODOBÉHO PRŮBĚHU NEURÓZ  |
| 116 * M.Petrovský :<br>NEUROLOGICKÉ ZOBRAZOVACÍ METODY V PSYCHIATRII   |
| 117 * C.Škoda-H.Starke-P.Winiecki a kol.:<br>SKRYTÁ PSYCHIATRICKÁ NEMOCNOST V KLIENTELE VŠEOBECNÝCH<br>A ODBORNÝCH LÉKAŘŮ            |
| 118 * E.Dragomirecká-R.Jelínková-P.Baudiš-Q.Kümpel-V.Otrubová:<br>ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ STAV OBČANŮ VYŠŠÍHO VĚKU<br>V OPAVSKÉM OKRESE |
| 119 * M.Vojtěchovský : DEPRESE VE STÁŘÍ  |
| 120 * Z. Klein : ECCE HOMO -<br>STRUČNÝ PŘEHLED ANTROPOLOGICKÉ TERMINOLOGIE  |
| 102 * GLOSÁŘ K MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACI NEMOCÍ (ICD-10)<br>- ODDÍL PSYCHIATRIE  |

evidenční číslo .....

příjmení, jméno .....

adresa (kam si přejete, aby byly publikace zasilány)

.....

.....

Datum : .....

Podpis: .....

---

# Kolabuje welfare společnost??

M.Bojar

---

Mám -li se v krátkosti věnovat tématu nepochybně kontraverznímu, pak dovoluji, abych se doznal k tomu, že pohled můj, či spíše náš, je silně poznamenán kulturně historickými i geopolitickými zkušenostmi. Sdílime je do značné míry s našimi nejbližšími post-socialistickými sousedy, jimiž jsou Polsko a Maďarsko. V delší historické perspektivě a odlišném politicko-ekonomickém kontextu pak nepochybně i s Rakouskem a Německem. Můj pohled bude tedy poznamenán zkušeností oné ne zcela jasně definované části Evropy, již se dnes opět začíná říkat - a my na tom tvrdošijně lpíme - střední Evropa.

Státy střední a východní Evropy byly v tomto století rozdělovány, spojovány a někdy i ničeny dvěma největšími válkami. Prvá světová. Byť jedna začala výstřely v Sarajevu a druhá v Glivicích, a vlastně v českých Sudetech. Středoevropané zbuvovali i ostudnou železnou oponu, v ničem si nezádávající s Velkou čínskou zdi. Tisíce kilometrů ostnatého drátu, důmyslných vražedných plotů, hlídací psi a samostřílné systémy neměly chránit proti nájezdům novodobých Hunů. "Opona" ochraňovala postromanovské stalinské imperiální samoděržaví proti rozkladnému vlivu "dekadentní" a svobodomyšlné, nově se rodící atlantické Evropy. Uzavírala desítky milionů Evropanů v hrůzných národních, socialistických ghetech. Fultonský projev předznamenal vznik Evropy, liberální a demokratické, oddělivší se od "jiné Evropy".

A jako jinoevropané se jen s obtížemi - též pro pochopitelné nepochopení našich západoevropských bratranců a sestřenic, pomalu pokoušíme o návrat do i Evropy, která se natolik změnila, že ji mnohdy vůbec nepoznáváme. A nerozumíme jí.

Po druhé světové válce se zmíněné středoevropské státy spolu se státy východoevropskými postupně propadaly na žebříčku prosperity stále hlouběji oproti poraženým a válkou poničeným státům. A to přesto, anebo právě proto, že zpravidla podporovaly tábor vítězných spojenců.

Stoupaly naopak v přehledech o nízkém průměrném věku, vysokém počtu potratů, sebevražd, alkoholismu, nádorových onemocněních, infarktů a jiných civilizačních chorob.

Bylo tomu tak přesto, že v ČSR a v dalších zemích sovětského bloku, byl velice rychle vytvořen centralizovaný systém Národní zdravotní služby .V mnoha ohledech identický s britským NHS.Došlo k desetiletí trvajícimu pokusu vybudovat modifikovanou "welfare society"

v zemích, které byly povětšinou zatíženy iracionální prudkou výstavbou těžkého a zbrojního průmyslu , tolik potřebného pro vytvoření nesmyslné zbrojní kapacity států Varšavské smlouvy.

Tyto státy se snažily v různé míře naplnit své představy o welfare society v podmínkách diktatury proletariátu, později v zemích reálného socialismu - jak ve zdravotnictví, tak školství, sociálních službách i kultuře.Státní sektor byl dominující a v některých zemích, přičemž zcela jedinečné postavení mělo Československo.Později přejmenované na Československou socialistickou republiku, v níž byly zdravotnictví, školství i sociální služby zcela zestátněny. A to v tempu a rozsahu nemajícím obdoby ve zbývajících zemích střední Evropy.

Byl vytvořen systém sjednoceního zdravotnictví, mající velké množství společných rysů s britským NHS, sdílející některé jeho výhody a vykazující řadu nectností a nevýhod. Vše bylo umocňováno postupně se zhoršující ekonomickou situací, společensko-politickými problémy,děsivě se horšícími ekologickými podmínkami a pokleslou morálkou.Poslední desetiletí byla pak takřka letálně poznamenána důsledky okupace Československa Sovětským svazem a vojsky jeho spojenců v srpnu 1968.

Po desetiletí patřilo sjednocené zdravotnictví k předmětům chlouby vládnoucí komunistické strany.Dostupnost, relativně velmi dobrá kvalita zdravotní péče a neustále proklamovaná bezplatnost byly nepochybně velice silné argumenty.Jak pro naše spoluobčany, tak i pro zahraniční návštěvníky a experty. Plody sjednoceného zdravotnictví začaly hořknout a později opadávat na sklonku šedesátých let. Strom sjednoceného zdravotnictví pak počal usychat

v sedmdesátých letech, byv napaden řadou škůdců, z nichž nejhorší byly

- centralizace a státní monopolizace;
- rozpočtové financování bez ozřejnění dodatkových zdrojů;
- chybění konkurence a nízká motivace;
- postupující pokles hospodárnosti;
- neuspokojivá komunikace a narušení vztahů mezi; poskytovateli zdravotní péče a konzumenty;
- existence stínové ekonomiky v některých oblastech státního zdravotnictví.

Toto vše a další nečnosti byly popsány vícekrát. Mimo jiné i v dokumentu publikovaném Chartou 77 v roce 1985. Po listopadu 1989 se mnohé z těchto kritických výhrad objevily v prohlášení Skupiny pražských zdravotníků o nezbytnosti proměny našeho zdravotnictví. Tato Skupina pro reformu publikovala v roce 1990 dva dokumenty, vyjadřující hlavní zásady transformačního procesu zdravotnictví:

- vznik kombinovaného zdravotního systému, tvořeného různými typy zdravotnických zařízení/státní, obecní, soukromá, církevní/
- obnovení role občana v péči o zdraví, důraz na roli obce a komunity;
- vznik všeobecného zdravotního pojištění, zajišťující dostupnost přiměřené zdravotní péče;
- vícezdrojové financování zdravotnictví;
- důraz na obnovení role primární péče a preventivní zaměření veřejného zdravotnictví;
- obnovení práva občanů na volbu ošetřujícího lékaře a zdravotnického zařízení;
- demonopolizace zdravotního systému, obnovení konkurence, obnovení vztahu lékař-pacient.

Celý systém, který má v průběhu příštích pěti let vzniknout, odpovídá liberálnímu modelu veřejného zdravotnictví, založenému na přesvědčení, že občan je do značné míry odpovědný

za své zdraví a obec, komunita mu mohou a mají v jeho úsilí napomáhat. Budou vytvářet podmínky podporující zdraví jednotlivců i zdraví národní. Společnost, stát již nebudou vystupovat jako jediný a onipotentní garant zdraví individuálního a kolektivního, na něž má každý právo. Nebudou dále garantem, financierem, kontrolorem i konzumentem zdravotní péče, protože převládlo poznání, že principy solidarity a svépomoci a odpovědnosti individuální musí záhy získat na své váze i v nově utvářeném systému zdravotnictví, které bude ovlivněno příklonem k tržnímu hospodářství.

Předcházející řádky byly napsány předtím, než jsem obdržel pozoruhodnou studii pana Vanga, s kterou jsem se s potěšením a velkým zájmem seznámil. Mohu nyní jen dodat, že podle mého soudu má předchozí úvaha může sloužit jako doklad universální platnosti zásad, o nichž se v různém kontextu pojednávalo v předchozí přednášce:

- důraz na odpovědnost individua za vlastní zdraví
- rozvoj mechanismů podílu na odpovědnost komunity, individua a společnosti
- rozvoj zdrojů a jasného vyhodnocovacího systému, směřujícího k transparentnímu systému financování
  
- respektování práv individua, občana v svobodném přístupu k zdravotní péči, na jejímž naplňování se i jednotlivec má podílet.

3.-13.11.91

# Adolf Müller

# ÚVOD DO VĚDY O POLITICE

LUNARION

Publikace předního československého politologa, který prožil dvě desetiletí v emigraci, obsahuje pou-  
tavý a fundovaný výklad o základních otázkách a kategoriích poli-  
tologie. Publikace je vhodná zejména jako studijní materiál pro  
vysoké školy, odborné kursy a semináře.

Autor v roce 1971 založil exilové  
nakladatelství INDEX, které vydalo na 200 českých a slovenských  
knih, mnoho časopisů a trojjazyčnou řadu vědeckých studií z per-  
výchođoevropských, exilových či disidentských autorů.

Publikace vychází ve vydavatelství  
a nakladatelství LUNARION, má rozsah 112 stran a její cena je  
25,- Kčs. Můžete si ji objednat jednotlivě i hromadně na adrese:  
LUNARION, v.o.s., Práčská 53, 106 00 Praha 10.

.....

LUNARION, v.o.s.

Práčská 53

Praha 10

106 00

## O B J E D N Á V K A

Objednávám závazně ..... kusů publikace  
"ÚVOD DO VĚDY O POLITICE".

Objednavatel:.....

Adresa:.....

Zástupce firmy (u hromadných objednávek):  
.....

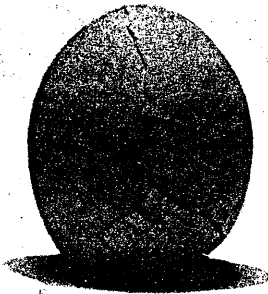
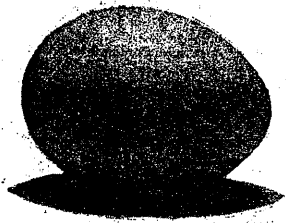
IČO: .....

Telefon:.....

Objednávku vložte do obálky a pošlete na adresu: LUNARION

Práčská 53

106 00 Praha 10





S T U D E N T I

V E R S U S

P E D A G O G O V É

# D O K U M E N T

## Projev k promoci doktorandů 1. LF UK v Karolinu, 20. 6. 1991, 12:00

Vaše Magnificence, spectabilis, honorabilis, vážení přítomní.

Setkáváme se dnes, ve staroslavné aule Karolina, abychom společně se svými nejbližšími důstojně završili naše studia medicíny. Dnešní slavnostní okamžik je ale především oslavou těch, kteří nás k němu dovedli - rodičů, životních partnerů i přátel, kteří nás po celou dobu studia podporovali a inspirovali nás svoji osobností a prací. Děkujeme.

Věnujme však v dnešním dni i vzpomínku těm, jež se ukončení našeho studia již nedočkali. Jsem přesvědčen, že jistým způsobem jsou dnes i oni zde, s námi.

Domnívám se, že právě teď, v samém závěru našeho studia, je také vhodná chvíle k pohledu zpět, k zamýšlení nad léty strávenými na fakultě.

Snad všichni jsme vstupovali na akademickou půdu lékařské fakulty nejstarší university ve střední Evropě s přesvědčením, že v dnešní den budeme přebírat diplomy jako všestranně moderně vzdělaní a pro praxi plně připravení lékaři. Šest let studí, které byly na počátku před námi, představovalo tehdy jednu třetinu našeho života.

Úspěšně jsme prošli úskalími všech zkoušek, a přesto zde dnes stojíme poněkud rozpacitě. Honosný titul "doktora veškeré medicíny", skvělé se na našich diplomech, snad nikdo z nás nepovažuje za výstižný pro ty znalosti, které si z fakulty odnášíme.

Snad ode mě nebude příliš neskromné, když si na tomto místě dovořím parafrázovat část novoročního projevu presidenta Václava Havla:

Předpokládám, že jste mne nenavrhli do tohoto úřadu, abych Vám i já lhal.

Naše fakulta nevzkvétá.

Šest let, které jsme na její půdě strávili, bylo naplněno nasloucháním teoretickým výkladům a přednáškám o nemocech, nikoli o pacientech, o nemocných lidech. Hypertrofované teoretické obory soustředěné do prvních dvou ročníků byly sice velmi náročné, ale měřeno našimi dnešními znalostmi na nás nezanedbaly ani stopy. Při tzv. praktické výuce jsme si namnoze - postávajíc na chodbách - jen rekapitulovali teoretické znalosti, aniž bychom byli pedagogy motivováni k nějaké činnosti. Choroby jsme se učili pouze diagnostikovat, nikoli však léčit. Oviďdáme-li dnes nějaké praktické dovednosti, s největší pravděpodobností jsme je nezískali v rámci studijních povinností, ale vlastní přičinivostí a "třískováním" v nemocnicích v době svého volna. O tom, jak s pacientem hovořit, jak hovořit k jeho duši, jsme se v dnešní materialisticky pojínané medicíně naší fakulty naučili už vůbec.

Zkoušky pak byly jen opakováním znalostí namemorovaných ze skript či učebnic, a opět se na nich hovořilo o nemocech, nikoli o lidech. Do našich ordinací však nebudou přicházet "infarkty", "žloutenky" či "cukrovky". Vždy k nám přijde nemocný člověk, a to s důvěrou v naše schopnosti mu pomoci.

Všichni jsme doufali a věřili, že se změnami společnosti se změní i klima naší fakulty. Ačkoli se v konkursech změnilo přes 60% přednostů klinik, za rok a půl jsme se žádných změn v pojetí výuky nedočkali. Naproti tomu nové jmenovaných docentů a profesorů utěšeně přibývá, ač jejich pedagogické kvality jsou mnohdy sporné.

Výsledek?

Nejméně polovina letos promoujících absolventů by se dnes na tuto fakultu nehlásila. A pokud by se rozhodli usilovat o titul doktora medicíny, pak nejspíše na některé zahraniční fakultě.

Skončilo šest let vyprávění "o medicíně". Není-li již pozdě, pak je jistě nejvyšší čas začít se učit "medicínu". Již dnes však na nás plnou vahou spočívá tíže všech našich rozhodnutí. Za zdraví a životy našich pacientů máme nejen právní, ale především morální odpovědnost. Vědomí našich nedostatků nás zavazuje k pečlivému postgraduálnímu studiu.

V latinském znění doktorské sponse jsme slíbili, že *budeme dle svých možností a dle svého nejlepšího svědomí hláti život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu, že zachováme svůj život a své lékařské umění čisté a bez jakéhokoliv provinění a že budeme mít na zřeteli jen dobro člověka.*

Při vědomí našich "možností", rozuměno "schopností", o kterých se ve slibu hovořilo, musíme prozatím výsledky své medicínské praxe stavět především na našem svědomí.

K dodržení a naplnění tohoto slibu pak věřícím dopomáhej Bůh.

My ostatní se musíme usilovat sami.

Děkuji Vám za pozornost.

Tomáš Drábek

## STUDENTI, VÍTE, CO JE "NIC"?

V jarním čísle časopisu VITA NOSTRA zveřejnil Pavel Mohr vtipnou anketu na téma "Hodinu před tím...". Celkem šestnáct čerstvých absolventů naší fakulty odpovídalo na jeho všetečné otázky, jednu pak podstatnou: Co ti dala fakulta? I když před aktem promoce bývá každý tak trochu naměkko a mnohé lze jistě připsat na vrub studentské recesi, zarážející jsou na zveřejněných odpovědích dvě skutečnosti. Nejsem si jista, zda do slovníku budoucího lékaře patří i výrazy typické pro pražské podsvětí, ale jsem přesvědčena, že celková úroveň jednotlivých projevů byla značně nekulturní; pravda, i v malém souboru respondentů se najdou potěšitelné výjimky. Nebudme ale formalisté a zvažujme druhý, mnohem závažnější fakt: dvanáct dotázaných vyjádřilo přesvědčení, že jim fakulta nedala NIC nebo skoro nic. I když Pavel Mohr se svou anketou neaspiroval na postižení reprezentativních názorů, a proto se někteří mohou utěšovat tím, že celková situace je lepší, patřím k těm pedagogům, kteří anketní odpovědi přijímají vážně. To proto, že je to nejen zlé, ale také velmi varující konstatací současného stavu výuky; je to velmi špatné vysvědčení... Ale pro koho? Jsou opravdu na vině pedagogové a pouze oni?

Že je třeba zkvalitnit výuku, víme všichni, a téměř dva roky to veřejně prohlašujeme [viz Článek Doc. MUDr. Jiřího Horáka, CSc. v tomto čísle - pozn. redakce]. Zatím se však kvalitativně nový systém výuky nedaří uvést v život, a proto se společně pokusme hledat odpověď na otázku proč. Důraz, prosím, přikládejte slovu "společně". To proto, že ani nejlepší přednášející nebude přínosem, budou-li studenti hluchí, nevnímaví a nevstřícní. Neznám poměry na naší lékařské fakultě detailně, neboť na ni působím teprve jeden rok, a nejsem ani kompetentní posuzovat odborníky a pedagogy jiných oborů. Odmítám však důrazně přijmout všeobecné a frekventně proklamovanou frázi o tom, že se "nic nezměnilo", "všichni učí stejně postaru" apod. Jisté je to i tak, ale rozlišujeme, prosím. A přivzeme nikoliv pouze k diskusi, ale do vlastního procesu zkvalitnění výuky ty, jichž se to nejen týká, ale bez nichž to prostě nejde, tj. studenty. Jisté platí "Jaký pán, takový krám" a dominantní úloha učitele je zjevná, méně často však bývá v centru pozornosti i obrácená "rovnice". Výrazným faktorem, ovlivňujícím konečný výsledek, je totiž student. Ten, který může být různě zanícený pro věc, ten, jehož úroveň znalostí a schopností může být stejně tak průměrná jako vynikající. Na nadaného, diskutujícího, věčně zvědavého a neuniformního studenta se vždy těším. On to je, který nutí pedagoga k vysokému výkonu, ať již si to uvědomuje nebo ne. Touto argumentací samozřejmě neodvádím pozornost od nesporného faktu, že každý pedagog - a to i vůči průměrnému studentu - má podávat standardně kvalifikovaný výkon.

Vratme se ale zpátky ke studentům a k jimi artikulovanému NTC a zamysleme se nad situací v oboru, který nemůže být podezírán z opotřebovanosti, neboť před rokem ani neexistoval a jeho fakultní reprezentanti pracovali ve zcela jiných institucích. Lékařská etika je nejen celosvětově módní, ale také vysoce aktuální, a to vzhledem k potřebám neutěšené nebo problematické praxe. Po dlouhou řadu let nebyla u nás lékařská etika tematizována, a tudíž ani systematicky vyučována; na těchto stránkách z prostorových důvodů nebudu věnovat pozornost těm statečným, kteří ji i přes všechny obtíže rozvíjeli. Faktem je, že studenti o lékařské etice nevědí NTC, a my jsme si na počátku loňského školního roku, kdy byla oficiálně zahájena její výuka, kladli otázku, co z tak velkého množství informací a problémů učít dříve a co později, co je nutné pokládat za minimální penzum a co sice za zajímavé, ale nikoliv limitující pro lékařskou praxi. Kromě předepsaných hodin přednášek a seminářů jsme nabídli studentům tzv. Zelené čtvrtky a Modré pondělky. Každý čtvrtek na koleji Jednota v podvečerních hodinách přednášel a diskusi vedl kvalitní odborník, a to i mimofakultní či zahraniční. Každé pondělí se na naši katedře mohli studenti zúčastňovat vnitřních seminářů. Začali jsme s elánem a nadšením, umocněným faktem, že většina z nás dříve vyučovat nemohla. Má osobní zkušenost z postgraduální výchovy lékařů mně dobře signalizovala, co by měl budoucí lékař vědět z této oblasti; vžit jsem mnohokrát vyslechl povzdech "Kdyby nám tyto problémy etické povahy na fakultě alespoň někdo kdysi naznačil...". Vše marno - nebo téměř marno. Zájem studentů se tradičně po celý rok pohyboval na ustálené hladině dvaceti procent. Ty ostatní neznám ani já ani moji kolegové. Pouze při atraktivním až senzacechtivém tématu jako byl např. Zelený čtvrtek na téma "Existuje život po životě" spojený s diskusí nad populární knížkou R.A.Moodyho se i někteří další aktivovali a dostavili se do přednáškového sálu. Překvapivý byl vysoký a stále se zvyšující počet studentů jiných, tedy nelékařských fakult, zajímajících se o témata lékařské etiky. Jenomže "perlit" nelze dvacet čtyři hodin denně po celý rok, a jakkoliv je Moodyho téma atraktivní, je mnohem více problémů, kterým musíme věnovat pozornost a které zdánlivě nebo fakticky lesk divů světa nenesou. Zato však vzádují tvrdou práci, a to jak v přípravě učitelů, tak studentů, aby následná rozprava měla nejen úroveň, ale vedla k určitému cíli, tj. dohodě, co bychom v takovém sporném případě dělali my. Na povinné semináře chodilo velmi málo studentů. Důvod je prostý: požadovali jsme přípravu, obeznámení se s některým problémem v odborné literatuře české i zahraniční, nutili jsme myslet a myšlené vyjadřovat. Dopustili jsme se také jedné chyby, když jsme ohlásili, že nebudeme praktikovat metody střední školy a psát prezenci. Netušili jsme, že téze "svoboda zavazuje nejvíce" na studenty letošního čtvrtého ročníku neplatí.

Možná, řekne si v tuto chvíli čtenář, že zhrzený a nepochopený pedagog, který si myslel, že oslní, pláče nad sebou a je rozčarován svým neúspěchem, měřeným nezájmem naprosté většiny studentů. Nikoliv. Student, který se nikdy nedostavil na žádnou přednášku lékařské etiky, nepoznal ani jediného z přednášejících, nemůže mít z výuky žádný, tedy ani negativní dojem. Proto jeho *NIC* mne nermoutí; podstatný je tedy nikoliv pláč "nad rozlitym mlékem", ale nad situací, která je založena jinde a jinak. Ptejme se, co je *NIC*, to *NIC*, které s předstíranou nebo vážnou dopovědností tvrdíte. Nic je přece ohraničeno Něčím, resp. vymezeno vůči něčemu. Mohu jistě selhat jako pedagog, ale proč zeje sál prázdnotou, když přijíždí slavný profesor Condrau? Není ono Nic jen plácnutím do vody? Konstatovat *NIC* je jaksi jednodušší. Nezavazuje. Je studentsky furiantské a určitým způsobem módní. Všechno je v procesu změny a z *NIC* lze především obvinít ty druhé.

Jeden statečný, který se pokusil formulovat ono prázdno tím, že nastínil, co si představuje pod pojmem jeho naplnění, se jmenuje Tomáš Drábek. Patřil k velmi agilním studentům 1. lékařské fakulty a jako čerstvý absolvent artikuloval ve slavnostní promoční řeči právě obsah onoho *NIC* vůči tomu, co jako budoucí lékař chce znát. Jeho řeč vzbudila rozruch mezi pedagogy, mlčení kolegů studentů je příznačné. Škoda, jeho slova tala totiž do živého. Až se bouře přežene, zůstane zřejmé, že závažný problém, který vyjádřil stručně a výstižně, trvá. On vyzval k naplnění Něčeho v Něco, a já jeho slova přijímám. Následujte ho a přijďte. Proměnit Nic v Něco znamená tvrdou práci, a ta leží před námi.

Lékařská etika jako obor je stvořená k tomu vyplnit lidskostí "studenou řeč" faktografie jiných oborů. Nejen tam, ale právě tam máme možnost kultivovat svůj vztah k životu, k člověku, k sobě. Je to zvláštní obor, kde nestačí odmemorovat sumu "zaručených pravd". Jeho kouzlo a obtíž tkví v tom, že ke každému etickému tématu je možné zaujímat sérii postojů. Ale i ty mají "řád", i ty jsou výsledkem úvahy, jež určité znalosti předpokládá a limituje. Je těžké měnit *NIC*. Ze sto osmdesáti studentů letošního ročníku pouze jedna jediná studentka dokázala svými slovy říci, co sui představuje pod pojmem "etika", tři další se adekvátnímu pojetí přiblížili. Ostatní mlčeli a patrně trpěli; ukazuje se u zápočtů, že myslet bolí a že většina volí cestu nejmenšího odporu. Např. tím, že na jedné straně horuje pro vyšší náročnost ze stany učitelů a na druhé straně se uchyluje ke studiu nikoliv pramenů, ale laických textů. Nemohu nezveřejnit, že se někteří pokusili předložit jako vlastní práci plegiát.

Norimberský trychtýř žel nevlastníme a nalít moudrost - a tedy Něco - do hlav studentů bez jejich účasti a pilě není možné. Ale právě proto, že i nás, možná jen některé pedagogy, trápí stojaté vody, píšu tento stručný text s jasným záměrem. Probudte se a přijďte. Budeme se spolu potýkat, nikoliv jakoliv jako jeden proti druhému v nepřátelském ringu, ale jako partneři, s tématy, která máme a musíme zvládnout. Ku prospěchu věci, ke kvalitě, k Něčemu.

# D O K U M E N T

DOPIS DĚKANU 3. LF UK O NEDOSTATKÁCH VE VÝUCE

Jana KODETOVÁ

Pane děkane,

končím 5. ročník a jsem jsem zejména jeho druhým semestrem natolik rozčarovaná, že jsem se rozhodla informovat Vás o jeho průběhu. Píši Vám s pocitem, že stejně znechuceni jsou všichni studenti z našeho kruhu - a patrně i většina ostatních studentů v celém 5. ročníku. Úvědomuji si, že jsem se měla ozvat hned na začátku semestru a jinou formou než přímo dopisem děkanovi, ale bohužel, stále ve mně i v ostatních studentech přetrvávají minulým režimem vypěstované ovčí pudy, takže se bojíme protestovat, snažíme se smířit s osudem a navíc nám na 2 katedrách asistenti upřímně poradili, ať si na nic nestěžujeme, protože do státnic není daleko a docenti mají dobrou paměť. A také jsme do poslední chvíle nevěřili, že katedry budou skutečně trvat na všech požadavcích, jež nám na začátku semestru oznámily.

Nedoufám, že by tento dopis mohl ještě nějak ovlivnit udělování zápočtů a jednání se studenty v tomto školním roce, ale věříme, že se v něm dozvíte věci, které byste vědět měl, a které snad ovlivní výuku v příštím 5. ročníku.

Nesouhlasíme s výukou a jednáním se studenty, zejména na těchto katedrách:

## 1) INTERNA S:

Stáže dle rozvrhu mají trvat od 7.30 do 10.00 hodin. Protože však ranní sezení lékařů leckdy trvá do 8.30, bývají stáže zahajovány před devátou a jejich trvání se splaskne na pouhou hodinu, což je absolutně nedostatečné. Přednášky z interny (a chirurgie) jsou v pátek v poledních hodinách, kdy už řada studentů potřebuje odjet domů, anebo prostě nemáme sílu sedět dál ve škole. Tyto přednášky by se měly konat začátkem týdne.

Domnívali jsme se, že zápočet dostaneme za splnění stejných podmínek, jako v zimě. Na posledních stážích nám však bylo oznámeno, že budeme psát podrobný test a kdo jej nenapíše, bude přezkoušen komisí v čele s přednostou kliniky. K testu se máme

dostavit všichni povinně 6.6.91 v 8,00, tedy v den, kdy náš kruh už nemá výuku, takže řada lidí je zapsána na nějakou zkoušku, nebo nahrazování. Nvíc podrobné znalosti z hyperlipoproteinemii nebo revmatologie nemá z nás nikdo, takže nám příprava na test, který bude na tuto problematiku zaměřen, zabere několik dní. Proto jsme se ohradili, že 6.6. přijít všichni nemůžeme. Žádali jsme více termínů a možnost přijít na test o prázdninách, na což nám bylo odpovězeno: "Jenom neprovokujte a nedělejte žádné rebelie, přijďte ve čtvrtek a neprovokujte!".

Za celých 5 let studia jsme se dosud nesetkali s tím, aby na nás křičeli a tvářili se na nás jako na provokatéry, když se snažíme obhajovat svá práva. Dále se doc.Anděl chystá osobně přezkoušet studenty, kteří nepřišli v pátek na seminář. Seminář se koná od 14,30 do 17,00 a dostavili se 4 studenti. Je to sice málo, ale na interně máme povolené 3 absence a kdo v pátek nemohl přijít, šel na seminář následující týden k nahrazení, což ve všech předmětech běžně děláme a do onoho pátku jsme to dělali i na interně a nikomu to nevadilo. Bohužel, doc.Anděl se hluboce urazil a touží se nám mstít ....

## 2) PRACOVNÍ LÉKAŘSTVÍ:

50% stáží nám bylo úplně, ale úplně k ničemu. Nevím, jak bych Vám to měla více přiblížit. Chodili jsem tam proto, abychm 2 1/2 hodiny seděli na židli, koukali do stropu, pod stůl, četli noviny a nezměrně se nudili. Ne proto, že bychom tento obor záměrně ignorovali, to rozhodně ne; většinu zde vyřčených moudrostí jsme však už slyšeli ve dvou až třech až čtyřech až pěti jiných předmětech, a mnohdy lépe a důkladněji. Jedno cvičení se odehrávalo formou exkurze do závodu: Náš kruh se vypravil do Malešic do MITASU. Viděli jsme tam různé druhy pneumatik a dílnu, v níž se pogumovávají kovové vany. S výukou lékařství tato exkurze neměla společného nic. My mimopražští jsme si odnesli jediný poznatek: víme teď, kde leží Malešice. Když jsem se ptala asistentů, proč jsme tam museli jít, odpověděli: "Abyste viděli, jak vypadá závod."

Na zápočet musí student dobře napsat test a mít sto-procentní účast na cvičeních. Nemoc, úmrtí v rodině-nic nám není prominuto: Kdo chyběl, musí si zameškanou stáž nahradit. Iva K., která v den exkurze do závodu porodila syna, si musí v červnu tuto stáž nahradit!

### 3) SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ:

Opět nutná stoprocentní účast. Ale je tu rozdíl: Protože se každý týden probírá jiná látka (= promítají se jiné diapositivy), přichází si student nahradit zameškané cvičení na cvičení, které už jedenkrát absolvoval. Když jsem chyběla na střelné rány, už je zkrátka nevidím, ale za to se mohu dvakrát pokoukat na oběšení nebo uto-pence ... Protože nikdo u nás nevydrží 2 1/2 hodiny sledo-vat diapositivy se zohavenýma mrtvolama, trváli jsme i zde většinu času spaním, čtením novin, hraním piškvorek. A chy-bějící stáže jsme si pečlivě nahrazovali.

### 4) EPIDEMIOLOGIE:

Za semestr 15 stáží po 2 1/2 hodinách. Probíraná látka časo vydala sotva na hodinu, takže nám vyučující dě-lal dlouhé přestávky, hovořil pomaličku, zabýval se po-družnostmi.... Prostě 15 stáží je na tenhle obor moc, po zkoušce z infekce nám téměř nemají co říci.

### 5) GYNEKOLOGIE:

Celá dvousemestrová výuka se odehrává ve stážovně, v suterénu budovy. Na vlastní gynekologi jsme nebyli ani jednou, a proto jsem ani jednou nevyšetřovali, ba ani ne-viděli gynekologickou pacientku. Pokládáme to za katastro-fální situaci. Útěchou nám není ani to, že v 6. ročníku bu-deme skládat státní zkoušku z gynekologie, protože od svých starších kolegů víme, že stáže v 6.ročníku neprobíhají o moc lépe. Ani v 6.ročníku studenti nemají možnost vyšet-řit pacientů. Smí pouze z uctivé vzdálenosti přihlížet. Jedna kolegině, teď již po státnici z gynekologie charakte-rizovala stáže takto: "Zjistila jsem, že na gynekologii leží ženy, že ženy mají vaginu, že některé ženy na gynekologii porodí dítě."



Příčinou této situace patrně je, že vinohradská gynekologie je příliš malá a studentů je příliš mnoho. Dle mého názoru by měla být povolena stáž v 6. ročníku na gynekologii, kterou si student sám vybere a kde by si stáž domluvil, tedy na okresních či krajských gynekologiích. Ve vinohradské gynekologii by ubylo studentů a jejich výuka by se zdokonalila, student mimo Prahu by byl jistě zaměstnán od rána do večera.

Za současného stavu výuky by bylo rozumné zkrátit semestr, protože trávíme spoustu času ve škole zbytečně, na stážích, na nichž se nic nenaučíme, a na samotnou přípravu na zkoušky nám pak zbývá málo času.

V Praze 3.5.1991.

Jana Kodetová

## OHLASY NA DOPIS J. KODETOVÉ:

### II. INTERNA (pavilón S)

Milá kolegyně,

když jsem v červnu dostal od pana děkana k vyřízení Váš dopis, odpověděl jsem mu, že bych nejraději odpověď na Vaši stížnost napsal veřejně snad do Vita nostra nebo alespoň na vývěsku. Je konec září a náhle máme možnost si psát prostřednictvím časopisu. Protože ale moje odpověď je určena nejen Vám, jsem moc rád, že se stane věcí veřejnou.

Asi bychom si nemuseli psát, kdybyste již na začátku letního semestru mne informovala o tom, že Vaše výuka je nedostatečně dlouhá díky jejímu pozdnímu začátku. Snažil jsem se dopátrat pravdy, kdy vlastně Váš kroužek se stážemi začínal. Problém je v tom, že někteří z Vašich kolegů přicházejí na stáž či semináře postupně. Sám jsem to zažil při několika svých seminářích, které měly začínat od půl osmé. Nechtěli jsme být striktní a vydat pravidlo, které by znamenalo, že po příchodu od určitého intervalu po začátku stáží, se studentovi stáž nezapočítává. Díky tomu se mohlo u některých studentů

## OHLASY NA DOPIS J. KODETOVÉ:

---

ustálit pravidlo pozdějších začátků praktických cvičení. Jak jsem měl možnost si ověřit, zdaleka to nebylo u všech studijních kroužků. Dále bych Vás chtěl informovat o tom, že ranní hlášení jen naprosto vyjíměčně trvá déle než do čtvrt na devět a že velmi často na něm nejsou přítomni kolegové, kteří v ten den vyučují. Asistent, který vedl Vaše stáže, mne však informoval, že je naprosto absurdní, že by s výukou začínal až ve tři čtvrtě na devět a žádal konfrontaci s Vámi. Dle jeho informace student po příchodu na kliniku obdržel zadání klinického úkolu, čímž byla stáž zahájena. Řada studentů z Vaší skupiny zahajovala stáž již před osmou hodinou.

Přestože nechci tento problém příliš vyhrcovat, buďte si jistá, že bude do podrobná vyšetřeno. Bohužel, protože jsou zatím prázdniny, měl jsem možnost si podrobnosti zjišťovat zatím jen u učitelů, ne však u studentů. Pokud začínáme s výukou pozdě, je to chyba, která bude napravena již od příštího semestru.

Vášim dopisem prosvítá však také další, dle mého názoru závažnější problém. Vádí Vám, že přednášky z vnitřního lékařství se konají v pátek, v poledních hodinách v době, kdy jak říšete, řada studentů potřebuje odjet domů nebo prostě nemá sílu sedět dál ve škole. Myslím, že i malá účast na pátečním odpoledním semináři má podobné kořeny. Studenti zpravidla odcházejí z prostor Fakultní nemocnice v poledních hodinách, odpoledne se v ní téměř nevyskytují. Výuku mají dvakrát patnáct týdnů v průběhu školního roku. Zbytek roku vyplňuje zkouškové období a prázdniny. Tím se délka pobytu našich studentů v nemocnici výrazně liší od délky, kterou musí v ní strávit anglický nebo francouzský medik. Nedavno jsem měl možnost slyšet podrobný popis školního roku na jedné pařížské lékařské fakultě / stejně jako v Praze, je jich v Paříži několik /. Studenti mají výuku dopoledne od devíti hodin, končí večer v šest hodin. Během výuky jsou zapojeni do práce na klinickém oddělení, mají přednášky, sami vyhledávají různé klinické problémy atd. V průběhu celého roku mají pět týdnů dovolené, stejně jako ostatní zdravotníci zaměstnanci kliniky, na které právě stážují. Nemají zvláštní zkouškové období. Sám jsem zažil, když jsem první srpnovou sobotu hledal jednu kolegyni v Oxfordu, že ten den měla jejich studijní skupina výuku. Ta totiž začínala již od prvního srpna.

## OHLASY NA DOPIS J. KODETOVÉ:

---

Studenti byli přiděleni k jednotlivým vyučujícím, a měla-li skupina daného učitele ten den noční službu, bylo pravidlem, že sloužili v noci s touto skupinou. V sobotu, kdy jsem přijel, byli studenti, díky benevolenci jejich učitele, propuštěni večer ve čtvrt ba devět. Před tím s ním prošli všechny nové odpolední příjmy na kliniku. V Nottinghamu, kde jsem měl možnost před jeden a půl rokem vyučovat, odcházeli lékaři z kliniky zpravidla až po šesté hodině večer a nebylo výjimkou je vidět studovat chorobopisy mnohem později. Stupeň jejich, zejména praktických klinických znalostí, byl nesrovnatelně větší, než je tomu u nás.

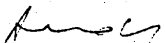
Naše země se dala díky mnoha odvážným a prozíravým lidem, na cestu směrem na západ, směrem k uspořádané společnosti, založené na dodržování pravidel a na vysokém pracovním výkonu. Jedinou možností, jak se k tomuto vývoji připojit, je vyšší pracovní zatížení každého z nás. Znamená to tedy také mít přednášky, praktická cvičení a stáže nejen dopoledně, ale také hluboko odpoledne či večer, také v pátek a možná i v sobotu. Znamená to také, že to, co jsme si vyvolili za životní cíl bude tím, co bude naplňovat Vaše i naše časové plány především. Jen tak budeme při formálním vstupu do Evropského společenství mít možnost prokázat, že Váš diplom je srovnatelný s diplomem, který byl udělen v Římě, Amsterdamu nebo Kodani. Jistě si přejete, aby Váš diplom takovou hodnotu měl. Pak ale nezbyvá než přizpůsobit studium jak z Vaší, tak z naší strany tomuto cíli. Myslím, že páteční výuka a Váš vztah k ní je jen malým modelem tohoto problému.

Jak jsem již napsal výše, civilizovaná společnost si velmi zakládá na dodržování pravidel, která přijala. Vy sama píšete, že jste do poslední chvíle nevěřili, že katedry budou skutečně trvat na všech požadavcích, jež Vám na počátku semestru poznámily. Na naší klinice jsme v březnu vyvěsili minimální zručnosti, nutné k tomu, aby studentům byl udělen zápočet. Pro pátý ročník byl jedním z požadavků základní znalosti problematiky hyperlipoproteinemí. O hyperlipoproteinemích jste nutně museli být informováni již v biochemii, patologické fyziologii a patrně i v dalších předmětech. Jistě víte, že v naší zemi je téměř nejvyšší morbidita a mortalita na kardiovaskulární choroby na světě. Hyperlipoproteinemie je jedním z nejdůležitějších rizikových faktorů ischemické choroby srdeční. Trpí jí desítky procent lidí, žijících v naší zemi, není výjimečná i u dětí. Proto je třeba jí věno-

## OHLASY NA DOPIŠ J. KODETOVÉ :

vat takovou pozornost a proto je třeba se na ni studentů ptát. Test, který jsme Vám pro udělení zápočtu předepsali, obsahoval skutečně základní požadavky z metabolismu, diabetologie a revmatologie. Naprostě většina studentů vyhověla požadavkům testu již při jeho první vyplňování. Kromě toho, že jsme Vás přinutili se podstatné části látky naučit, to svědčí o tom, že požadavky na test nebyly extrémně přísné. Nevím, který asistent Vám radil, abyste si na nic nestěžovali, že do státnic není daleko a že docenti mají dobrou paměť. Pokud Vám mohu poradit za sebe, radím Vám, takového asistenta neposlouchejte. Stěžujte si, pokud budete mít pocit, že si stěžovat máte. Na mne se s mnoha problémy obrátilo za uplynulý školní rok mnoho studentů. Myslím, že jsme se vždy se všemi korektně domluvili. Pokud Vám někdo chce naznačit, že u státnice bude přihlíženo k tomu, že si někdo stěžoval či nestěžoval, pak Vám oznamuje, že se na fakultě nehraje fair play. Za sebe Vám mohu slíbit a věřím, že ti, kteří na II. interní klinice skládali státní zkoušku z vnitřního lékařství v loňském školním roce, Vám to potvrdí, že předměty zkoušky jsou jen znalosti z oblasti vnitřního lékařství.

S pozdravem



doc. MUDr. Michal Anděl, CSc.

P.S. Na anglických universitách bývá zvykem, že studenti přicházejí jednou týdně v pozdním odpolední na čaj ke svým učitelům. Možná, že bude dobře takový zvyk zavést i u nás na klinice. Pak bychom si mohli říci některé věci u čaje.

Přijdete ale, bude-li termín takového čaje v půl páté odpoledně?

## OHLASY NA DOPIŠ J. KODETOVÉ:

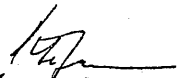
---

### SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ

Po přečtení kopie dopisu s kritickými připomínkami k výuce soudního lékařství jsem studentce Janě Kodetové napsal dopis, ve kterém jsem ji požádal o návštěvu, podle jejích časových možností, k vzájemnému vysvětlení některých uvedených negativních poznatků. I když doporučený dopis na kolej "Jednota" jí nebyl doručen, nas-kytla se mi později možnost setkání při jiné příležitosti.

Zásadně jsem nesouhlasil s poznámkou, že na stážích "jsme trávili většinu času spaním, čtením novin, hraním piškvorek ". K poznámce zbytečného nahražování praktických cvičení je vyjíměčně možné, že student mohl slyšet jedno téma dvakrát, pokud je nahrazoval v průběhu výuky. Proto příští rok bude neúčast na cvičení nahrazo-vána až po skončení výuky. Otevřenosti a zájmu o zlepšení studia, které jsou z dopisu patrné, si velmi vážím.

Dospěl jsem však po rozmluvě i s jinými studenty k názoru, že některé připomínky k oboru jsou motivovány především jeho neatraktivností, nepochopením a nedocenením významu teoretických a neklinic-kých oborů pro praxi.

  
Prof. MUDr. Jiří Š t e f a n , DrSc.

# OHLASY NA DOPIS J. KODETOVÉ:

---

## PRACOVNÍ LÉKAŘSTVÍ

Vážený pane děkane,

dostali jsme na vědomí dopis posluchačky 5. ročníku J. Kodetové. Přesto, že se pravděpodobně neždádá vyjádření jednotlivých pracovišť, dovolím si několik poznámek.

Není mi pochopitelné, proč studenti "do poslední chvíle nevěřili, že katedry budou skutečně trvat na požadavcích, jež na začátku semestru oznámily ..". Pravidla byla tedy dána hned zpočátku a svědčí to spíše pro nezodpovědnost druhé strany.

S obsahem naší výuky se mohl každý seznámit prostřednictvím vyhlášek, které byly pravidelně aktualizovány. Pře-  
važná část výuky je zaměřena klinicky, t.j. na formy a možnosti profesního poškození zdraví, diagnostiky těchto nemocí a jejich terapie. Ostatní součásti seminářů byly podřízeny těmto klinickým aspektům u různých faktorů pracovního prostředí, které zdraví ovlivňují. Tento typicky preventivní obor medicíny je takto chápán a rozvíjen ve všech vyspělých zemích.

Je nepochybné, že tyto vědomosti potřebuje každý lékař prvního kontaktu s pacientem a domnívám se, že převážná část našich absoventů bude pracovat v této oblasti.

K poznámce, že "většina námi vyřčených moudrostí již ve 2-5 jiných předmětech slyšeli ..." mohu sdělit jen to, že v určitém směru to nemůže být ani pravda a v oblastech, kde se již studenti mohli s obdobnými fakty setkat, prokazovali neznalost - či okatý nezájem.

Vyjádřením jejich vědomostí jsou i výsledky zápočtového testu, který je koncipován tak, že studenti mohli uplatnit i znalosti, které získali již dříve. Bohužel, v 1. kole uvedeného testu byly studijní skupiny, kde test zvládli úspěšně jen jednotlivci.

Nevýhodou např. při návštěvě závodu nebo komplexním vyšetření podmínek za nichž vzniká nemoc z povolání, bylo zkrácení povinné výuky na 2,5 hodiny denně. Přesto jsme návštěvu závodu do programu zařadili, protože jsme opakovaně v minulých letech zjistili, že studenti konkrétní pracovní podmínky i v běžném závodě vůbec neznají. V důsledku toho si mohou jen

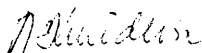
## OHLASY NA DOPIS J. KODETOVÉ :

---

velmi obtížně představit a najít souvislosti mezi pracovním zařazením a ev. změnami zdravotního stavu (jak aktuálními, tak chronickými).

Vítáme všechny připomínky posluchačů, které směřují ke zlepšení výuky a dopis posluchačky J.Kodetové byl na klinice nemocí z povolání projednán v tomto smyslu. Kritika návštěvy závodu však ukazuje na nepochopení cíle oboru pracovní lékařství. Převážná část výuky je zaměřena klinicky, t.zn. na formy a možnosti profesního poškození zdraví, diagnostiky těchto nemocí a jejich terapie. Podstatné je o těchto možnostech vědět právě ve vztahu k různým faktorům pracovního prostředí, které zdraví ovlivňují. Teprve na základě těchto vědomostí lze úspěšně uplatňovat a prosazovat preventivní aspekty, které jsou cílem. Takto je tento typicky preventivní obor medicíny chápán a rozvíjen ve všech vyspělých zemích.

Obsah a náplň preventivní medicíny vyjádřila doc. Provazníková v časopise Vita nostra a snad tento záměr postupem doby vezmou i studenti za vlastní.

  
Doc. MUDr. M. Kneidlová, CSc.  
pověřený přednosta kliniky

---

## PETICE 44 STUDENTŮ K VÝUCE NA ÚSTAVU LÉKAŘSKÉ ETIKY

---

*Vzhledem k tomu, že humanitní výchova je předmětem jen doplňkového významu pro studenty medicíny, nesouhlasíme s neúměrnými požadavky, které jsou na studenty kladeny. Jsme zásadně proti tomu, aby humanitní výchova se stala stěžejním předmětem pro postup do dalšího ročníku. V této věci také podporujeme všechny studenty, jimž jsou dosud dělány problémy s udělením zápočtu. Domníváme se, že pro následující školní rok by mělo dojít k nápravě a nechceme se dále střetávat s komplikacemi na příslušné katedře.*

---

### PODMÍNKY K ZÁPOČTU Z HUMANITNÍ VÝCHOVY PRO ŠKOLNÍ ROK 1991-92:

---

1. Vyberte si jakýkoliv problém, který má etický aspekt.
2. Důkladně si jej promyslete. Vyhledejte a přečtěte si k zvolenému tématu alespoň dva odborné články, a to tak, že alespoň jeden bude v českém znění a jeden zahraniční [anglicky, německy, rusky].
3. Napište na 2 až 5 stran pojednání na dané téma a tím prokážete, že umíte pracovat s odbornou literaturou. Oba přečtené články správně bibliograficky zaznamenejte na závěr připraveného textu. Ve vlastním textu odlište názor svůj od názorů citovaných autorů.
4. Vyvarujte se nejčastějších chyb:
  - deníky, časopisy populární apod. můžete použít, ale není to odborný pramen. Proto takové zprávy používejte jen inspiračně.
  - citace podléhají státní normě. Základní úprava je: Příjmení, zkratka křestního jména, celý název článku [či knihy], dále: ročník, rok, číslo, strana od do [v případě knih nakladatelství, místo vydání, rok].
5. Nenajdete-li žádný zahraniční článek na vybrané téma, zaznamenejte názvy časopisů, v kterých jste hledali, popř. bibliografická hesla. Není pravda, že na etické téma chybí u nás literatura, proto tento argument budu uznávat vyjimečně a pouze s odůvodněním.
6. Pište na psacím stroji, nemáte-li jej, pak úhledně rukou. "Čmáraniny" nepřijmu.
7. Přijďte se svou prací v čase, který dovolí nejen práci posoudit, ale případně i korigovat. Vyučující má právo na čas, v kterém práci přečte. Časová tíseň, do které jej dostávají studenti [přicházejí několik hodin před uzavěrem zápisu do dalšího ročníku] bude klasifikována jako neúspěch studenta.
8. Budete-li respektovat požadavky a práce bude zdařilá, dostanete zápočet a budete mít radost se svého aktivního přístupu.



# STANOVISKO PEDAGOGŮ O ÚSTAVU LÉKAŘSKÉ ETIKY k dopisu studentů

---

Humanitní výchova, specializovaná jako lékařská etika není doplňkový předmět, nýbrž integrální součást medicíny. Není nutné konstatovat závažná fakta, že s celkovou i specializovanou mravností nemůžeme být spokojeni a že je třeba mnohé věci ve sféře konkrétní lékařské praxe změnit. Předpokladem této změny je znalost určitých faktů a informací, která byla po léta ideologicky zamlčována a následně pěstovat schopnost tvořivě s těmito fakty v klinických oborech pracovat.

Úroveň znalosti studentů všech ročníků z oborů souhrnně označovaných jako humanitní je žalostná. Víme, že v této fázi musíme ve výuce suplovat i problematickou nebo neexistující výuku na středních školách. Poučení vzdělávacími systémy v zahraničí jsme se rozhodli pro koncipování 4 letého vzdělávání zahrnujícího filosofii, psychologii, sociologii, sociální lékařství a lékařskou etiku. Protože studenti neznají ani základy práce s odbornými prameny, způsob citování a interpretace názorů jiných autorů, rozhodli jsme se neudělovat zápočet za prezenci, ale za to, že prokáží, že elementariku v naznačených problémových okruzích najdou. Jsme si rovněž vědomi, že značnou část /tj. především metodiku odborné práce s texty/ budou potřebovat v každém oboru. Přikládáme požadavky na zápočet.

K vlastnímu stížnostnímu dopisu studentů. Lze diskutovat fakt, že podepsaní se rekrutují z řad těch, kteří přednášky a

semináře nenavštěvovali vůbec či jen sporadicky. Řada podepsaných studentů napsala velmi špatné práce. Jeden dokonce získal zápočet "zadarmo" s ohledem na složitou rodinnou situaci. Podstatnější však je, položit otázku, jak je možné, že požadavek přečtení dvou odborných článků za semestr pokládají studenti za "neúměrné požadavky". Jaké požadavky mají pedagogové jiných oborů? To jsou skutečně studenti tak hýčkáni, že nemusí navštívit žádnou knihovnu, pracovat s prameny a vystačí se skripty? Jak je možné, že studenty překvapuje, že se ptáme na jejich vlastní názor na daný problém? Jistě nelze generalizovat. Jsou pedagogové, kteří se snaží pozvednout žalostnou úroveň vzdělanosti i dovedností, jsou zřejmě i tací, kteří setrvávají v minulých stereotypch. Rovněž studenti jsou různí a za významné pokládáme, že ti, kteří svým povinnostem dostáli, práci odevzdali včas a v pořádku mezi podepsanými většinou chybějí. Neříká se nadarmo, že potrefená "husa kýhá nejvíce".

I když jsme o svých záměrech ochotni vést se studenty dialog, v žádném případě nehodláme diskutovat o požadavcích kladených na zápočet. Budeme nadále trvat na "neúměrných" požadavcích a nacpak zpřísníme postihy vůči těm, kteří se na našem Ústavu ocitli poprvé ve školním roce v den posledního zápisu do dalšího ročníku, dopisovali práce na chodbě, a pod. Můžeme doložit, že ze stejných předmětů se např. na pařížské Sorboně vyžaduje přečtení a interpretace s připojenou esejí v rozsahu 30% ze 180 doporučených bibliograficky doložených pramenů.

Lze jen dodat, že každý student, ten který uspěl i neuspěl dostal písemně vypracované stanovisko vyučujícího k problému, který řešil; na rozdíl od studentů, kteří ve velké míře odevzdávali

své příspěvky nejen psané v ruce /chápeme, že třeba nemají psací stroj/, ale na utržených papírech, v nečitelné verzi, na nevhodných místech /např. ve vagonu Metra/. Nemluví o tom, že řada studentů se nedostavila k zápočtu osobně, poslala práci i index po kamarádovi, aniž měla proto závažný důvod.

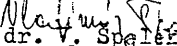
Jsme přesvědčeni, že jedině systematická práce se studenty a oprávněné zvýšení požadavků povedou v konečném cíli k zlepšení, které se projeví v denní klinické praxi. Nechodíme tedy ustoupit ze svých požadavků, pokud se kolegium děkana nerozhodne jinak. Zkušenosti z ostatních fakult a to i mimopražských a nejen z oboru humanitních věd jsou podobné. Tam, kde se pedagogové rozhodli pro zkvalitnění výuky a tedy i zvýšení nároků na studenty, zaznívá negativní reakce těch studentů, jimž stojaté vědy minulosti vyhovovaly.



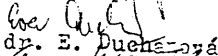
dr. J. Šimer



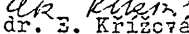
dr. H. Hasková



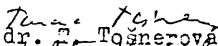
dr. V. Špaček



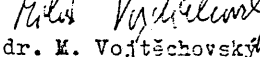
dr. E. Dušenová



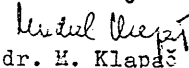
dr. E. Křížová



dr. T. Tošnerová



dr. M. Vojtěchovský



dr. M. Klapáč

V Praze dne 27. 11. 91

---

## NĚCO SE NESTALO . . .

*J i ř í J e ž e k*

---

Při čtení předcházejících příspěvků se nemohu ubránit dojmu, že již více než dva roky trvající polemiky mezi nespokojenými studenty a stejně nespokojenými pedagogy se mijejí účinkem a pravidelně končí v mrtvém bodě. Na jednu stranu zde přes všechny celospolečenské i lokální změny trvá problém pasivity studentů, problém jejich nezájmu o studium a nechuti vynakládat téměř na cokoliv přílišnou námahu, na straně druhé však až zaráží způsob, jakým jednotliví pedagogové i fakulta na tuto situaci opakovaně reagují. Myslím, že úlohy jsou pro obě strany stanoveny jasně: studentům náleží studium, úsilí, píle a zodpovědnost, pedagogům a fakultě výuka a výchova - usilovná, pilná a zodpovědná. Na rozdíl od studentů, kteří mohou ze studia kdykoliv odstoupit, nemají ovšem ani pedagogové ani fakulta jiné východisko než svému závazku dostát.

Je nesporné, že pod současným vedením urazila naše fakulta obrovský kus cesty. V rámci možností zrekonstruovala skladbu pedagogického sboru, zreorganizovala výuku, navázala a umožnila množství kontaktů se zahraničím, stanovila jasná a logická pravidla hry. Přesto polemiky neustaly a oboustranná nespokojenost studentů i pedagogů trvá. Úroveň znalosti studentů se markantně nezvýšila a jejich zájem o studium nestoupl. Něco se nestalo...

Myslím, že tento stav si vynucuje podstatně radikálnější a vážnější zvažování připomínek studentů a posuzování jejich přístupů. Je přece zřejmé, že nespokojenost s tzv. "prostoji na chodbách" není jen výrazem jejich prosté touhy, aby byli umístěni do lépe vytopených místností a "něčím zabavení" - tedy aby jim nutný počet hodin strávených ve škole lépe uběhl. Signály, kterými studenti dávají tyto skutečnosti najevo - ať již formou dopisů, petic či prostě jen svými postoji k fakultě - jsou podstatně čitelnější. Studenti to jen dávají najevo tak, jak umí - tedy tak, jak mohou. Nikdo je jiným přístupům neučil a nevyplývá ani z jejich pozice, že by měli vědět o lepších formách, jak věci napravit. Toto je zcela a jedině v kompetenci fakulty - ta je zde od toho, aby dokázala najít způsob, jak "z lesa ven".

Pro fakultu je v nových podmínkách jistě lákavé využít možnosti demokracie a dát každému pedagogovi svobodu a prostor, aby výuku vedl zcela podle svých představ. Je však otázkou, zda si v této chvíli může podobnou velkorysost dovořit.

Fakulta navenek sice vzkvétá, ale je skutečně tato její "vnější podoba" věrným obrazem toho, jaký je její vnitřní stav? Přetrvávající pasivita a nezainteresovanost jejich studentů svědčí spíše o opaku.

Studenti - ať se to tak z jejich projevu jeví přímo či nepřímo - přece žádají o něco jiného než o organizační opatření. Žádají o péči - a to možná i právě tím, že o ni zdánlivě nestojí. Potřebují od nás to, čeho se jim zjevně nedostává: potřebují naši zaujatost, potřebují osobnosti jako vzory, potřebují konkrétní lidský kontakt, potřebují pocítit podíl na životě fakulty, na výuce i na vlastní vědecké i klinické práci. Ano, má pravdu doc. Anděl, že v západních zemích jsou studenti ve škole do večerních hodin třeba i v sobotu a v neděli. Má pravdu prof. Štefan, že teoretické a neklinické obory jsou nepochopené, nedocenené a tím pádem i neatraktivní. A v právu je i dr. Šimek, který vyžaduje zájem a vlastní názor. Je ale nutno položit si otázku také - a dokonce především - jinak: v jakých školách tráví západní studenti svůj čas, jak se "nezáživné" obory stávají atraktivními, jak se ve studentech může zrodit vlastní názor a zájem? Kolik z učitelů naší fakulty by například uvítalo, kdyby na poznámku doc. Anděla studenti skutečně reagovali rozhodnutím trávit ve škole večery a víkendy?

Ústav lékařské etiky se podle mého názoru na cestě za obrácením stavu ocitl. Ony "nadměrné požadavky" jsou totiž namířeny správným směrem: ke konkrétní práci konkrétních lidí na konkrétních problémech. Jako jediný [alespoň podle mých informací] také nabídl studentům něco navíc. Tamnější učitelé pořádají pro studenty tématická odpoledne a večery, nezbavíce dosud neadekvátně malého počtu zájemců a svého volného času. Takový přístup by však měl být přítomen ve všech oborech - nejen v tom, v němž je "lidský faktor" samotným předmětem odborného zájmu. Příčiny nespokojenosti studentů nelze podle mého mínění svádět na technickou nedorěšenost studia, ale především na nevyhovující způsob práce pedagogů se studenty.

Kontakty mezi studenty a pedagogy se odvíjejí převážně jaksi "letmo". Tito se znají z přednášek a stáží - tedy z několika málo společně strávených hodin, které jsou však jen zřídka vyplněny vzájemnou komunikací. Za takových podmínek lze těžko docílit potřebné spjatosti a zájmu. Studenti se setkávají s fakty, ale nikoliv s pedagogy. Zřetelně zde chybí osobní kontakt.

Pedagogové často uvádějí jako překážku takového kontaktu triviální neznalosti, s nimiž studenti přicházejí jak ze středních škol, tak i z nižších ročníků. Mezery ve znalostech však nelze donekonečna suplovat např. povinnými exkursemi do průmyslového závodu. Takový postup nic neřeší. Výuka musí být vedena tak, aby student sám byl nucen své znalosti doplňovat. Řečeno s nadsázkou, aby si sám do průmyslového závodu zašel, pokud mu to k pochopení problému skutečně chybí.

Toho lze ovšem dosáhnout jediné osobním příkladem, představením vlastní autority učitele a bezprostředním kontaktem. Student musí pocítit za své neznalosti stud - a to stud před konkrétním pedagogem, který pro něj ovšem takovou autoritou musí být. Bylo by jistě naivní domnívat se, že student je na počátku svého studia již natolik morálně vyzrálý, aby byl schopen zodpovědnosti obecně, tedy vůči medicíně jako takové. Tu si musí právě za pomoci pedagogů vytvořit a vybudovat. Musí ji prožít a vstřebat - přijmout za vlastní.

Můj návrh řešení je následující: Jednotlivé ústavy a kliniky budou sice nadále delegovat výukový proces na pedagogy, úkolem těch však musí být nejen obstat ve vlastním penzu výuky, ale také nabídnout, resp. spíše uložit svému okruhu studentů jasně vymezenou práci a tuto práci důsledně vést. Více než pouhou studentskou práci mám tedy na mysli fakticky fungující studentsko-pedagogickou "SPOLU-PRÁCI", nejlépe nepřiliš rozsáhlý písemný rozbor konkrétního odborného problému daného oboru. Na takovém nepatrném výseku z celé problematiky předmětu se tak student seznámí se specifikou oboru, s tím, v čem spočívá jeho náplň, z jakých materiálů čerpá, jak je zpracovává - stručně: o co v něm jde. Znamená to nabídnout dostatečné množství atraktivních témat, uvést dostupné prameny, vpustit studenty na kliniky a ústavy, věnovat jim část svého dalšího času. Pedagog musí studenta přímo zapojit do vlastní činnosti kliniky či ústavu, umožnit mu podílet se na klinických sledováních, vyhledávání nových poznatků, sběru dat nebo přípravě odborných článků či publikací, a tak jej postavit bezprostředně před příležitost - a zároveň povinnost - účastnit se skutečné teoretické či praktické práce.

"Nepohodlné" je to samozřejmě pro obě strany. Cílem však není pohodlí. Cílem je vzdělaný, schopný a samostatně myslící a jednající absolvent. Zřejmě se tím vyloučí možnost odpřednášet látku předmětu v plném rozsahu, studenti si však budou nuceni navyknout využívat přednášek a pracovat se studijní literaturou samostatně a smysluplně - a nikoliv pouze jako s něčím, čehož "naučení" zaručuje obstat. Domnívám se, že řešením jednoho problému se studenti o oboru dozvědí víc než předvedením celého jeho obsahu. A především - učini o každém takto absolvovaném předmětu osobní zkušenost, založenou na vlastní práci, názoru a pochopení. K takto "zažitému" oboru si pak mohou vytvořit i svůj vztah.

Bylo by však jistě mylné se za současné situace domnívat, že všichni pedagogové jsou takového přístupu samostatně schopní. Někteří z nich jsou více pedagogy, někteří více lékaři. Ve hře je i ochota angažovat se, která ne vždy převyšuje osobní zájmy, byť profesionálně motivované. Navrhuji tedy, aby pro takovou formu výuky a spolupráce pedagogů se studenty byla vypracována a přijata jistá závazná pravidla, která by platila pro všechny obory - nejspíše jako nedílná součást podmínek k zápočtu. Tato iniciativa [nazvěme ji

raději direktivou] musí vyjít z vedení fakulty, neboť právě ono je strůjcem "tváře fakulty", a na něm tudíž leží úkol odpovídající "vnitřní" prostředí vytvořit. Systém tzv. advisorů, kteří se dobrovolně přihlásili, že se budou studentům věnovat více, než jim ukládá prostá učitelská povinnost, pracuje z tohoto hlediska s ušlechtilostí a obětavostí některých, nikoliv se zodpovědností všech. Domnívám se, že každý pedagog by měl mít "své" studenty - nejlépe takové, kteří projeví zájem či schopnost pracovat v jeho oboru. Tyto studenty by vedl a za úroveň, přínosnost a smysluplnost jejich práce by byl osobně zodpovědný. Eventuální obnovení tzv. SVOČ ve formě každoroční fakultní přehlídky studentsko-pedagogických prací, spojené případně i s konkrétní odměnou [vhodná je k tomuto účelu např. nadace Margaret Bertrand] by jistě zprůhlednilo nejen schopnosti studentů, ale i pedagogů. *Prestiží pedagoga by bylo vést schopné studenty, prestiží studenta naopak být veden solidním pedagogem.*

Zvýšená zátíženost studentů takovýmto přístupem k výuce bude s odstupem času jistě kompenzována tím, že nebudou nuceni na konci studia konstatovat, že jim tato fakulta nic nedala a že by ji podruhé nestudovali. Zároveň podstatně vzrostou i nároky na jednotlivé učitele i výuková pracoviště - je však věci vedení fakulty a akademického senátu, aby zvážili, zda takové řešení je v korelaci k výsledkům, jež je možno očekávat. Zda je za současných podmínek reálné, pro fakultu přijatelné a pro jednotlivé odborníky, které fakulta zaměstnává ve funkci pedagogů, přiměřené.

V anglickém reprezentativním letáčku fakulty se uvádí, že úroveň naší fakulty je nejlépe zřejmá z úrovně jejich absolventů. Bylo by příjemné, čestné i žádoucí, aby tato věta nepatřila k pouze pečlivě vybudovanému vnějšímu dojmu, pro nějž by chybělo vnitřní opodstatnění.

*PS: Svůj návrh předkládám k projednání kolegiu děkana a AS. Pro ostatní pracovníky fakulty budiž námětem k další diskusi.*



# Křesťanská akademie Praha

PŘIPRAVUJE VE SVÉ VYDAVATELSKÉ ČINNOSTI PRO TENTO ROK

## Křesťanství, kultura a svět (II)

### sborník 2

Soubor přednášek, které proběhly na půdě Křesťanské akademie v přednáškovém roce 1990 - 91.

Sborník obsahuje příspěvky D. Kroupy, O. Mádra, E. Koháka, V. Malého, T. Halíka, A. Kánského

V. Vaška a E.Ch. Suttnera .

Vyjde v červnu, cena 22 Kčs.

## Křesťanství a filosofie, (1. část Velké epochy)

### sborník 3

Soubor přednášek, které proběhly na půdě Křesťanské akademie v přednáškovém roce 1990 - 91.

Sborník obsahuje příspěvky z první části daného cyklu: „Křesťanství a platonismus“

prof. W. Beierwaltese z Mnichova, „Křesťanství a aristotelismus“ prof. A Zimmermanna z Kolína

nad Rýnem „Křesťanství a filosofie v nové době (17. - 19. stol.)“ prof. R. Spaemanna z Mnichova

„Křesťanství a filosofie ve 20. stol.“ prof. M. Lobkowicze z Eichstättu.

Vyjde v září, předpokládaná cena 22 Kčs.

## Zdeněk Neubaer

### Nový areopág (pracovní název)

Kniha několika studií (např. Řecký odkaz a křesťanství, Přírodní vědy a náboženství, Víra

a zázraky, Radikální skepse), jimiž se širší čtenářské veřejnosti představí pražský filo-

sof a biolog, nynější docent přírodovědecké fakulty UK v Praze.

Vyjde v listopadu, předpokládaná cena 35 Kčs.

Sborníky přednášek K. A. P. budou vycházet pravidelně čtyřikrát ročně (vždy na konci čtvrtletí).

Zájemci si mohou nabízené publikace objednat na adrese:

Křesťanská akademie Praha, Školská 38, 110 00 Praha 1



# N A B Í D K O V Ý L I S T :

videodokumentace z programu 18. celostátní psychoterapeutické konference Luhačovice 1991.

---

## I. P ř e d n á š k y :

1. *Krizová intervence (90 minut).*
2. *Psychoterapie psychóz (cca 90 minut).*
3. *Metody a techniky psychoterapie I (cca 90 minut).*
4. *Metody a techniky psychoterapie II (cca 90 minut).*
5. *Kognitivně behaviorální terapie I (cca 90 minut).*
6. *Kognitivně behaviorální terapie II (cca 90 minut).*
7. *Výcvik v psychoterapii I (cca 90 minut).*
8. *Výcvik v psychoterapii II (cca 90 minut).*

## II. D í l n y :

9. *Psychoterapeut. kutilové... (cca 90 minut).*
10. *Psychogymnastika (cca 90 minut).*
11. *Neverbální asociační metoda (cca 90 minut).*
12. *Práce s telom (b) v psychoterapii (cca 90 minut).*
13. *Bláto ve skupinové psychoterapii (cca 120 minut).*
14. *Ericksonovská hypnóza (cca 75 minut).*
15. *Arteterapie u dětí (cca 45 minut).*

## III. H o t o v é v i d e o p r o g r a m y :

16. *18. celostátní psychoterapeutická konference v Luhačovicích = Akcent č. 1 (cca 90 minut).*
17. *A zkusili jste arteterapii? Bláto dr. Šimka. - Akcent č. 2 (cca 45 minut).*

Přednášky [I] distribuujeme v systému VHS, Dílny [II] a Hotové videoprogramy [III] Vám v případě zájmu dodáme také v systému S-VHS. Záznamy i programy si můžete zakoupit nebo vypůjčit, příp. také nechat přepsat na svou kazetu. Ceny přednášek [I] a dílen [II] lze stanovit dohodou. Cena hotových videoprogramů [VHS] je stanovena na Kčs 330,- (kazeta č.16) a 300,- (kazeta č.17).

Svoje písemné objednávky zasílejte na adresu:

geo + bio TV INTERNATONAL,  
Slavíkova 10, 130 00 Praha 3.

## recenze:

*Název knihy:* International Perspectives in Schizophrenia.

Biological Social and Epidemiological Findings

*Autor:* Malcolm Weller (Ed. John Libbey and Co. Ltd.) London 1990

Jde o mezinárodní sborník poznatků o schizofrenii, na kterém se podílelo na 54 autorů, převážně z Velké Británie. Kniha je rozdělena do pěti částí. První část je věnována biologii schizofrenie, druhá část genetice, třetí část epidemiologii, čtvrtá část novým směrům ve farmakologii a pátá část sociálním aspektům. Kniha je opatřena autorským i předmětovým rejstříkem.

První část obsahuje kapitoly 1 - 10, druhá část kapitoly 11 - 14, třetí část 15 - 18, čtvrtá část 19 - 23 a pátá část 24 - 27. Kniha je velmi dobře vypravena, vázána v kartonu, s ozdobnou tiráží, má 327 stran na kvalitním křídovém papíře, početné obrázky a tabulky jsou číslovány pro každou kapitolu zvlášť.

V první kapitole M.P.I. Weller upozorňuje na ohraničení schizofrenie jakožto funkční poruchy oproti toxickým psychózám a oproti psychózám na organickém podkladě. Upozorňuje, že někdy je toto ohraničení rozmazané a že požadavek určovat schizofrenii jenom tam, kde nejde o kvalitativní změny vědomí (obnubilaci) nemůže být vždy jednoznačně splněn. V tabulce, která shrnuje charakteristiky zastřeného vědomí, přiřazuje k těmto charakteristikám citáty z literatury o schizofrenii a ukazuje, jak dvojnásobně mohou být. Upozorňuje na prohlubující se poruchy paměti u schizofreniků, na poruchy orientace, percepce a další, které se snaží vysvětlit tak, že schizofrenní příznaky jsou vlastně produktem poruchy mozkových funkcí, které se projevují subkortikálními abnormitami (abnormity strukturální, abnormity limbických neuronů, alfa a prebeta vrstev parahipokampální-entorhinální kůry), elektrofyziologickými abnormitami (poruchy orientační reakce jako příklad fundamentálního narušení mechanismu pozornosti), elektroencefalografické změny (zvýšení pomalovlnné aktivity a zvýšení míry synchronizace mezi různými mozkovými oblastmi) a možná i sníženým metabolickým obratem v některých částech mozku.

Ve druhé kapitole se K. Davison věnuje organickým poruchám. Upozorňuje, že schizofreniformní psychózy se objevují ve spojení s organickými poruchami mozku častěji než by odpovídalo nahodilému výskytu. Důležité přitom je, že nejsou jasně odlišitelné od řádné schizofrenie na základě klinických příznaků. Objevují se u pacientů, kteří nemají genetickou vložku pro schizofrenii. U takto postižených pacientů lokalizace mozkové léze může hrát důležitou roli v genezi psychózy. Podle Johnstona a spol. (1987) mezi 268 pacienty z první atakou schizofrenie se našli tři s abuzem alkoholu, tři se syfilis, dva toxikomani dva se sarkoidozou, jeden s autoimunní poruchou, jeden s bronchiálním karcinomen, jeden s cerebrální cysticercosou, jeden s hypotyreozou (přeléčený) a jeden s hemiparézou po mozkovém traumatu. Podle Owense a spol. (1980) ze 136 chronických schizofreniků bylo na

základě výpočetní tomografie indentifikováno sedm s cerebrálním infarktem, jeden s porencefalickou cystou, jeden s meningiome, dva se subdurálním hematome a jeden s pineální cystou. Schizofreniformní psychózy byly zjištěny u sklerosis multiplex, u paralysis agitans a postencefalitickém parkinsonismu u cerebrální atrofie, cerebrální diplegie, extrapyramidálního syndromu na vrozeném podkladě u hydrocefalu a u Sturge-Weber syndromu, u mozkového nádoru při trombóze mozkového kmene, při Huntingtonově chorei, posttraumaticky při narkolepsii, u tortikolis u cerebrální degenerace, u poruchy motorického neuronu, po prodělané meningitidě či encefalitidě, po prodělaném mozkovém abscesu, u Friedreichovy ataxie, u Wilsonovy choroby a u Klein-Lewinova syndromu. Psychoza hodnocená jako schizofrenie se vyskytuje v pěti až čtrnácti procentech nemocných s Huntingtonovou choreou. Ve stejném rozmezí se u těchto nemocných vyskytuje také paranoidní psychóza. Vyšší riziko pro rozvoj schizofrenie nebo schizofreniformní psychózy mají také některé genetické poruchy. Jako Klinefelterův karyotyp (XXY, XXX), akutní intermitentní porfyrie, porphyria variegata, metachromatická leukodystrofie (dospělý typ) a familiální kalcifikace bazálních ganglií. Podle jedné studie, co se nádoru týče, se gliom vyskytl až u 37 procent psychotiků, meningiom u 18 procent, adenom hypofýzy u 8 procent, kraniofaryngeom u 2 a půl procent, sarkom angiom a aneurisma zhruba ve stejné míře, méně než jedno procento pinealom, koloidní cysta, cholesteatom, epidermoidní cysta. Nejčastější lokalizace tumoru je frontální potom temporální, pak parentální a cerebelární, pak následují další lokalizace.

V závěru kapitoly se navrhuje Davison nesměle termín sekundární schizofrenie pro případy, kde na podkladě psychózy je organické onemocnění a domnívá se, že tento koncept by mohl pomoci objasnit patogenezi pravé schizofrenie.

Třetí kapitola z pera Avrahama Caleva je věnována paměti. Ukazuje se, že schizofrenici jsou postiženi poruchou asociací, která nepříznivě ovlivňuje výbavnost, a to jak v oblasti verbální, tak nonverbální. Smysluplné znovuorganizování zapamatované látky a afektivní charakterizace jejího významu situaci poněkud zlepšuje, ale u nemocných s negativními příznaky se nikdy nedosáhne normální úrovně na rozdíl od nemocných s krátkodobým bouřlivým průběhem s pozitivními symptomy. U těch prvních je poměr mezi výbavností a zapomináním příznivější pro negativní emoce než pro neutrální a pozitivní. Účinek anticholinergních látek je menší u chronických nemocných, avšak zřetelnější u ostatních. Celkem se tedy zdá, že pro chroniky je typické rychlé zapominání a že je toto zapominání větší pro verbální látku s pozitivním emočním zabarvením. To svědčí jednak pro postižení nebo dysfunkci limbického systému a hipocampu, jednak pro postižení levé hemisféry oproti pravé. Tyto výsledky opět potvrzují různé chorobné procesy, které jsou na pozadí u schizofrenie prvního a druhého typu. Lateralita a hipokampální dysfunkce je ve shodě s patologickými nálezy v oblasti paměti u schizofreniků.

Michael A. Reveley popisuje ve čtvrté kapitole příspěvek výpočetní tomografie k odlišení familiální a sporadické formy schizofrenie. Výpočetní tomografie se zaměřuje na komorový rozměr, kdy se zdá, že např. u dvojčet diskordantních pro schizofrenii je u postiženého širší komorový systém než u kontrol. To by svědčilo pro vliv prostředí na rozvoj poruchy. Mezi vlivy prostředí predisponující k rozšíření komor v dospělém věku se snad mohou počítat perinatální komplikace a různé intrauterinní a postnatální příhody. Zdá se, že jedinci s menší genetickou náloží vyžadují více vlivů prostředí k manifestaci choroby a naopak. Šíře komor je totiž do značné míry geneticky dána. A tak se zdá, že odchylka od této vrozené charakteristiky je většinou následkem zranění anebo porodních komplikací. Také se zdá, že šíře komor u schizofreniků negativně koreluje s jejich pozitivní dloinnou anamnézou.

Pátá kapitola od Garetha W. Robertse interpretuje společně jak strukturální změny v mozku schizofreniků (parahipocampální kůry, hipocampu a amygdaly), které mohou být důsledkem vývojové anomálie podskupiny neuronů v temporálním laloku, tak změny v dopaminergních systémech a úlohu cholecystokininu. Cholecystokinin hraje roli ve vývoji mozku. V dospělém mozku se vnitřní okruhy obsahující CCK nacházejí v temporálním laloku a v dráhách limbického systému, které spojují temporální lalok s jinými mozkovými oblastmi. U schizofreniků se nachází snížení obsahu CCK v temporální kůře, v hipocampu a v amygdale, což koreluje s výskytem negativních symptomů. Navíc CCK a dopamin fyziologicky interagují a vyskytují se společně ve ventrální tegmentální oblasti. Tyto nálezy umožňují podle Robertse vytvořit alternativní hypotézu schizofrenie, která může mít větší explikační sílu a může podnitit další pokrok v pochopení této nemoci. Specifická CCK v tomto případě je zdůrazněna ještě tím, že jiné peptidergické systémy, např. VIP, somatostatín a neuropeptid Y, jsou u schizofrenie v podstatě nedotčeny. V mnoha farmakologických pokusech mají CCK peptidy profil účinku podobný neuroleptikům, tj. antagonizují stereotypní chování po stimulacích. Dlouhodobé podávání neuroleptik zvyšuje počet CCK receptorů ve frontální kůře a v mezolimbických oblastech a zvyšuje koncentraci CCK ve striatu a v limbickém systému. Klinické účinky CCK a jeho syntetických forem u schizofrenie zůstávají stále ještě neurčitě, protože v některých studiích se nepodařilo replikovat dřívější pozitivní výsledky. Pozoruhodné je také zjištění, že dodávka exogenního CCK v určité kritické periodě vývoje vede ke snížení jeho obsahu v mozku, ke ztenčení kůry a ke zpomalení vývoje mozku. Zdá se tedy, že jednou z příčin mozkových dysfunkcí v pozdějším věku může být také nadměrná expozice CCK u vyvíjejícího se organismu. Roberts tedy shrnuje, že

a) úspěšné použití neuroleptik vedlo k podezření, že schizofrenní příznaky jsou důsledkem nadměrné aktivity dopaminergních systémů (dopaminová hypotéza); dopamin je významně zvýšen amygdale, v nucleus accumbens a dopaminové receptory jsou zmnóženy ve striatu a v accumbens;

b) neuropatologické nálezy svědčí pro mozkovou aplazii u schizofreniků v oblasti struktur mediálního temporálního laloku (primární entorinálního kortexu - g. parahipocampalis a hipocampus) a v menší míře v amygdale, kde je nápadná zejména vývojová anomálie v buněčných vrstvách pre-alfa a pre-beta parahipokampální kůry a v subikulárních a pyramidálních buněčných zónách hipocampu. Ostatní korové a subkorové oblasti se zdají být relativně nedotčeny.

c) v temporální kůře, v hipocampu a v amygdale byly nalezeny selektivní úbytky CCK, které koreluji s klinickými symptomy. V hipocampu se našla redukce CCK receptorů.

d) Imunocytochemické studie zmapovaly podrobnou a komplexní síť buněk a vláken obsahujících CCK v limbickém systému. Četné CCK neurony jsou umístěny ve vrstvách II a III (pre-alfa a pre-beta), parahipocampální kůry, v hipocampu a v subjádrech amygdaly. CCK vlákna spojují struktury temporálního laloku mezi sebou a s ostatními mozkovými oblastmi.

e) CCK je patrně důležitý pro normální vývoj kortikálních struktur. Nadměrná expozice CCK během vývoje může mít za následek zpomalení mozkového růstu.

Roberts upozorňuje, že dopaminová hypotéza nevysvětluje neuropatologické změny u schizofrenie. CCK a dopamin jsou na sebe velice vázány a vyskytují se společně v A9 a A10 dopaminových buněčných skupinách, které inervují accumbens, kde jsou u schizofrenie zmnoženy D2 receptory a centrální amygdaloidní jádro, kde jsou zvýšeny hladiny dopaminu. Dopaminové projekce do striata, kde jsou u schizofreniků také zmnoženy D<sub>2</sub> receptory, neobsahují CCK, nicméně farmakologický výzkum ukazuje, že terapeutické zásahy neuroleptik jsou ve vztahu k redukci dopaminergní aktivity v mezolimbických a neokortikálních oblastech spíše než v oblasti nigrostriatální. Zdá se tedy, že systém CCK/dopamin je terapeuticky důležitější, než systémy dopaminergní. Předběžné pokusy porozumět vztahu CCK a dopaminu u schizofrenie se zaměřily na mezolimbický dopaminový systém a na oblast nucleus accumbens. Zdá se, že hipocampální podíl na excitačním vstupu do accumbens může být částečně řízen CCK interneurony. A tak ztráta interneuronů u schizofrenie má za následek snížený tok impulsů z hipocampu do accumbens. To vede k nerovnováze v accumbens, kdy inhibiční dopaminergní vstup není kompenzován excitačním působením hipocampální formace. Výsledek je podobný jako při lézích hipocampu: zvýšený dopaminergní obsah daný nižším využitím, který vede ke zvýšení vazby neuroleptik v accumbens. Neuroleptika pak korigují tuto nerovnováhu svým antidopaminergním působením. Ani tato hypotéza však nevysvětluje snížení CCK, které se zjistilo v temporální kůře a v amygdale a zvýšení D2 receptorů ve striatu. A tak Roberts formuluje novou hypotézu: zdá se, že klíčovou událostí u schizofrenie je vývojová anomálie postihující buňky s obsahem CCK v pre-alfa a pre-beta vrstvách parahipocampálního /entorinálního kortexu. Tato anomálie může být buď důsledkem genetických faktorů ovlivňujících povrchové buněčné markery na CCK neuronech (takže buňky nemohou rozpoznat svou lokalizaci) anebo ovlivněním CCK produktivity, takže v té které:

periodě nejsou přítomny odpovídající hladiny CCK. Změny v embryonálním prostředí, které ovlivňují vzájemné rozpoznávání buněk anebo změny produkce CCK vedou k velmi podstatným důsledkům. Rozsah vývojové poruchy CCK systému je pravděpodobně proměnlivý a v extrémních případech mohou být postiženy také místní okruhy neuronů s obsahem CCK v hipocampu a v amygdale. V těchto případech dochází k časnému nástupu příznaků a ve zvýšené míře k rozvoji negativních příznaků. Jsou totiž narušeny právě ty CCK systémy, které zpracovávají vstup a výstup těchto oblastí. Kortikální informace konvergují na entorinální kůře a dosahují hipocampu polysynaptickými spoji v parahipocampálním gyru a v subiculu. Hipocampální výstup je uspořádán podobným způsobem. Z tohoto hlediska parahipocampální gyrus a subiculum slouží jako brána všech informací opouštějících hipocampus anebo do něho vstupujících. Také existují spoje mezi entorinální oblastí a striatem a amygdalou. I tak změny entorinálního CCK mohou narušit funkci hipocampu, amygdaly a striata. Ztráta CCK vláken může vést ke ztrátě excitačního pyramidálního vstupu. Ztráta takového excitačního vstupu během vývoje může vést k dystrofii anebo ke ztrátě pyramidálních buněk nesoucích CCK receptory. Tyto buňky normálně projikují do accumbens. U krys se ukázalo, že poškození hipocampu má za následek zvýšení obsahu dopaminu v accumbens díky sníženému uvolnění a užití dopaminu a takové léze také působí zvýšení vazby haloperidolu. A to jsou právě nálezy, které jsou přítomny v mozcích schizofreniků a formují základ dopaminové hypotézy.

Z toho všeho lze možná predikovat nálezy u schizofrenie: primárně postižen bude temporální kortex, což má za následek postižení hipocampu a amygdaly. Neuropatologické a biochemické nálezy odrážejí reliabilitu právě v tomto pořadí. Čím vyšší je účast limbických struktur v tomto postižení, tím je nástup nemoci časnější a tím je větší výskyt negativních příznaků.

Michael R. Trimble se v šesté kapitole věnuje vztahu chronické psychózy a epilepsie. Ukazuje, že pacienti určení jako "nukleární schizofrenie" mají často epilepsii pocházející z temporálních laloků a že převažují levostranné léze. Trimble říká, že použijeme-li epilepsii jako model pro rozvoj psychotických příznaků, pak dominantní hemisféra a temporální laloky jsou důležitými neuroanatomickými oblastmi na pozadí některých psychotických fenomenů. Trimble upozorňuje, že případy psychózy u epilepsie, které se rozvinou po temporální lobektomii a podobnost neuropatologických změn nedávno popsanych u pacientů se schizofrenií a se schizofreniformní psychózou u epilepsie naznačují nejenom fokální patologii temporálních laloků, ale také gliozu v periventrikulárních, periakvedukálních, tegmentálních a bazálních oblastech.

V sedmé kapitole Peter H. Wenables upozorňuje na vývojové prekurzory poruchy v dospělosti. Jádrem kapitoly je zpráva o studii vývojových prekurzorů na Mauritiu, kterou v r. 1972 zahájili Mednick a spol. V této studii různí psychofyziologičtí ukazatelé koreluji s pozdějším rozvojem poruchy. Je to obdoba zjištění, že dlouhá doba úpravy odpovědi

kožní vodivosti může být ve vztahu k pozdějšímu delikventnímu chování. Kapitola však neposkytuje jasně formulované nálezy.

Peter F. Liddle rozebírá v osmé kapitole povahu prefrontálních a subkortikálních dysfunkcí u schizofrenie. Shrnuje, že přetrvávající schizofrenní příznaky se rozpadají do tří odlišitelných skupin:

a) syndrom psychomotorického ochuzení (Psychomotor Poverty syndrome), kde je v popředí chudost řeči a oploštělý afekt.

b) syndrom dezorganizace (Disorganization syndrome), kde jsou v popředí formální poruchy myšlení a inkongruentní emotivity a

c) syndrom pokroucené reality (Reality Distortion Syndrome), kde jsou různé bludy a halucinace. První a třetí syndrom připomínají dva odlišné syndromy, které se vyskytují při postižení frontálních laloků. Anatomické studie popisují dvě neuronální sítě, které spojují frontální kůru s podkorovými jádry: jedna síť spojuje dorzální prefrontální kůru s dorzálním striátem, zatímco druhá spojuje orbitální prefrontální kůru s ventrálním striátem. Autor se domnívá, že schizofrenní nemocní mají sklon k přetrvávající hypoaktivitě prefrontální kůry. Hypoaktivita dorzální prefrontální kůry vede k symptomům psychomotorického ochuzení, zatímco hypoaktivita orbitální kůry vede k symptomům dezorganizačním a tímto způsobem také prefrontální hypofunkce může predisponovat k dopaminergní hyperaktivitě subkortikálních jader a následně k příznakům formujícím syndrom pokroucené reality.

Devátá kapitola z pera Malcolma P.I. Wellera je věnována organickým nálezuům a farmakoterapii schizofrenního spektra. V této kapitole je novodobé členění schizofrenie, jak je známe z DSM-III, konfrontováno s historickým pojetím této choroby, které se liší zejména definicí schizofrenia simplex, která během vývoje z rodiny schizofrenních poruch vlastně vymizela a autor se ptá, zda oprávněně. Ukazuje se totiž, že mezi různými poruchami schizofrenního centra jsou hlubší, např. genetické, souvislosti. Podobným pojetím rozpadajících se poruch může být reaktivita na farmakologickou léčbu.

Desátá kapitola z pera Sira Martina Rotha nese název Teorie podmíněnosti paranoidních poruch a jejich vztahu k jiným psychiatrickým syndromům. Sir Martin Roth říká, že vlivný názor představující všechny formy paranoidní psychózy, které nejsou na organickém podkladě, jako varianty schizofrenie, není ve své původní podobě podpořen nálezy posledních několika desetiletí. Hereditární vazba se schizofrenií se sice u několika syndromů našla, ale její síla a důležitost byla pravděpodobně přeceněna. Paranoidní psychotické a jiné poruchy mají oproti schizofrenií pravděpodobně příznivější klinickou a sociální prognózu. Nicméně 50 procent případů chronifikuje, avšak deteriorace osobnosti, kterou vidíme u schizofreniků, je v těchto případech vzácná. Autor rovněž upozorňuje na to, že

pojem psychogenní psychózy **nadhodnocuje** vliv klíčových událostí v premorbidním stavu a jejich adekvátnost jako **vysvětlení** bludných paranoidních stavů.

V úvodu druhého dílu (**genetika**) se uvádí, že genetické riziko pro schizofrenii je u obou rodičů 46,3%, u sourozence plus rodiče 16,7%, u dítěte 12,8%, u sourozence 10,1%, u rodiče 5,6%, u strýců, **tet**, sestřenic a neteří 2,8%, u vnučete 3,7% a u osob bez příbuzenského vztahu 0,86%. **Rizikem** se míní procento výskytu choroby u osoby, která má mezi uvedenými příbuzenskými skupinami někoho s diagnózou schizofrenie v zastoupení tak, jak je v seznamu uvedeno.

V jedenácté kapitole tedy **Seymour S. Kety** referuje o výsledcích národní studie adoptovaných v Dánsku, která významně přispěla k objasnění míry vlivu genetických faktorů na etiologii schizofrenie. V této **studii** se ukázalo, že schizofrenie se vskutku soustřeďuje významně v biologickém příbuzenství schizofreniků, kteří byli adoptováni (v porovnání s kontrolami) a nevyskytuje se významně častěji v adoptivním příbuzenstvu, což svědčí pro důležitý vliv genetických, **nikoli** rodinných environmentálních faktorů při rozvoji této poruchy. Podobné mírnější **syndromy** popisované jako latentní, hraniční nebo neurčitá schizofrenie, se rovněž soustřeďují **výrazněji** mezi biologickými příbuznými než mezi adoptivními. To svědčí pro genetickou **příbuznost** těchto poruch se schizofrenií.

V kapitole dvanácté **D.H.R. Blackwood** a spol. upozorňují na genetické trait markery u schizofrenních probandů a **jejich** nepostižených příbuzných. Mezi slibné markery patří především dysfunkce sledovacích **očních** pohybů a změny v evokovaných potenciálech, zvláště sluchové P50 odpovědi **zaznamenané s** použitím podmiňovacího testového paradigmatu a odpověď P300, které možná pomohou **objasnit** typ neuronální dysfunkce u schizofrenie a způsob dědičnosti choroby. Abnormalita v latenci vlny P300 a sledovacích očních pohybů byla častější u schizofrenních **pacientů** oproti kontrolám. Zajímavé je, že u kontrol, které měly alespoň jednoho schizofrenního člena rodiny (příbuzný prvního řádu) byla také zvýšená incidence obou typů poruchy, **což** naznačuje autosomální dominantní způsob přenosu v těchto rodinách a to přenosu vloh,  **která** se může projevit jako schizofrenie nebo jako porucha vlny P300 či sledovacích očních **pohybů**, ať již zvlášť anebo v kombinaci.

Třináctá kapitola shrnuje **molekulární** genetický výzkum schizofrenie. Autory jsou H.M.D. Gurling a spol. Obtíže **dané** nekompletní penetrancí a nejasným způsobem přenosu u schizofrenie nezabránily **přece** jenom prvním úspěšným lokalizacím genu pro vlohu k podtypu schizofrenie. V kapitole se uvádějí **nejnadějnější** molekulární genetické metody v tomto směru: polymorfismus **délky** restrikčních fragmentů a následný výzkum s využitím rekombinantních technik a **klonování**. Podezřelým chromosomem je u schizofrenie chromosom pátý, a to nejspíše lokus 5q11-q13. Budoucí výzkum se jistě bude i nadále věnovat hledání lokusu pro vnímavost ke schizofrenii, heterogenitě vazby, vztahu genetické zátěže a zná-



mých abnormalit u schizofrenie, vylepšení přesné diagnostiky a prognostiky schizofrenie, jistě se budou studovat rizikové skupiny a fenomen inkompletní penetrance a to vše ve vztahu k biochemickým nálezům schizofrenie.

Čtrnáctou kapitolu nazval T.J. Crow "Integrované virové geny jako potenciální patogeny funkčních psychóz". Říká, že podle retrovirové transpozonové hypotézy je psychóza vyjádřením patogenní sekvence (virogeny) zabudované do genomu a získané buď od postiženého nebo predisponovaného rodiče nebo v průběhu reprodukce při genetickém uspořádání (např. transpozicí anebo vytvořením "tandemu"). Psychózy autor nahlíží jako kontinuum od unipolárních přes bipolární a schizoafektivní poruchy až ke schizofrenii se stále stoupající tíží postižení jak je dána mírou genetického přeuspořádání. Locus, kde se tyto změny odehrávají, je ve vztahu ke genetické determinantě mozkové lateralizace (geny pro mozkovou dominanci). Potenciální patogen je podporován interakcí s genem pro růstový faktor.

Třetí, epidemiologickou část knihy, zahajuje A. Jablensky v patnácté kapitole upozorněním na interakce environmentálních a endogenních faktorů schizofrenie. Říká, že celkový výsledek onemocnění není předurčen ani předprogramován, ale je výsledkem četných a v zásadě změnitelných denních transakcí mezi pacientem, jeho rodinou, terapeutickým týmem a širším sociálním prostředím. Tento proces má dostatečný stupeň volnosti, aby opodstatnil investování času, úsilí a rozumného optimismu při zacházení s každým schizofrenním pacientem. Jablensky uzavírá: 1) Mezi schizofrenními pacienty jsou nadměrně zastoupeny osoby nízkého socio-ekonomického statutu. 2) V prostředí sociálního, výchovného a ekonomického handicapu mají etnické minority větší počet přijetí do nemocnice pro schizofrenii než srovnatelné ne-minoritní skupiny. 3) Za určitých okolností mají migrující obyvatelé a vykořeněné osoby extrémně vysokou morbiditu schizofrenie. 4) Větší výskyt nových případů schizofrenie je v městských oblastech charakterizovaných nízkým statutem, chudobou a sociální dezorganizací. 5) Exacerbace schizofrenních příznaků, která vede ke zvýšení počtu hospitalizací, se ukazuje v obdobích ekonomické recese a masové nezaměstnanosti (otázka však je, jestli zde hospitalizace nesupluje sociální službu). 6) Různé sociální a kognitivní požadavky v jednotlivých kulturách vedou také k výrazné kulturní variabilitě v průběhu a výsledku schizofrenie. 7) Jablensky se domnívá, že zátěžové životní události přece jenom precipitují nástup akutních psychotických epizod u schizofrenních nemocných. 8) Intenzita a speciální kvalita emocionální interakce uprostřed rodiny jsou také ve vztahu k riziku psychotického relapsu u schizofrenních pacientů. Vysoký index vyjádřené emoce (kombinace nadměrné emoční účasti s pacientem se skrytou hostilitou a odmítáním) u příbuzných trávících většinu času tváří v tvář s pacientem, zvyšuje pravděpodobnost akutní exacerbace tzv. pozitivních příznaků. Naopak sociálně-emoční izolace, monotonie

a ztráta stimulace mají sklon zhoršovat tzv. negativní příznaky schizofrenie vyjádřené jako apatie, stažení, chudoba myšlení, stereotypie a afektivní oploštění.

Šestnáctá kapitola od R.G. McCreadieho podává přehled všech známých schizofreniků vymezené geografické oblasti Nithsdale v jihozápadním Skotsku v letech 1981-1988. Prevalence schizofrenie zde byla 2,38 na tisíc obyvatel. Negativní příznaky převažovaly, pozitivní byly vzácné. Výskyt tardivní dyskinezy a Parkinsonismu byl 31 procent. Skupina s tardivní dyskinezou byla starší a častěji vykazovala negativní příznaky. Nemocní byli méně adaptovaní než normální populace. Tzv. "Morning Side Rehabilitation Status Scale", škála "Krawietska" pro chronické psychotiky a SAS-SR (Social Adjustment Scale by Self-Report) poskytují dohromady rychlý a vyčerpávající odhad pacientova rehabilitačního stavu.

P.G.Campbell a spol. popisují tři studie, které proběhly od r. 1982 v severovýchodní oblasti Temže, kde zdravotní rezort navrhl zavřít v r. 1992 dvě ze šesti regionálních velkých psychiatrických léčeben. Studie vznikly z nutnosti dozvědět se víc o potřebách jedinců, kteří by byli zasaženi těmito změnami a z potřeb vytvořit databázi pro bezpečný počítačový informační systém zaměřený na klinické monitorování a podporu všech rizikových jednotlivců. Autoři podávají vyčerpávající deskriptci psychotické populace ve zmíněné oblasti a v oblastech kontrolních. Autoři na základě zjištěných skutečností upozorňují na rizika, která s sebou nese přechod do komunitní péče a doporučují, aby takový přechod byl plánován vždy na základě znalosti vzorku a potřeb nemocných té které komunity a jejich rodin. Zaměření pouze na nemocniční populaci v jednom momentě a spláňání na normativní ukazatele potřeb komunitních služeb není dostačující zrovna tak, jako nestačí zjednodušující ideologické formulace. Jestliže zdravotní resort zavře tu kterou léčebnu na základě studie vzorku, který v ní nyní pobývá, tak je skutečné nebezpečí, že dosáhne zcela opačných výsledků v rozložení zisku a zdrojů než které si sliboval, a tak potvrdí správnost lékařské rady, kterou dostal před šesti lety.

V osmnácté kapitole se Malcolm P.I. Wheller zmiňuje o vztahu duševního onemocnění a sociální politiky. V Londýně, který přitahuje nemocné, byl opakovaně proveden přehled nemocných během vánočních svátků, kdy lidé všeobecně mají tendenci spojovat se se svými rodinami. Výsledek těchto přehledů ukazuje, že mnozí jsou těžce psychotičtí, mají halucinace a bludy a nejsou schopni vytěžit ze svých práv. Jsou všeobecně ve špatném fyzickém stavu a nízké zajištění psychotiků ve středním Londýně přispívá patrně k vysokému počtu kriminálních záznamů, které tato skupina má, někdy dokonce i za násilné činy. Autor v závěru upozorňuje, že nález Lionela Penrose z r. 1938, že je negativní korelace mezi počtem poskytovaných psychiatrických lůžek a velikostí vězeňské populace v evropských zemích, stále platí. Penrose také našel obrácenou korelaci v počtu psychiatrických lůžek s počtem vražd, sebevražd, obecně s výskytem úmrtí a není vyloučeno, že toto spojení lze najít

ještě dokonce dnes. Tzv. komunitní péče je zakladem, které nic nemění na dlouhodobém zanedbávání duševně nemocných navzdory jejich úpravě, ke kterému stále v současné britské společnosti dochází. Ti, kdo pracují ve zdravotních a sociálních službách, by měli vědět, že rodiny a příbuzní, zrovna tak jako veřejnost vůbec, nemohou tolerovat pod názvem komunitní péče pouhé propuštění chroniků bez adekvátní úpravy jejich následné situace. Z nemocných se pak stávají tuláci a nesnesitelná závaží pro příbuzné. Tyto služby zajišťovaly svého času psychiatrické nemocnice, které pracovaly v harmonii se sociálními službami. Tato jejich kapacita byla narušena snížením počtu lůžek a problémy se sestrami.

Čtvrtá část knihy je věnována novým směrům ve farmakologii. V devatenácté kapitole Thomas R.E. Barnes shrnuje motorické poruchy, které jsou vedlejšími příznaky psychofarmakologické léčby. Říká, že akutní akatizie vzniká v závislosti na dávce asi u 20 procent léčených psychostatiky, akatizie avšak vzniká také jako chronický jev. Bývá často zdrojem distresu a je-li nerozpoznána nebo špatně interpretována, může narušit léčbu a rehabilitaci. Diagnóza spočívá v určení charakteristických pohybů a subjektivního pocitu nepokoje. Někdy je těžko ji léčit, ale anticholinergika popř. malé dávky beta-blokátorů bývají účinné. Naproti tomu tardivní dyskineza je obvykle stav nastupující pozdě. Dyskinetické pohyby znamenají v zásadě sociální handicap a mohou narušovat i příjem potravy, řeč, a mohou vést dokonce ke smrti. Je prokázáno, že orofaciální dyskineza, dyskineza trupu a dyskineza končetin formují samostatné subsyndromy. Rizikovými faktory pro dyskinezu jsou pokročilý věk, mozkové poškození a dg. afektivních poruch (?). Prevence a léčba spočívá v opatrném a uvážlivém ordinování antipsychotik. Zdá se, že některé látky by mohly mít specifické antidyskinetické účinky. U akatizie se zkoušelo prakticky vše, od metylfenidatu, amantadinu, clonidinu, benzodiazepinu až po vitamin E a nootropika.

Ve dvacáté kapitole B.J. Jones naznačuje nové možnosti farmakologické léčby schizofrenie. Troufá si ohlašovat příchod nové éry v léčbě schizofrenie. Zatímco vývojem dalších antidopaminergních látek již patrně mnoho nezískáme, zdá se, že pokrok může poskytnout vývoj některých antagonistů sigma, 5-HT<sub>2</sub> a 5-HT<sub>3</sub> receptorů. Z nich nejnadějnější jsou podle autora 5-HT<sub>3</sub> receptory, které jsou v mozku aktivovány pouze v období vysoké neuronální aktivity, takže 5-HT<sub>3</sub> antagonisté nenarušují normální neuronální činnost, ale tlumí pouze nadproduktivní nebo hyperaktivní dopaminergní neurony. Je tedy velmi vzrušující možnost, že by antagonisté 5-HT<sub>3</sub> receptorů byly prvními antipsychotickými látkami bez vedlejších účinků.

Jednadvacátá kapitola autorů B. Costalla a spol. má název "Schizofrenie a její léčba". Kapitola je opět zaměřena hlavně na blokádu 5-HT<sub>3</sub> receptorů (s použitím ondansetronu). Zdá se, že ondansetron postrádá vliv na extrapyramidální systém a nezvyšuje sérový prolaktin

Daniel P. van Kammen vyslovuje ve dvacáté druhé kapitole hypotézu pod názvem "Noradrenaline, state dependency and relaps prediction in schizophrenia". Říká, že zvýšená hladina noradrenalinu v mozku a v likvoru neléčených schizofrenních nemocných je jedním z nejčastěji potvrzovaných nálezů v literatuře. Nicméně není jasné, zda toto zvýšení je důsledkem psychózy anebo neuroleptické předchozí léčby. Některé nesrovnalosti můžeme vysvětlit, když rozdělíme pacienty na klinicky stabilní a klinicky nestabilní. Autoři ukazují, že noradrenalinové zvýšení předchází relapsu. Podobně při úspěšné neuroleptické léčbě obrát noradrenalinu u stabilizovaných nemocných klesá. Zvýšená noradrenalinová aktivita během chronické neuroleptické léčby bývá spojena s relapsem po vysazení léků a také s výskytem nebo zhoršením pozitivních i negativních příznaků. Autoři se tedy domnívají, že dysregulace noradrenalinového systému, např. locus coeruleus, může spouštět určité chování na přítomnosti dopaminové poruchy.


Třináctá kapitola z pera P. Jennera a spol. je věnována selektivním interakcím sulpiridu s mozkovými dopaminovými receptory. Sulpirid je lehce lipofilní dopaminový antagonist, vykazující vysokou specifitu pro mozkové dopaminové receptory a zdá se, že je selektivní pro populaci  $D_2$ , a to ještě patrně jenom pro tzv. "afinitní stav" těchto receptorů. Sulpirid blokuje některé typy chování zprostředkované dopaminergní stimulací. Za přítomnosti sulpiridu je odezva po apomorfinu modulována tak, že důsledky aktivace  $D_2$  jsou potlačeny, zatímco důsledky aktivace  $D_1$  jsou potencovány. Termodynamické studie účinku sulpiridu na  $D_2$  receptor naznačují, že s tímto receptorem sulpirid interaguje spíše způsobem očekávaným u dopaminových agonistů než u neuroleptik. Sulpirid a příbuzné substituované benzamidy mohou tedy tvořit zvláštní farmakologickou skupinu, pro kterou je typická mírná lipofilie, selektivní působení na  $D_2$  receptory, závislost na přítomnosti sodíku a agonistický typ interakce s dopaminovým receptorem, který u zvířat má za následek selektivní modulaci motorického chování a u člověka zvyšuje pozornost a má nepatrný výskyt motorických vedlejších účinků.

Pátý oddíl knihy je věnován sociálním aspektům. Julian Leff ve dvacáté čtvrté kapitole nazvané "Autonomic changes and expressed emotion" popisuje výzkum, který se uskutečnil v Maudsley Hospital a v Friern Hospital ke zjišťování stresu s použitím psychofyzilogických ukazatelů zvláště změn kožní vodivosti, které se objevují během pocení. Zjistilo se, že osoby se sklonem ke schizofrenii mají také větší stupeň vzrušivosti, která je ještě zhoršována příbuznými s vysokou úrovní vyjádřených emocí, zvláště když jsou hyperkritičtí anebo vlezlí. A naopak, úprava je facilitována příbuznými s nízkou úrovní vyjádřených emocí. Pacient vystavený dlouhodobým problémům v rodině vykazuje větší reaktivitu na životní události než pacienti ve stabilnějších rodinných situacích a jsou také zranitelnější vůči relapsu schizofrenie.

M. Muijen a spol. v šestadvacáté kapitole popisují denní program jakožto součást komunitního programu pro vážné duševně nemocné. Tzv. "daily living programme" (DLP) je vlastně kontrolovanou studií, která srovnává domácí péči se standardní péčí nemocniční. DLP zahrnoval pacienty s těžkými duševními poruchami, u kterých psychiatr indikoval hospitalizaci. Ti byli randomizovaně rozděleni do kontrolní skupiny, která dostávala standardní nemocniční a ambulantní péči v Maudsley Hospital a do experimentální skupiny, které byla poskytována intenzivní domácí péče. Domácí návštěvy se uskutečňovaly tak často, jak bylo zapotřebí. Zajišťoval je tým deseti lidí a počítalo se zhruba až se sto pacienty. Tato studie je založena a bude pokračovat v následujících třech letech. Obě skupiny jsou hodnoceny týmem nezávislých výzkumných psychologů a to jak při vstupu, tak po třech, devíti a osmnácti měsících. Jako kritéria úspěšnosti se počítají klinické příznaky, sociální adaptace, rodinná zátěž (ve smyslu břemene) a ekonomické aspekty. Rovněž se bude zjišťovat spokojenost nemocného a spokojenost jeho rodiny. Předběžná data ukazují, že domácí péče snížila počet a trvání přijetí k hospitalizaci, tj. nemocný ve skupině DLP byli přijati v šedesáti procentech oproti sto procentům kontrolní skupiny, přičemž průměrná doba pobytu u DLP byla 15 dní, zatímco u kontrolní skupiny 48 dní. Hlavním důvodem k přijetí u skupiny DLP byly poruchy chování a nebezpečnost sobě nebo okolí. Určitým omezením DLP je nemožnost čtyřadvacetihodinové služby a nedostatek komplexních komunitních služeb. Personál shledává mnoho aspektů intenzivní komunitní péče jako příliš náročných a vyžadujících speciální dovednosti včetně rehabilitační. Z toho důvodu by rozšíření takového modelu vyžadovalo zvláštní tréninkové programy.

Závěrem lze tedy knihu doporučit každému, kdo chce získat rychlý přehled o mezinárodním pohledu na schizofrenii, ať již z biologického, sociálního nebo epidemiologického hlediska. V tomto smyslu je kniha pro našeho čtenáře jakýmsi doplňkem monografie J. Libigerova (Schizofrenie), která právě vyšla v edici Zpráv Psychiatrického centra Praha. Dá se říci, že vzhledem k počtu stránek a publicitě je na tom recenzovaná kniha lépe, avšak po všech ostatních stránkách ze srovnání vychází Libigerova monografie vítězně.

Cyril Höschl, 23. 4.1991



PŘÍJEMNÉ  
PROŽITÍ  
ROKU  
1992

## O b s a h :

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Slovo děkana.....                | 1 |
| Týden v Taizé [Milan Kment]..... | 3 |
| ...a nebo tak.....               | 5 |

### F A K U L T A :

|  |    |
|--|----|
| Klinická praxe absolventů ve FN KV [Jiří Horák].....       | 9  |
| Reforma studia a postgraduální vzdělávání [Jiří Horák].... | 10 |
| Principy organizování vědy [Richard Rokyta].....           | 14 |
| Zahraníční styky [Richard Rokyta].....                     | 16 |
| Přednášky zahraničních hostů.....                          | 20 |
| Přehled kongresů, sympozií a mezinárodních akcí.....       | 21 |

|   |    |
|---|----|
| Jak se dělá kongres [Richard Rokyta]..... | 23 |
|---|----|

|  |    |
|--|----|
| Přehled videozáznamů habilitací a přednášek hostů..... | 33 |
|--|----|

|   |    |
|---|----|
| Vystoupení k habilitaci Zd. Neubauera [Cyril Höschl]..... | 41 |
|---|----|

|                           |    |
|---------------------------|----|
| Ediční plán PCP 1992..... | 44 |
|---------------------------|----|

|   |    |
|---|----|
| Kolabuje welfare společnost?? [Martin Bojar]..... | 49 |
|---|----|

### S T U D E N T I   V E R S U S   P E D A G O G O V Ě :

|   |    |
|---|----|
| Projev k promoci doktorandů 1.LF UK [Tomáš Drábek].....                           | 56 |
| Studenti, víte, co je "nic"? [Heleně Haškovcová].....                             | 57 |
| Dopis děkanu 3. LF UK [Jana Kodetová].....  | 60 |
| Ohlasy na dopis J. Kodetové [Michal Anděl, Jiří Štefan,<br>Monika Kneidlová]..... | 63 |
| Petice studentů k výuce humanitní výchovy.....                                    | 70 |
| Stanovisko pedagogů Ústavu lékařské etiky [Jiří Šimek]...]                        | 71 |
| Něco se nestalo... [Jiří Ježek].....  | 74 |

### R E C E N Z E :

|   |    |
|---|----|
| M. Weller: International Perspectives in Schizophrenia<br>[Cyril Höschl]..... | 80 |
|---|----|

V I T A   N O S T R A   R E V U E   -   Z I M Ā   1 9 9 2

---

sborník statí, článků, dokumentů a komentářů 3. LF UK Praha.  
*Redakce:* Jiří Ježek. *Poděkování* přispívatelům.

Vydala 3. lékařská fakulta University Karlovy v Praze  
v lednu 1992.

*Adresa:* Děkanát 3. LF UK - VITA NOSTRA REVUE  
Šrobárova 48, Praha 10, PSČ 100 42.



---

# NABÍDKA SKRIPT NAŠÍ FAKULTY:

---

**Helena Haškovcová :** *Spoutaný život*

Velmi čtivá a informačně hodnotná kniha z oblasti psychoonkologie. Slouží zároveň jako učební text k oboru lékařské etiky. Cena: 45 Kčs

**Erazim Kohák:** *Život v pravdě [Pražské přednášky]*

Jeden z nejuznávanějších filosofů USA tohoto století, český rodák, umožnil naší fakultě vydat své přednášky, které měl na Filosofické fakultě UK na jaře. Uvádí v nich do problémů současné tzv. ekologické filosofie, snažící se hledat další cesty pro člověka ohroženého vlastní civilizací ve své podstatě morální i existenční. Cena: 42 Kčs

**Milan Jíra:** *Imunologie*

Nezbytná učebnice posluchačů lékařství, podávající v kostce přehled současné imunologie včetně nejnovějších poznatků. Cena: 18 Kčs

**Radana Königová, Ludomír Brož:** *Popáleninové trauma*

Stručný přehled základních stavů spojených s popáleninovým traumatem - doplněno četnými fotografiemi. Cena: 15 Kčs

**Řecko - český slovník**

Slovník poskytuje dostatečný přehled slovní zásoby klasické řečtiny. Patří do knihovny každého vzdělaného člověka, přicházejícího denodenně do styku s lékařskými, přírodovědeckými a filosofickými termíny. Řecká slova jsou uvedena v abecedě. Cena: 12 Kčs

**Jiří Horák a kol.:** *Texty k seminářům z vnitřního lékařství*

V šesti dílech je vypracována osnova seminářů z vnitřního lékařství pro všechny ročníky fakulty. V jednotlivých kapitolách jsou probrány s maximální věcností a přehledností základy vnitřního lékařství, bez nichž se žádný posluchač nemůže při výuce obejít. Ideální rozsah i formát - vždy při ruce, volné stránky na poznámky ke každé kapitole. Cena jednoho dílu: 15 Kčs

**VITA NOSTRA REVUE - léto 1991**

Reprezentativní sborník článků, úvah a dokumentů pedagogů a studentů 3.LF UK. Cena: 15 Kčs, pro studenty 10 Kčs

Uvedené publikace si můžete objednat na adrese:

MUDr. Jiří Ježek, 3. LF UK,  
Šrobárova 48, Praha 10, 100 42.

**Obecné zásady**

§ 1

(1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

(2) Úkolem lékaře je zachovávat život, chránit zdraví a obnovovat je stejně, jako mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvy pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální sebeidentifikaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní povíry lékaře.

(3) Žádný lékař nesmí přímo ani nepřímo iniciovat a podílet se na aktivitách a zákretech, které by byly v rozporu s odstavcem 1 a 2. § 1.

(4) Lékař je povinen znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon jeho povolání a tyto dodržovat, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích:

a) neomezuji lékařskou etiku,

b) neomezuji nebo nezmenšují svobodný rozvoj vědeckého lékařského poznání v kterémkoliv směru,

c) nelegalizují medicínská společenských problémů způsobem ohrožujícím základní lidská práva.

(5) Lékař je povinen usilovat o to, aby veřejnost respektovala ty rysy svobodného povolání, které v sobě lékařství obsahuje.

Je rovněž povinen za všech okolností zachovávat svou profesionální nezávislost a je plně odpovědný za každý svůj profesionální čin.

(6) Veřejná pověst lékařské profese vyžaduje, aby i mimoprofesionální chování a osobní život lékaře byly v souladu s obecně přijatými mravními normami.

(7) Lékař uznává a podporuje právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře a nemocničního nebo lékařského zařízení.

**Lékař a výkon povolání**

§ 2

(1) Každý lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají uznávané stávající úrovni lékařské vědy a krevě pro nemocného považuje za nejvhodnější. Přitom je povinen respektovat a co největší možné míře vylí nemocného nebo jeho zákonného zástupce a заручит mu optimální možnou úroveň péče.

(2) Každý lékař je povinen v případech bezprostředního ohrožení života neodkladně poskytnout postiženému lékařskou pomoc bez ohledu na svou odbornost.

(3) Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.

(4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li přesvědčen, že se nevyvířil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit nemocnému alternativu léčby a jeho povinnosti dle § 2, odst. 2. zůstávají nedotčeny.

(5) Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spolupráci na něm, který odporuje jeho svědomí nebo odbornému přesvědčení s výjimkou situací bezprostředního ohrožení života.

(6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.

(7) Lékař nesmí zvolit diagnostický a léčebný postup, který sám o sobě nebo v souvislosti s aktuálním stavem nemocného zvyšuje riziko neúměrně k očekávanému přínosu. Jakýkoli mutilující zásah může lékař vykonat jen z velmi vážného důvodu, po souhlasu informovaného pacienta. Výjimkou je naléhavost případu nebo nemožnost získání souhlasu.

(8) Lékař u smrtelně nemocných a umírajících účinně úšší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení nevtvářou lidskou ochotou chápat a sdílet jejich pocitů až do konce.

Vůči nevyhnutelné a bezprostředně nastávající smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.

(9) U transplantací se lékař při odběru orgánů zemřelých řídí příslušnými předpisy. V každém případě musí заручит, že transplantát nebude zneužit k obchodním účelům.

(10) Lékař je v zájmu pacienta povinen, s výjimkou případů, kdy je to právně nutné, důsledně zachovávat lékařské tajemství, tedy nepodávat informace jakékoliv třetí straně o skutečnostech, které se dovedl přímo nebo nepřímo v rámci svého profesionálního vztahu k pacientovi. Smrt pacienta neuvolňuje lékaře z tohoto závazku.

(11) Lékař, který vykonává své povolání, je povinen se odborně dále vzdělat.

(12) Lékař je povinen při výkonu povolání věst a uchovávat řádnou dokumentaci ve smyslu platných předpisů. Dokumentace může být vedena i na magnetických paměťových médiích, nebo elektronických nosičích jiného typu. Ve všech případech je nutná patřičná ochrana zneužívající změnu, zničení nebo zneužití.

Veškerá manipulace s lékařskou dokumentací se musí dít s ohledem na § 2, odst. 10.

(13) Lékař je povinen věnovat patřičnou pozornost vyhotovení odborných lékařských posudků, potvrzení a doporučení. Údaje v nich obsažené musí být objektivně podloženy, souhlasit se skutečností, být formulovány přesně a nedvojmyslně a splňovat formální náležitosti.

(14) Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.

(15) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými

a) ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze ziskových motivů,

b) v rámci své pracovní činnosti poskytovat finanční, pracovní, sociální a jiné úlevy či výhody nemocným, kteří na tyto nemají nárok.

(16) Lékař nesmí přijímat za předpis léků, léčebných přípravků a zdravotních pomůcek od výrobce či obchodní organizace finanční odměnu nebo jiné hmotné výhody. V žádném případě nesmí léky, přípravky a pomůcky vnucovat.

(17) Lékař se volně účastní na prezentaci a diskutování medicínských témat na veřejnosti, v tisku, rozhlasu i v televizi. Musí se však vzdát jakýchkoli individuálních cílených lékařských rad a doporučení.

# Etický kodex ČLK

(18) Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitací činnosti cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

(19) Nový způsob léčby je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta přímo nepoškozují.

**Lékař a nemocný**

§ 3

(1) Lékař nemocnému, který se mu svěřil do péče, ručí za odpovědně, svědomitě a pečlivě plnění své profesionální povinnosti a za to, že vždy a důsledně zajistí všechna další potřebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

(2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesnižuje se k hrubému, násilnickému nebo nemravnému jednání.

(3) Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi včetně zodpovědnosti za své zdraví.

(4) Lékař je povinen srozumitelným způsobem odpovědně informovat nemocného nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčby nastanou.

(5) Zadržování informací o nepříznivé prognóze nebo prognóze je možné individuálně dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl, pokud nemocný neurečí jinak, informovat nejbližší rodinné příslušníky.


(6) Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoli způsobem, zejména pak tím, že využívá na nemocném finanční uplatnění nebo jiný hmotný prospěch.

**Činnost**

Stavovský předpis České lékařské komory č. 6 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 19. 10. 1991.

LÉTO '92

**WIT  
ROSS  
TRA**



**REVUE**

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERSITY  
KARLOVY  
PRAHA



# Obsah:

---

|   |    |
|---|----|
| Polemika o podvádění<br>[na základě dopisu Lynn Grimsich děkanovi] .....  | 3  |
| Příspěvek do diskuse ve VN-Revue<br>[Jiří Beneš] .....  | 11 |
| Něco se [snad] stane<br>[Jiří Ježek] .....  | 13 |
| Rozhovor: Granty s doc.MUDr. Michalem Anđelem,CSc.<br>[připravil Pavel Gregor] .....                                    | 16 |
| Postgraduální vzdělávání na lékařských fakultách<br>[Pavel Gregor] .....  | 20 |
| Lékařská fakulta Erasmovy Universitu v Rotterdamu<br>[Petr Widimský] .....  | 22 |
| Colège de France<br>[Richard Rokyta] .....  | 25 |
| Informace o skupině Coimbra<br>[Pavel Gregor, Milan Kment] .....  | 29 |
| Iniciativa: Baby-Friendly Hospital<br>[Dagmar Schneidrová] .....  | 30 |
| Mezinárodní symposium o dějinách československé medicíny<br>a farmacie ve světovém kontextu<br>[Milan Kment] .....      | 32 |
| Koronární angioplastika [moderní léčba ICHS]<br>[Petr Widimský] .....   | 34 |
| Významný historický podíl pražských kardiologů na rozvoji<br>srdeční katetrizace<br>[J. Widimský st., P.Widimský] ..... | 36 |
| Etické problémy popáleninového traumatu<br>[Radana Königová] .....  | 39 |
| Etický kodex - Práva pacientů<br>[Helena Haškovcová] .....  | 43 |
| Sestřičky<br>[Milica Sklenčková] .....  | 47 |
| Psychiatric Day Hospital Tameside<br>[Eva Šliková] .....  | 49 |

|   |    |
|---|----|
| Psychiatric Education - Discussion<br>[Cyril Höschl] .....                        | 54 |
| Duchovní léčitelství na Filipínách<br>[Blahoslav Janeš] .....                     | 60 |
| Filipínské lidové léčitelství, jak jsem jej sám poznal<br>[Pavel Gregor] .....    | 64 |
| Hledání útočiště<br>[Cyril Höschl] .....  | 66 |
| Stáří a rodina<br>[Jiří Michálek] .....   | 72 |
| Neproslovený proslov<br>[Zdeněk Neubauer] .....                                   | 76 |
| Zhoubný romantismus<br>[Jiří Ježek] .....   | 78 |
| Jací jsme?<br>[Vladislav Klener] .....  | 82 |
| Ptákoviny ve vědě, politice a praxi<br>[Lumír Komárek] .....                      | 84 |
| Kravata? Kravata! [komentáře ke kravatě 3.LF UK]<br>[připravil Milan Kment] ..... | 88 |
| Sportovci úspěšně<br>[Lukáš Šoltys] .....   | 90 |
| Akademický rozměr fakultní nemocnice<br>[Cyril Höschl] .....                      | 92 |
| Stanovisko 3.LF UK k otázce fakultních nemocnic<br>[vyjádření] .....              | 97 |

Vážený pane děkane,

Přiložila jsem výtah z dopisu, který jsem napsala profesorovi univerzity, kterou jsem navštěvovala ve Spojených státech. Začínal dlouhou opožděným poděkováním. Neměla jsem v úmyslu hovořit za Vašimi zády a měla jsem v úmyslu přímo s Vámi hovořit o problému podvádění před tím než odjedu ze země. Teď, když jsem napsala domů, další váhání by bylo zbabělosti nebo zamlčováním. Podle mne jsou tyto problémy v kritickém stadiu. Uvédomuji si, že jsou to zděděné problémy, ale riziko je v současné době větší než bylo za minulého režimu. Přítomnost studentů, učitelů a návštěvníků z jiných zemí vystavuje univerzitu větší zranitelnosti.

Na vzdory závažnosti situace věřím, že většina učitelů chce dělat svoji práci dobře a většina studentů se chce učit. Problém má komplexní kořeny a vyřešit ho bude vyžadovat zevrubné zhodnocení úlohy učitelů, studentů a samotných akademických požadavků. Nejdůležitější je začít dialog s pracovníky a studenty. Tento problém patří všem. Systém vzdělávání u nás doma není bez problémů a já na ně neznám odpovědi, ale je zde velké množství otázek, které je třeba diskutovat.

#### STUDENTI

Problém s podváděním pravděpodobně začíná u přijímacích pohovorů. Jaká je kontrola během těchto zkoušek? Jsou tyto zkoušky reálné? Je-li podvádění v tomto případě umožněno, potom jsou studenti přijímáni na základě jejich schopnosti a náchylnosti podvádět, nikoli na základě jejich znalostí biologie, chemie a fyziky.

Navzdory předpokládané dispozici k podvádění se můžeme domnívat, že většina Vašich studentů se chce učit medicínu. Chtějí být dobrými lékaři. Podvádějí, protože je to snazší než učení? Je studium talentem, který se u některých studentů ještě nevyvinul? Byl by tento nedostatek překvapující po 12 letech základního a středoškolského vzdělání, které podporovalo podvádění? Studování je umění, které se učí tím, že se dělá, přicházejí studenti připraveni na přednášky? Dělají si poznámky? Někteří z nich mohou být prostě líní, ale ne všichni. Nemyslím si, že je to tak jednoduché. Známe studenty, kteří studují a přesto mají problémy při skládání zkoušek. Dostává se jim výuky, kterou potřebují? Jsou vyučující odpovídajícím způsobem připraveni? Vysvětlují informace obsažené v učebnicích? Pokrývají ve výuce všechny okruhy ke zkouškám? Spolupracují učitelé, kteří učí stejný předmět, aby zabezpečili soustavnost výuky? Myslí si studenti, že mohou být dobrými lékaři bez znalosti těchto předmětů? Které předměty považujete za nejdůležitější? Které předměty považují vyučující za nejdůležitější?

#### UČITELÉ

Proč učitelé dovolují nebo dokonce povzbuzují podvádění? Myslí si že jsou vlídní ke studentům? Je to proto, že si jsou vědomi, že neodvedli dobrou práci? Mají vše co potřebují, aby dělali svou práci dobře? Znají dobře svůj předmět? Chtějí se podílet o svou znalost? Vědí, jak to udělat? Je pro ně učení pouze břemenem navíc? Pár hodin přidanych k jejich již hektickému pracovnímu programu za účelem vydělat si peníze navíc? Mají pocit, že současný studijní plán není reálný? V každém případě, tím že ignorují tento problém, nepomáhají vychovat kvalifikované čestné lékaře.

## POŽADAVKY

Jsou současné požadavky bezobsažné? Po léta získávali studenti tituly díky podvádění bez skutečné znalosti odpovědi na zkoušené otázky. Jsou informace, které se studenti musí učit nazpaměť, nezbytné pro to, aby se stali dobrými lékaři? Jsou předávány takovým způsobem, aby si je studenti pamatovali a byli schopni je po ukončení studia aplikovat v praxi? Vedou povinné přednášky v 7.30 hodin probíhající v místech 45 minut až hodinu vzdálených od kolejí ke pravidelné účasti studentů, kteří je navštěvují?

Nemyslím si, že všichni studenti pilně pracují a jsou v tomto ohledu nevinní. Věřím, že většina chce být dobrými studenty, ale všimla jsem si i tendence, že chtějí vinit systém za svůj sklon podvádět. Skutečnost, že systém mlčky podporuje podvádění, umožňuje studentům, aby v tom pokračovali.

Doufám, že tento dopis není urážlivý. Uvědomuji si, že se zabýváte mnoha jinými problémy, o nichž nic nevím. Nemám přímé zkušenosti s výukou medicíny doma a nejsem kvalifikována na to, abych posuzovala fakultu nebo navrhovala změny. Prosim omluvte jakoukoli nepřiměřenost. Je to v mé povaze vyjadřovat svůj názor a vyjadřovat jej otevřeně a přímo. Moje zkušenosti v oblasti podnikání mě naučily, abych svému šéfovi nikdy nepředkládala problém bez možného řešení. Z tohoto důvodu jsem přiložila "Strategii proti podvádění" avšak domnívám se, že jakákoli změna strategie by měla být výsledkem vnitřního dialogu.

Podvádění a nedůslednot podkopávají celý proces výuky. Doufám, že až proběhne dialog, bude možné zahájit strategii proti podvádění. Spravedlivé zkoušení bude výchozím bodem pro hodnocení kvality studentů i učitelů. Přeji Vám úspěch s řešením tohoto problému. Mohu-li Vám nějakým způsobem pomoci, prosím, nechte mi zprávu.

S pozdravem

Lynn Grimsich



## MOŽNÉ ŘEŠENÍ: STRATEGIE PROTI PODVÁDĚNÍ ZNESNADNIT PODVÁDĚNÍ

- mít dvojí dozor u zkoušek a testů
- protože studenti si zvykli podvádět, dohled musí být zvlášť přísný
- subjektivní charakter ústních zkoušek je velký problém. Doporučuji zaznamenávat tyto zkoušky na pásku. Tyto nahrávky budou užitečné pro zkoušející, protože si je budou moci přehrát a zajistit objektivní hodnocení.
- V současné době si studenti stěžují na nespravedlivé zkoušky a zároveň se chvástají, že dovedou zmanipulovat učitele, aby byli mírnější. Záznamy zkoušek budou motivovat examinátory, aby své povinnosti plnily důsledně.
- Ukládat nahrávky na minimální dobu 6 týdnů zamčené na studijním oddělení. Během této doby mohou studenti protestovat proti výsledkům zkoušek.
- Vytvořit komisi, která prověří ústní zkoušky, proti nimž protestovali studenti.

### TRESTAT PODVÁDĚNÍ

- první přestupek: automatické opakování ročníku (cokoli mírnějšího není prevence. Není-li student připraven na zkoušku, stejně propadne a podvádění skýtá lepší šanci)
- druhý přestupek: vyloučení ze studií
- povzbuzovat studenty k tomu, aby upozornily na učitele i studenty, kteří podvádějí
- propustit učitele pro nemorální chování - žádné výjimky



DEKAN  
3. LÉKARSKÉ FAKULTY  
UNIVERSITY KARLOVY V PRAZE

Mrs.  
Lynn Grimsich  
3<sup>rd</sup> Medical Faculty  
Charles University  
Prague

---

Praha, March 16, 1992

Dear Lynn,

thank you for your excerpts. Regardless there are some good perceptions in your letter, I am afraid you may have not quite representative information. I have heard, for example, about one case of cheating in U.S. student (at U.S. university) employing even "walky-talky". However, I do not think it is typical for U.S. students. I do not know about the study estimating seriously the proportion of cheating in students' life here. I do not think it is decisive in their promotion.

You mention entrance examinations etc. Did you experience it? Have you seen it? Have you been there? I suggest you to take part in our forthcoming entrance exams and then form your opinion. I do not agree that the system continues to support cheating.

You also report the structure of exams here. You omitted that a lot of them are in written form as well, e.g., in microbiology, ethics, etc. Check it, please. In psychiatry, for example, students are obliged to pass both multiple choice - computer tests (so popular in States) and oral examination. I do not think written test measures unambiguously better student's abilities to be a good doctor. Oral examinations test also their social skills (e.g., their ability to communicate, to

manipulate with objects in space etc.), what is believed to be important in doc-patient interaction, diagnostic process, etc., etc.

Nevertheless, I find your comments very important and stimulating. I am therefore going to publish them in the students' newspaper "Vita nostra". I believe that the consequent discussion among students and teachers will be fruitful and will provide us with valuable feedback. I would appreciate you to give your attention to it.

Just for your information I enclose a couple of notes concerning comparison of education systems in CSFR and North America. Their authors have both experiences, as they graduated here and lived, studied and worked for years in States.

Best,



Cyril Höschl, M.D.  
professor of psychiatry  
Director, Psychiatric Center Prague  
Dean, 3rd School of Medicine,  
Charles University, Prague

Dear Lynnet,

professor Höschl asked me to comment on your letter. At the same time I am sending my reply to you. Your letter is an interesting view of the situation in the tuition at our faculty. As I know you, you were led by an idea of helping us.

But I feel that you communicate with a limited group of students [language barrier] and you have practically no contact with teachers. In my opinion this led you to a biased idea on the extent and ways of cheating during exams. I think cheating cannot be ruled out during preparations for exams but I cannot agree with view that cheating is so widespread that it lowers the standard of education of our students or even turns the education into a bad joke. Moreover, I feel that students do not have so many opportunities for cheating when being examined:

- the preparation for exams takes place in many cases in the same room as examination
- few examiners use only the prepared questions and test broader knowledge of the discipline
- some examiners examine without preparation
- some examiners use both oral exams and written tests

You are completely wrong in your judgement of entrance exams, at least in last two years.

I think that although the situation is not so dramatic, it is important to deal with the problem of student education, the standard of teachers, the relationship of students and teachers, as we are repeatedly trying to do. The question remains which approach will be the best. I personally am not very excited about the idea of penalizing and sanctions as you suggest. It was never very pedagogical to force somebody to do or not to do something just because of fear. I would prefer teaching and promoting positive behaviour. At the university the most important part has been always played by the personality of teachers who must be specialists but at the same time honest and moral people. There are also people like that at our faculty. We will try to elaborate in cooperation with them a program of an aimed educational approach to students.

I do not like so much your letter to a professor in the US. It is a biased view of education at our universities and our young state. You generalize having only limited information and experience. If your professor has no access to other sources in order to get more information about our educational system, his view will be distorted.

Dear Lynn, I am pleased that you are concerned about our students and teachers so much that you are trying to help us. I hope that when being back at home you will no lose the touch with our faculty.

With greetings

Doc.MUDr.Hana Provazníková, CSC

*Vážený pane děkane!*

Je jistě co zlepšovat na vysokoškolském systému vzdělávání. O tom nelze pochybovat. Ani naše fakulta není v tomto směru výjimkou. Přesto se nedomnívám, že je to tak tragické, jak líčí Lynn ve svém dopise.

Pedagogická práce byla nepochybně vždy založena kromě odbornosti i na etice. Vysoká morální úroveň vyučujících je *conditio sine qua non*. V tomto ohledu ovšem nemohu osobně mluvit za ostatní. Na druhé straně však se objevují v uvedeném materiálu tvrzení a vývody, o jejichž věrohodnosti nemohu mít než pochyby. Zajímaly by mne metody, jimiž dospěla autorka ke svým tak jednoznačným závěrům. Zdá se mi, že z jednoho dvou případů vytvořený obecný typ a obraz, k němuž dospěla, nemusí odpovídat realitě. Posoudit tak složitou věc, jakou je způsob vysokoškolského vzdělávání u nás [nejenom kontrola vědomostí], je věc náročná a nelze generalizovat z jednoho negativního aspektu.

Bylo by idealizováním tvrdit, že fenomén opisování, používání "taháků" či jiné podvádění neexistuje. Ale říci, že "for years students have been awarded degrees via cheating..." je podle mého názoru "unfair". Tato přehnaná kritika autorky se mísí s některými vsutku zajímavými postřehy a náměty k diskusi. Domnívám se, že je věci naší akademické cti chovat se tak [a to učitelé i studenti!], aby podobný názor, jaký má Lynn, nemohl vůbec vzniknout. Na druhé straně nelze činit z vysokoškolského učitele četníka. Je třeba připustit, že ne všichni učitelé, jak z dopisu vyplývá, zřejmě mají dostatečnou charakterovou pevnost - ale opět generalizovat a peiorativně se vyjadřovat o jejich vztahu ke studentům, k výuce...???

Je třeba vypěstovat u studentů vědomí, že každý pokus o podvod bude potrestán okamžitým ukončením zkoušky s výsledkem neprospěl. Podvádění u přijímací zkoušky vlastně vede k tomu, že student riskuje šanci být přijat.

Myslím, že pokud bude morálka na straně učitelů na potřebné úrovni, je dostatečným mechanismem potlačujícím jakékoliv snahy o podvádění. A pokud má některý student pocit nespravedlivého hodnocení úrovně svých vědomostí, může požádat o zkoušení před komisí. Možná by bylo dobré zkoušet druhý opravný termín za účasti dalšího examinátora.

Zřejmě by bylo vhodné uspořádat k uvedeným problémům rozpravu vedení fakulty, vedoucích jednotlivých pracovišť a zástupců studentů s autorkou. Pokud se kritika ukáže jako důvodná, snažit se najít nápravné řešení. Jako fakulta, která usiluje o mezinárodní renomé, si jistě nemůžeme netečnost k vyslovenému názoru dovolit.

Se srdečným pozdravem

Jana Přívratská.

## Vyjádření k dopisu Lynn Grimsich děkanovi fakulty:

1. Problém podvádění studentů při zkouškách nesporně existuje. Z hlediska hodnocení studenta není však zdaleka tak závažný jako je např. stanovení obtížnosti otázek kladených examinatorem. Systém asi 50 odborných zkoušek a řady zápočtů na naší lékařské fakultě by ve svém souhrnu měl umožnit poměrně kvalifikovanou kontrolu výsledků výuky, pochopitelně za předpokladu poctivosti samotných učitelů.

2. Strategie výuky na VŠ vychází z předpokladu, že na školu jsou přijímáni studenti s určitými znalostmi a morálními vlastnostmi v podstatě dospělých jedinců. Péče o morální kvality studenta není hlavním úkolem výuky na VŠ, jímž je odborná příprava, nýbrž jejím možným pozitivním důsledkem. O úrovni odborné přípravy je proto nutno diskutovat především.

3. Navrhovaná opatření jsou bohužel pouze technického rázu a podle mého názoru situaci nezlepší. Část z nich - jako např. účast druhého examinatora při zkoušce - je na mnoha ústavech běžnou praxí. Co se týče zaznamenávání zkoušek, je to jistě zajímavá myšlenka, ale z finančních důvodů těžkou uskutečnitelná.

4. V praxi bude asi poměrně přesně platit, že jaký je učitel, takový bude žák. Budování kvalitního učitelského sboru [např. přijímání mladých a schopných učitelů] je z tohoto hlediska významnější než přijímání zvláštních opatření.

21.3.1992.

Dr. Eva Samcová

# PŘÍSPĚVEK DO DISKUSE VE VN-REVUE

J i ř í B e n e š

Polemika mezi názory studentů a pedagogů, které se dostalo prostoru na stránkách VN-REVUE, je podle mého názoru nesmírně cenná. Vytkla si za cíl nápravu výuky ve vleklé krizi, která trvá již řadu let; pokud si vzpomínám, měl jsem sám před třinácti lety na konci studia podobné pocity, jaké si dovolil nahlas pronést ve svém promočním projevu Tomáš Drábek [VN-REVUE jaro 92, str. 56].

V polemice se objevila řada zajímavých názorů, bohužel, diskuse zatím probíhá poněkud uniformně podle jednoduchého schématu: studenti vysloví stížnost vůči některým slabinám výuky a pedagogové, kterých se to týká, po tomto vyzvání zdůvodňují svůj postup. O pochopení jádra problému z nestranného pohledu se snaží jen dr. Ježek. Rád bych se pokusil přispět k jeho stanovisku několika myšlenkami a návrhy.

Domnívám se, že je třeba věnovat větší péči vnitřní struktuře fakulty. Kybernetika učí, že charakteristickými rysy vyspělého společenství - v nejobecnější rovině - je jednak možnost alternativních postupů využívajících různé paralelné stojící cesty [čímž vzniká prostor pro soutěživost a tedy i vývoj celého systému], jednak soustava zpětných vazeb, které systém konsolidují a usměrňují a které zajišťují plynulost jeho vývoje.

Princip vzájemné konkurence mezi studenty na jedné straně a pedagogy na straně druhé je velmi pěkně navržen v článku dr. Ježka [VN-REVUE jaro 92, str. 74 - 77].

Otázka zpětných vazeb je podle mého názoru opomíjena nebo alespoň málo rozvíjena, a přitom již při letném pohledu na organizaci výuky lze jmenovat řadu nevyužitých možností, někdy i zjevných nedostatků. Chtěl bych ukázat na některé z nich.

1. Především pedagogové nejsou vlastně vůbec hodnoceni za svou učitelskou činnost. Ať učí dobře nebo špatně, neprojeví se to žádným dostatečným finančním nebo morálním oceněním. Motivace ke kvalitní výuce je za těchto podmínek malá, zvláště v klinických oborech, kde se pedagogové nacházejí v trvalém časovém stresu vzhledem ke svému současnému zapojení do běžného nemocničního provozu.

Fakulta hodnotí své pedagogy především podle výsledků výzkumu [počet publikací, patentů] a podle jejich organizační aktivity [činnost v různých komisích, odborných společnostech apod.], nikoli však podle úrovně pedagogické práce. Zapomíná se, že být dobrým a uznávaným odborníkem ještě vůbec neznamená, že dotyčný člověk má zároveň i schopnost předat své vědomosti studentům. Je nepochybné, že vysoká škola potřebuje vysoce vzdělané odborníky - jejich poselství však má smysl jen tehdy, když může být naroubováno na kvalitní základy vytvořené profesionálními pedagogy.

Dosavadní stav má své logické kořeny ve skutečnosti, že kvantifikovat úroveň pedagogické práce je velice obtížné; obvykle je to ještě těžší než posuzovat výsledky výzkumu. Domnívám se, že jediným spolehlivým arbitrem mohou být v tomto případě sami studenti, kteří jsou působení příslušných pedagogů přímo vystaveni.

Způsoby hodnocení pedagogů studenty mohou být různé, musí však platit zásada, že výsledky tohoto hodnocení se dostanou do rukou vedení fakulty [děkan, AS] a vedení fakulty na ně bude adekvátním způsobem reagovat.

Dr. Ježek formuloval tezi, že "prestiží pedagoga by mělo být vést schopné studenty, prestiží studenta naopak být veden solidním pedagogem". K tomu dodávám, že prestiží fakulty by mělo být mít v každém oboru nejen vynikající odborníky, ale také kvalitní učitele.

2. Studenti mohou více či méně úspěšně posoudit úroveň výuky z hlediska názornosti, utříděnosti, atraktivnosti podání apod.; nemohou však zhodnotit význam vyučované látky pro praxi.

Doporučoval bych proto, aby fakulta pořádala sjezdy absolventů 5 nebo 10 let po promoci [tak jak se to dělalo ještě nedávno na pediatrické fakultě]. Jedině absolventi, kteří prošli praxí a nejsou na fakultě nijak závislí, mohou fakultě nastavit spolehlivé zrcadlo.

Celá věc má i další aspekt - posiluje totiž vědomí sounáležitosti lidí, kteří mají k fakultě nějaký vztah; úvahy o prospěšnosti takové tradice myslím není třeba rozvádět.

3. Velmi cenné by bylo i vytváření těsnějších vazeb mezi jednotlivými obory, zvláště tam, kde tyto obory na sebe navazují. Uvedu dva příklady možných vazeb:

- na začátku výuky nástavbových oborů by bylo vhodné ověřovat si úroveň znalosti ze základních oborů. Např. na počátku studia ORL by se psal test z anatomie příslušných partií těla, na začátku studia infekce by byl test z mikrobiologie apod. Testy by mohly být anonymní, jejich úkolem není postihnout jednotlivé studenty za jejich neznalosti, ale zjistit úroveň vědomostí, které základní obory dokázaly studentům vštípit. Výsledky testů by byly předkládány jednak děkanovi, jednak přednostům příslušných základních oborů, aby podle nich mohli výuku korigovat.

- výuku jednotlivých oborů, která je vždy zaměřena poněkud jednostranně, by bylo možno zpestřit několikrát za rok panelovou diskusí, které by se zúčastnili zástupci z různých klinik, resp. ústavů. Při výkladu o ateroskleróze by se tak sešel např. patolog, patofyziolog, internista, biochemik, dietolog a epidemiolog, výkladu o zánětech horních cest dýchacích se zúčastní kromě otorhinolaryngologa ještě pediatr, mikrobiolog, infekcionista a alergolog apod.

Smysl panelových diskusí by ovšem nespočíval v pouhém zpestření studia. Hlavní účel by tkvěl v doladění výuky mezi jednotlivými obory [doplnění mezer, překrývání látky]. Může se rovněž stát a stává se, že představitelé různých oborů zastávají vůči stejnému problému odlišná stanoviska. Nechtě tedy studenti uslyší oba názory vedle sebe: právě takovýto akademický spor by měl nejspíše podnítit jejich zájem a měl by také pomoci vypěstovat si nutnou kritičnost.

Potřeba zlepšit úroveň výuky je myslím poměrně palčivě pocítována na všech našich lékařských fakultách. Naše fakulta osvědčila velkou dynamičnost ve svém vnějším projevu, bylo by dobré, kdyby se dokázala stejně účinně vypořádat i s úpravou svého vnitřního uspořádání.



V článku "Něco se nestalo" z předcházejícího čísla VN-Revue jsem se pokusil nastínit, kde spatřuji jádro problému dlouhotrvajících a stále ještě neuspokojivě řešených polemik mezi studenty a pedagogy. Zmínil jsem se o potřebě individuálního přístupu pedagogů ke studentům, o potřebě profesionálních i osobních vzorů, o významu práce studentů na klinikách a ústavech vzhledem k jejich motivaci při studiu. Hovořil jsem o nutnosti návratu vědecko-klinické práce studentů na půdu fakulty v osvědčené formě, kdy studenti pracují na zvolených oborech pod vedením pedagogů, kteří jsou schopni navázat s nimi vztah na bázi profesionality, autority, důvěry, kolegiality a zájmu o odborný i lidský rozvoj svěřených studentů.

Své návrhy jsem projednal s oběma proděkany, jejichž práce má bezprostřední vztah k výuce, tedy s proděkankou H. Provazníkovou a s proděkanem J. Horákem. Z našich jednání vyvstaly dva konkrétní závěry, které budou - pokud vše proběhne podle našich představ a záměrů - realizovány od příštího školního roku. Obě nová opatření pokládám za zcela zásadní pro nastolení žádoucích poměrů ve vztazích mezi studenty a pedagogy na naší fakultě. Jde o důležité kroky směřující ke zvýšení odpovědnosti v přístupu k výuce na obou stranách.

## 1. odborné seminární práce

Studenti 3. až 5. ročníku si zvolí dva obory ročníku, který právě absolvují, v nichž pod vedením konkrétního pedagoga povinně vypracují seminární práci na základě svého působení na daném ústavu či klinice. Ve vybraných oborech budou seminární práce jednou z podmínek zápočtu. Práce budou protokolovány a evidovány na studijním oddělení.

Vedoucí jednotlivých ústavů a klinik zajistí možnost seminárních prací studentů následujícím způsobem:

Do začátku zimního semestru školního roku 1992-93 vypíší dostatečné množství volitelných témat, každé vždy se jménem vedoucího pedagoga. Způsob vedení seminárních prací, jejich rozsah i závěrečné posouzení je zcela v kompetenci pedagoga dle jeho dohody se studentem. Je však nutno zdůraznit, že nejde o formálnost věcí. Práce má studentům zprostředkovat zejména hlubší přístup k oborům, o které jeví zájem, umožnit jim seznámit se s odbornou vědeckou a klinickou prací, probíhající na fakultě. Studenti tak zároveň budou moci poznat práci po boku svých učitelů, vzorů a profesionálních

autorit. Budou tak bezprostředně pozitivně motivováni k úsilí a k zodpovědnosti ve svém přístupu ke studiu i ke svému budoucímu povolání.

Při větším počtu zájemců o jedno téma je zcela v kompetenci školícího pedagoga, kterého studenta k seminární práci přijme. Každé téma může být obsazeno pouze jedním studentem. Výjimku tvoří případ, kdy se několik studentů bude podílet na zpracovávání širšího tématu; není ovšem možné odevzdat společnou seminární práci. V takovém případě rozdělí vedoucí pedagog téma do určitých podtémat, která potom jednotliví studenti zpracují. Účelem této striktní individualizace je vytvoření konkurenčního prostředí mezi studenty i mezi pedagogy a zvýšení podílu samostatné práce studenta.

Je-li určité téma již obsazeno, student je nucen zvolit si jiné, a to případně i v jiném oboru, jsou-li na původně vybraném oboru již všechna témata zadána. Toto opatření umožňuje ústavům a klinikám částečně regulovat množství studentů zapsaných k seminární práci úměrně ke kapacitě a možnostem pracovišť. S jistou disproporcí zájmu studentů o jednotlivé obory lze však počítat a vytvoření dostatečné nabídky témat je tedy prioritním úkolem všech pracovišť.

Toto opatření nijak neomezuje požadavky k zápočtům na dalších oborech ročníku. Ty jsou na každém oboru vždy zcela v kompetenci vedoucích ústavů a klinik. Znamená to, že i na ostatních oborech může být seminární práce jednou z podmínek k zápočtu. Navrhované opatření však odlišuje ony dvě volitelné ročníkové seminární práce od běžných požadavků k zápočtům zvýšenou náročností, samostatným aktivním přístupem studentů [práce budou založeny nikoliv pouze na rešerších z odborné literatury, ale i na praktické vědecké či klinické práci jednotlivého studenta], znatelným přínosem vedoucího pedagoga i závěrečnou kvalitou vypracování.

## 2. systém pedagogů - konzultantů

Na naší fakultě dosud sloužil studentům ke konzultacím širšího zaměření [studijní problémy, otázky budoucí specializace, osobní a zdravotní problémy apod.] pouze úzce omezený okruh pedagogů - dobrovolníků [tzv. advisors] a poradna pro studenty s psychologicko-pedagogickým zaměřením. Domníváme se, že právě koncepce advisorů přináší sebou jedno závažné negativum. Je jím značná omezenost, kterou tento systém znamená pro studenty. Nabízí jim totiž pouze velmi úzký okruh výběru toho pedagoga, kterému mají dát svou důvěru.

Nová koncepce vychází z přesvědčení, že ochotu k osobnímu rozhovoru a schopnost opětovat důvěru a otevřenost studenta by měl nabízet každý vysokoškolský pedagog. Ve světě je zcela běžné, že takovýto úzký kontakt se studenty tvoří samozřejmou součástí pedagogického úkolu a poslání. I u nás je tedy třeba prolomit onu nesmyslnou bariéru mezi vyučujícím a studentem, kdy pedagog je pro studenta více hrozbou

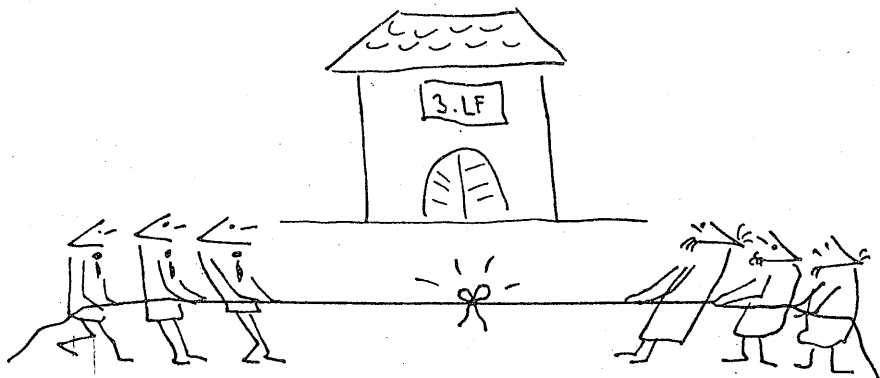
[nejčastěji tím, s kým je třeba pokud možno nekonfliktně a takticky vyjít a úspěšně u něj absolvovat zkoušku], než aby byl důvěryhodným a tolerantním pomocníkem ve studiu, zdrojem profesionální i osobní inspirace, tím, kdo poznání především přináší, usnadňuje a otevírá.

"Advisors system" - systém dobrovolníků - vyvolává [jistě ne záměrně] spíše dojem, jako by "ti ostatní", kteří se k pomoci studentům "nepřihlásili", byli k dispozici pouze v krajním případě a více méně nedobrovolně. Lze se však jistě domnívat, že naprostá většina pedagogů by otevřenost a pomocnou ruku nabídla ráda, pokud by se na ně studenti obrátili.

*Návrh tedy zní:* každý pedagog [bez formálního přihlašování] bude potenciálním "advisorem" - konzultantem, připraveným studenta přijmout, pohovořit s ním, poradit, eventuálně s ním být po dobu studia v užším kontaktu, vést jej při hledání jeho profesionální orientace, při jeho vyhraňování apod.

Toto zdánlivě samozřejmé opatření má za cíl nastolit pro studenty *jasně otevřenou situaci*, kdy se nemusí obávat, že by v případě potřeby obecnější rozpravy byli pedagogovi na obtíž, že by byli přijati s nevolí či dokonce nebyli přijati vůbec. Jde o to jasně říci, že kompetence a pedagogická povinnost pedagoga nekončí za dveřmi jeho ústavu a kontakt s vyučujícím nemusí být definitivně odbyt zkouškou.

Jsem si plně vědom, že atmosféru důvěry nelze nastolit formálním konstatováním, pokládám to však za nezbytný předstupeň, jakousi *presumpci otevřenosti*, v níž studenti již sami svou volbou poukáží na to, kterým z pedagogů jsou skutečně ochotni svoji důvěru dát.



TAHNEME ZA JEDEN PROVAZ ???

D.

# ROZHOVOR : GRANTY

s doc. MUDr. Michalem Andělem, CSc.

Letos byl u nás poprvé zaveden grantový systém podpory vědy a výzkumu. Znamená to přechod z dřívějšího formálního plánování, kdy peníze nikdo neviděl a vykazovaly se pouze na papíře, do systému, v němž o finančních prostředcích rozhodují sami řešitelé úkolu. Všichni pracovníci, kteří se cítí na to, že by mohli něco nového svým výzkumem přinést, se mohou přihlásit do soutěže o finanční podporu svých vědeckých projektů. Přestože jde o systém v zahraničí běžný, u nás jde o novinku, o níž zatím řada potenciálních navrhovatelů není dostatečně informována a řada současných navrhovatelů nemá v mnoha otázkách jasno. Proto jsme připravili rozhovor s doc. MUDr. Michalem Andělem, CSc., členem oborové rady MZ ČR.

Pane docente, vím o Vás, že jste byl členem oborové rady ministerstva zdravotnictví pro obor výživa, endokrinologie, metabolické poruchy a vnitřní prostředí. Proto bych vás chtěl požádat, zda byste našim čtenářům neřekl něco bližšího o problematice grantů v prvním roce jejich existence. Nejprve snad k organizaci grantové agentury MZ.

Grantová agentura má nyní dvanáct oborových rad. Jsou to následující : 01 kardiovaskulární choroby, 02 výživa, metabolické poruchy, endokrinologie a vnitřní prostředí, 03 onkologie, 04 chirurgické obory, 05 pediatrie a lékařská genetika, 06 neurologie, psychiatrie, psychologie a sociální problematika, 07 gynekologie a porodnictví, 08 infekční choroby, mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena, 09 zdraví a životní podmínky, 10 ostatní lékařské obory, 11 nová léčiva a 12 přístrojová technika. Předsedové oborových rad jsou členy vědecké rady, která posuzuje návrhy předložené oborovými radami.

**Podle jakých kritérií jsou návrhy posuzovány ?**

Přihlášky se posuzují ze 4 hledisek : vědecká hodnota projektu, způsobilost navrhovatele a jeho pracoviště, význam navrhovaného projektu pro české zdravotnictví a finanční únosnost projektu. Každý návrh byl posouzen dvěma oponenty a ohodnocen některou ze "známek" čtyřstupňové škály : vynikající k přednostnímu přijetí (1), velmi hodnotný, doporučený k přijetí (2), průměrný - přijmout pokud zbydou prostředky - (3) a nevyhovující (4).

**Jak velké procento podaných návrhů bylo přijato k přidělení finančních prostředků a o jaké kategorie šlo ? A naopak - jaké bylo procento žádostí a priori odmítnutých - tedy z kategorie 4 ?**

Nemohu vám popsat situaci ve všech oborových radách. V oborové radě, ve které pracuji, byla zhruba polovina návrhů

zařazena do skupiny 3 nebo 4, ostatní do skupiny 1 nebo 2.

**Jak byla zajištěna objektivita hodnocení ? Nemohly se uplatňovat v jednáních a závěrech rad i zájmy pracoviště, osobní apod. ? Jak se postupovalo v případech, kdy byly závěry oponentů pro určitý návrh diametrálně odlišné ?**

Za oborovou radu, ve které jsem pracoval Vám mohu říci, že byla vedena snahou o maximální objektivitu a o co možná největší vyloučení osobních zájmů. To je samozřejmě velmi těžké v situaci, kdy v oborových radách pracují přední výkonní odborníci z oboru a současně zástupci předních pracovišť oboru. Tak například, když oborová rada přidělovala oponenty grantové přihlášce některého z jejích členů, musel tento opustit místnost, ve které rada jednala. Tím neměl žadatel o grant, člen oborové rady, možnost ovlivnit výběr posuzovatele, ani výsledek posouzení. Tak se také skutečně stalo v naší oborové radě : přihlášky dvou jejích pracovníků nebyly oponenty ohodnoceny tak, aby mohly dostat finanční podporu. Do budoucna se předpokládá, že finančně náročnější žádosti o grant budou posouzeny zahraničním posuzovatelem. Dále se bude přihlížet k výsledkům dosavadního řešení, zejména k publikacím, z nich pak zvláště k zahraničním.

**Můžete dát návod na to, jak sepsat ideální grantovou přihlášku a naopak jaké byly hlavní důvody nepřijetí projektů ? Jakých chyb se mají navrhovatelé při sepisování grantových přihlášek vyvarovat ?**

Již název grantové přihlášky musí být formulován jednoznačně tak, aby z něj jasně vyplývalo, co bude předmětem řešení. Obecný název přihlášky byl tedy handicapem. Tak tedy bylo nevýhodné formulovat přihlášku např. "Vliv některých faktorů zevního prostředí na rozvoj aterosklerózy", nebo "Prevence karcinomu kůže", naopak výhodné bylo formulovat otázku již přímo v názvu, např. "Ovlivní intraveózní přívod karnitinu hladiny intracelulárního ATP u pacientů s kompenzovanou jaterní cirhózou ?" Z takového názvu jasně vyplývá rozsah řešení, za které je také autor zodpovědný.

Přihláška musela být zpracována velmi podrobně s detailním rozбором dosavadního stavu zkoumané problematiky včetně malé rešerše, otázky, kterou si autor a jeho spolupracovníci kladou, popisu metod, které při řešení použijí a výsledky, které očekávají. Dále musela být podrobně popsána kvalifikace autorů formou zkráceného životopisu, nejlépe podaného v bodech a současně bylo vhodné popsat přístrojové a personální možnosti pracovišť autorů. Dále bylo nutné podat soupis publikací autorů na dané téma, v případě nového tématu soupis jiných relevantních publikací, které autor a jeho spolupracovníci publikovali.

Grantové přihlášce musela být věnována přiměřená formální pozornost a musela být zpracována tak, aby posuzovatelé nabyli dojmu, že autor je kompetentní k řešení navrhovaného problému. Formálně špatně zpracované přihlášky, dále ty, které byly příliš obecně formulované a také ty, které nebyly dostatečně dokumen-

továny dosavadní prací autora v oboru, neměly moc nadějí na úspěch. Přitom se však bral ohled na začínající žadatele - komise doporučila několik grantových přihlášek u mladých žadatelů, kteří předložili přihlášku, dávající nadějí na úspěšné řešení důležitého problému. Vyskytlo se také několik přihlášek naprosto nedbale zpracovaných, ve kterých jejich autoři, někdy i známí vědeckí pracovníci, požadovali podporu ve výši několika set tisíc korun. Tyto přihlášky komise odmítla a vzhledem k finančním nárokům je považovala za nehoráznost. V současné době jde již vždy o konkrétní peníze daňových poplatníků. O tyto peníze se musí žádat s vědomím, že budou použity mravným a slušným způsobem k řešení důležitých problémů experimentální či klinické medicíny. Myslám, že již při vyplňování grantové přihlášky je si třeba tyto souvislosti uvědomit.

Mohlo se stát, že by faktory finanční měly rozhodující vliv na zamítnutí návrhu? Myslím tím například situace, kdy byly finanční požadavky navrhovatelů natolik vysoké, že přijetí takového projektu by znemožnilo přijmout i větší počet dalších? A naopak: měli ti skromnější větší šanci na přijetí?

Ano, přehnané finanční nároky žadatele do jisté míry znevýhodňovaly. Je zajímavé, že nejvyšší finanční nároky měli často ti, kteří nebyli příliš dobře kvalifikováni. A naopak. Přehnanost finančních nároků některých žadatelů skutečně bila do očí. Konkrétní údaje však nemohu v žádném případě sdělit, protože o všech okolnostech posuzování jednotlivých konkrétních žádostí jsem zavázán, stejně jako ostatní členové oborových rad, přísnou mlčenlivostí.

Jste informován o způsobu přijímání grantů pro příští roky? Koncem roku 1991 se, jak známo, opět podávaly přihlášky o granty. Bude se jejich hodnocení a přidělování provádět stejným způsobem jako dosud? Bude stále existovat jedna grantová agentura nebo se počítá s více agenturami?

Hodnocení přihlášek podaných koncem roku 1991, tedy na rok 1992 včetně žádosti o pokračování podpory již stávajících grantů již proběhlo. Probíhalo podle stejných kritérií jako hodnocení v minulém roce. Podle informací, které mám k dispozici, by mohly peníze na podporu řešení výkumných úkolů přijít z grantové agentury již v únoru či březnu. To by byl podstatný rozdíl proti loňskému roku.

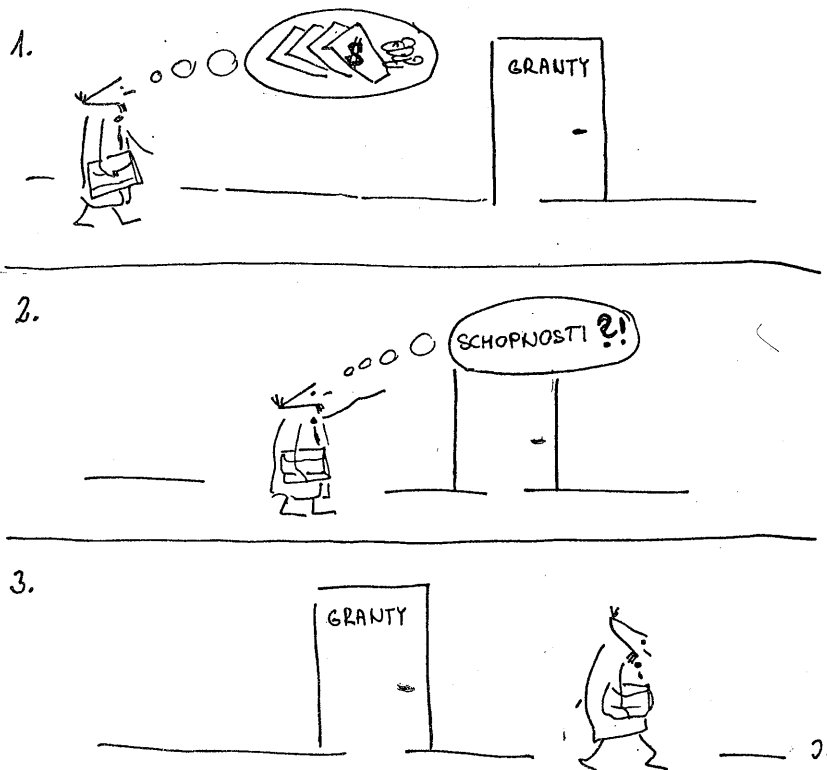
V oblasti lékařství jsou zatím finančně podporovány projekty jednak z Ministerstva zdravotnictví, jednak z ČSAV, jednak z Ministerstva pro hospodářskou politiku a rozvoj České republiky. Při tom přihlášky financované jak MZ ČR, tak MHPR ČR byly posuzovány vždy stejným způsobem v identických oborových radách, které konstituovala grantová agentura Ministerstva zdravotnictví. Pouze finanční podpora pocházela ze dvou různých zdrojů, hodnocení však

bylo stejné podle stejných pravidel. V současné době se uvažuje, že by vznikla jednotná grantová agentura lékařských věd, financování by měla z jediného zdroje. To má své četné výhody, ale také některé nevýhody. Výhody tohoto řešení však patrně převažují. Je jisté, že časem vzniknou i další možnosti financování lékařského výzkumu, například soukromé nadace, závěti, církevní nadace a podpora průmyslu. Způsob takového financování výzkumu však vyžaduje vypracování nezbytných pravidel.

Na závěr bych chtěl říci, že grantový systém, i přes jeho nedokonalost, představuje jednoznačně průlom do způsobu financování lékařské vědy u nás. Odděluje financování vědy od skrytého financování léčebné péče tak, jak tomu bylo dříve v ústavech vědeckovýzkumné základny Ministerstva zdravotnictví. Umožňuje tak skutečně zjistit, jaké prostředky, komu, kam a na řešení jakých úkolů byly poskytnuty. Pro pracovníky z lékařských fakult je to vůbec poprvé od roku 1948, kdy mohou v rovných podmínkách soutěžit o podporu výzkumných projektů s pracovníky výzkumných ústavů a akademie věd.

Děkuji za rozhovor.

Připravil: Pavel Gregor



# POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ NA LÉKAŘSKÝCH FAKULTÁCH

Skutečnost, že na našich vysokých školách pracuje řada vynikajících odborníků, představuje nepochybně přínos pro dané pracoviště, jeho vědecký a odborný věhlas. V oboru zdravotnictví k tomu přistupuje i bezprostřední příznivý dopad na kvalitu diagnostického a léčebného procesu - tedy aspekty, dotýkající se přímo nemocného.

Znalosti a zkušenosti učitelů na lékařských fakultách jsou, přirozeně, využity především při pregraduální výuce. Dosud ne zcela dostatečným způsobem je však využito odborného potenciálu vysokoškolských učitelů ve výuce postgraduální. V současných podmínkách jsou někteří z těchto odborníků zvaní k účasti na akcích pořádaných ILF. Řada fakultních pracovišť působí jako výuková v různých oblastech medicíny, vytvářejí si vlastní výukové pomůcky (např. filmy) a další. V širším smyslu lze pokládat za účast v postgraduální výuce i aktivní vystupování na různých odborných akcích, publikace monografií a článků v odborném tisku apod.

Je nepochybné, že úloha těchto pracovišť v postgraduální výuce bude narůstat s tím, jak se náš způsob postgraduálního vzdělávání bude přibližovat stavu ve většině evropských států. Zde se za nutnou součást postgraduální výchovy pokládá několikaletý pobyt na specializovaném pracovišti, na němž se provozuje většina aktivit zvoleného oboru. Předpokládá to po stránce legislativní vymezit kritéria pro výběr akreditovaných pracovišť, jejich ověřování a kontrolu a určit přesné pravidla pro způsob přijímání uchazečů na tato pracoviště apod. Nezbytné je i přesně definovat náplň postgraduálního vzdělávání v tom kterém oboru nebo podoboru, dobu, kterou bude muset uchazeč strávit na příslušném pracovišti apod.

Bude třeba též specifikovat úlohu současného ILF v systému postgraduálního vzdělávání. V některých z navržených koncepcí (např. internistické společnosti), které jsou zatím diskutovány, se předpokládá, že by se katedry a subkatedry ILF ucházely stejně jako ostatní zařízení o statut akreditačních pracovišť. Pokud by je obdržely, podílely by se na postgraduální výchově jako jiná akreditovaná pracoviště. Akreditace jednotlivých pracovišť bude pravděpodobně probíhat formou výběrového řízení a bude časově limitována s nutností obnovit ji po uplynutí stanovené doby. Všechny tyto otázky jsou nyní projednávány v řadě odborných společností (autor je více informován o diskusí v České kardiologické společnosti, ale podobná situace je i v řadě dalších).

Od výše uvedených aktivit, v rámci nichž se vysoké školy na postgraduální výchově již podílejí, je jen krůček k dalším, především pořádní samostatných postgraduálně zaměřených akcí-kursů apod. V minulosti tyto akce organizoval výlučně ILF a externí odborníci se na nich podíleli jako přednášející, nikoli akce přímo organizující.

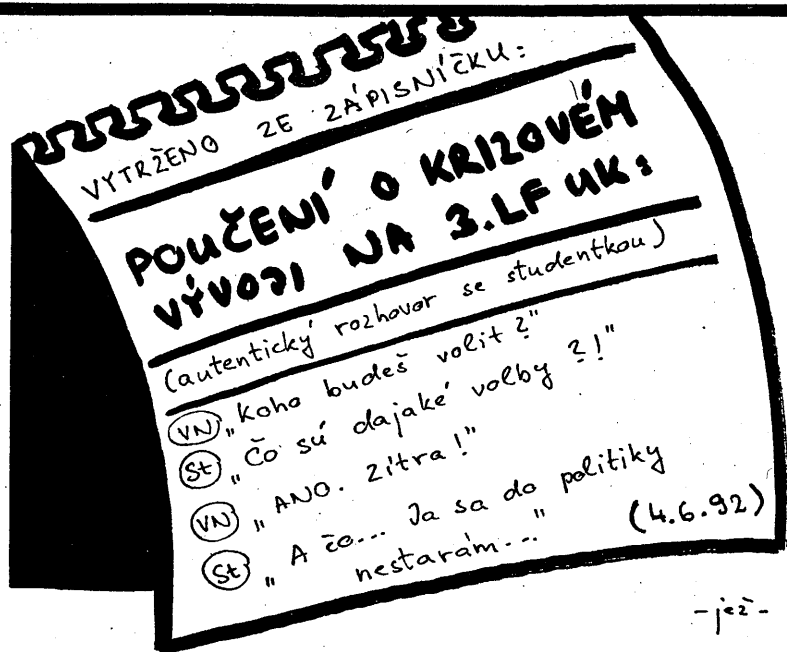
Pořádání postgraduálních akcí na jednotlivých universitních (ale i jiných) pracovištích je v zahraničí běžným jevem. Tyto akce mají částečně prestižní charakter, především jsou ale cenným zdrojem financí pro příslušná pracoviště a jeho členy. Je přirozené, že si to mohou dovolit pouze renomovaná pracoviště, která mají co nabídnout a kam se budou lékaři rádi hlásit, neboť tam odborně získají. Sám jsem měl možnost podílet se kupř. na přípravách postgraduálního echokardiografického kursu v Barceloně, který tam každoročně pořádá největší katalánská nemocnice Vall d'Hebron.



Přes poměrně vysoký účastnický poplatek (přibližně 500 amerických dolarů) je o kurs velký zájem i z jiných částí Španělska.

Na naší fakultě jsme ve školním roce 1991/92 zorganizovali 2 větší postgraduální kursy - kardiologický a gastroenterologický. Od výše zmíněných se liší v mnoha směrech. Především nejde o akci, která by byla výdělečná pro pořádající pracoviště (I. a II. interní klinika) - vcelku symbolický účastnický poplatek za tuto celoročně probíhající akci byl poukázán naší fakultě. Dosavadní zkušenosti s oběma kursy jsou dobré. Již samotný zájem lékařů o účast na kursech, které probíhají výhradně v mimopracovní době, byl pro nás prvním příjemným překvapením. Pátek večer a sobota dopoledne, kdy se oba kursy konají, byla ještě nedávno využívána převážně k jiným činnostem, než k práci a vzdělávání. I to svědčí o určitém posunu v myšlení našich lékařů a je dobrým příslibem do budoucna. Pokud je nám známo, účastníci si pochvalují možnost doplnit si své vzdělání a oceňují i to, že blíže poznají pracoviště, kam posílají k hospitalizaci své nemocné. Zlepšení kontaktu s praktickými lékaři však prospívá z mnoha důvodů i klinickým lékařům.

Uvedené kursy představují prvý krůček a malou ilustraci možností, které lékařské fakulty mohou v postgraduálním vzdělávání lékařů poskytnout. V současné době přicházejí s nabídkou různých školicích akcí i jiná pracoviště. Do budoucna však bude nutno vyřešit ještě celou řadu problémů a překážek. Hlavní je v tomto směru chybějící legislativa. Nelze také předpokládat, že by se v budoucnu náročná příprava podobných akcí a účast jednotlivých přednášejících a pořadatelů (m.j.i sester) obešla bez jejich odpovídajícího finančního ohodnocení, neboť jde o akce probíhající výlučně ve volném čase všech zúčastněných. Vyřešení všech těchto problémů je však pravděpodobně otázkou krátké doby, neboť trend důslednějšího spojení pregraduální a postgraduální výuky bude na našich lékařských fakultách pokračovat.



# LÉKAŘSKÁ FAKULTA ERASMOVY UNIVERSITY V ROTTERDAMU Petr Widimský

Díky stipendiu Evropské kardiologické společnosti jsem měl možnost strávit jeden rok (1. 9. 1990 - 1.9. 1991) na jednom z nejlepších evropských kardiologických pracovišť - v rotterdamském Thoraxcentru. Poznatky z odborné části tohoto pobytu budou publikovány v odborném kardiologickém tisku. Zde bych se chtěl zaměřit na několik poznatků týkajících se studia medicíny v Nizozemí a otázek s tím souvisejících.

Lékařská fakulta (dále jen LF) v Rotterdamu je součástí Erasmovy univerzity Rotterdam (dále jen EUR). EUR je řízena 10-členným řídicím výborem (8 profesorů a 2 studenti), zvoleným v demokratických volbách. Jen 30 - 35% studentů se účastní těchto voleb, většina z nich se o volby nezajímá. Ve stanovách univerzity je pravidlo, že pokud k volbám přijde méně než 30% studentů, mají pak o jednoho zástupce méně ve výboru. Studenti jsou sice přesvědčeni, že by bylo správné, aby měli vliv na chod univerzity, nicméně v praxi to příliš nefunguje pro jejich malý zájem. Předsedou řídicího výboru je rektor univerzity. Stejná pravidla platí i pro lékařskou fakultu - děkan je tedy předsedou řídicího výboru LF.

Způsob přijímání na LF je jakousi loterií: studenti po maturitě na gymnaziu jsou před přijímacím řízením seřazeni do skupin podle průměrného prospěchu a pak o přijetí rozhoduje los. Ze skupiny s nejlepším prospěchem na gymnaziu je přijat např. každý druhý, ze skupiny s nejhorším prospěchem každý desátý.

**Struktura studia na LF EUR je následující:**

1. rok: základy anatomie, histologie, chemie, fyziologie, biologie, atd. Pouze po splnění všech těchto zkoušek mohou studenti postoupit do 2. ročníku.
2. rok: Stejně předměty, pokročilejší. Podmínka pro postup do 3. ročníku stejná.
3. rok: první klinické předměty (vnitřní lékařství, pediatrie, aj.), další teoretické předměty, žání pacienti.
4. rok: více klinických předmětů, ale stále jen teoreticky, žání pacienti. Na konci 4. ročníku povinné 3 měsíce výzkumné práce. Po splnění všech zkoušek za 3. a 4. ročník a po absolvování 3 měsíců výzkumné práce mohou postoupit do 5. ročníku.
5. a 6. rok: bloky praktického výcviku v univerzitní nemocnici i v jiných nemocnicích, v celkovém trvání 16 měsíců. Posledních několik měsíců je vyhrazeno pro specifické zájmy studentů (např. mohou složit dobrovolnou zkoušku z kardiologie, pokud se chtějí po promoci o tento obor zajímat).

Z vnitřního lékařství skládají studenti 2 zkoušky: první ve 3. ročníku a druhou v 5. ročníku. Tato druhá zkouška z interny se skládá ze dvou částí: první je praktická v nemocnici, v níž student praktikoval během 16 měsíčního klinického bloku, druhá je ústní teoretická zkouška profesorem vnitřního lékařství. Kardiologie je na LF součástí zkoušky z interny (zkouší ji však profesor kardiologie, nikoli internista !) a navíc samostatný volitelný předmět v 6. ročníku. Po promoci je již kardiologie v Nizozemí zcela oddělená od interny jako samostatný obor. Mladí lékaři musí absolvovat povinný dvouletý výcvik na interním oddělení, a poté se musí rozhodnout pro některou ze tří variant: praktický lékař, všeobecný internista (všeobecná interna v

Nizozemí obsahuje všechny ostatní obory, kromě kardiologie), nebo kardiolog.

Studenti se velmi aktivně zapojují do výzkumné práce lékařské fakulty. Rotterdamské studenti jsou velmi ctižádostiví a většina z nich (!!) je zapojena do výzkumné činnosti v některém ústavu či klinice. To jim výrazně pomáhá při hledání zaměstnání po promoci. Podle studijního řádu musí každý student strávit výzkumnou činností 3 měsíce na konci 4. ročníku LF. Nadpoloviční většina studentů však tráví výzkumem podstatně více času. Od univerzity či fakulty nedostávají za tuto činnost žádnou finanční odměnu, někteří z nich jsou však placeni z výzkumných grantů jednotlivých klinik či ústavů.

Jak tento systém funguje v praxi jsem mohl vidět na vlastní oči. Thoraxcentrum je pravděpodobně mezinárodně nejúspěšnějším pracovištěm LF EUR a proto o výzkumnou práci v něm je mezi studenty ohromný zájem. Pracuje tam kolem 30 studentů, kteří se podílejí na výzkumu Thoraxcentra. Většina z nich se pro kardiologii zapálí a v posledním ročníku se začnou ucházet o místo mladého vědeckého pracovníka. Asi 4-5 nejlepších z nich je pak po promoci přijato pro další vědeckou práci na 1-3 roky za plat jen o málo vyšší než činí podpora v nezaměstnanosti (dostávají 1500-1800 guldenů měsíčně, přičemž toto je zhruba nájemné za slušný 4-pokojový byt v lepších čtvrtích Rotterdamu). O tom, kteří studenti budou na tato místa (většinou placená z grantů) přijati, rozhoduje přednosta Thoraxcentra po poradě s docenty a asistenty, u nichž studenti pracovali. Je zřejmé, že studenti se snaží, aby přednosta jejich tváře a jejich výsledky znal. Proto se zúčastňují všech seminářů kliniky, sami na nich někdy též přednášejí své výsledky, snaží se podílet se na publikacích jako spoluautoři, apod. Studenti přijatí na tato promoční místa mají za sebou většinou již 1-2 publikace jako 1. autoři a několik dalších jako spoluautoři. Aktivita studentů během 2-4 let vědecké studentské činnosti je pro jejich přijetí po promoci důležitějším kritériem než průměrný prospěch. Je samozřejmě, že i v Nizozemí se uplatňují "zákulisní vlivy" (protektce). Ale vlivná přímluva pomůže pouze studentovi, který na klinice několik let vědecky pracoval a prokázal, že "na to má". Pak mezi dvěma schopnými studenty rozhodne vlivná přímluva. Ani syn nizozemského premiéra by neměl šanci být přijat, pokud by předtím neprokázal své kvality popsáním způsobem. A on by si to nemohl ani společensky dovolit.

Zajímavý je i další osud těchto nadaných a ambiciozních studentů. Podle aktuální situace (ukončení grantu, apod.) ukončují či přerušují vědeckou práci po promoci za 1-4 roky (zhruba polovina z nich získá během této doby titul odpovídající "Ph.D."), a odcházejí na 2 roky na některé venkovské interní oddělení, kde pracují zhruba 80 hodin týdně za plat málo přes 2000 guldenů. Poté se mohou ucházet o přijetí do čtyřleté kardiologické výchovy. V celém Nizozemí je ročně přijato 15-20 lékařů do kardiologické přípravy. Na Thoraxcentrum jako jedno z akreditovaných školicích pracovišť připadají 2-3 místa ročně. Pokud tedy mladý lékař nemá to štěstí, že hned po 2 letech interního lékařství je zařazen do kardiologické výchovy, musí znovu na nějaký čas přijmout místo špatně placeného mladého vědeckého pracovníka a svými výsledky přesvědčovat, že právě on by měl dostat příští rok jedno z těch 2-3 míst. Výsledkem tohoto komplikovaného, ale velmi efektivního systému je to, že kardiologickou výchovu dokončí jen ti nejschop-

nější a nejvytrvalejší studenti. A z těchto 2-3 čerstvých mladých kardiologů ročně je jeden přijat na lékařské místo do Thoraxcentra. Je zjevné, že takto je vlastně přijat 1 z původních 30 zájemců, a tento šťastlivec se kvalifikuje během popsanych 7-10 let bohatou publikační činností, pílí a vytrvalostí, a nadřazením zájmu o vědu nad touhu po výdělku - jako praktický lékař by si totiž vydělával podstatně dříve podstatně více.

Ale zpět ke studiu. Školné platí studenti ve výši 1750.- guldenů ročně. Dostávají však od univerzity 8000.- guldenů ročně po dobu 6 let. Mohou studovat i déle, avšak další rok již nedostanou nic. Z oněch 8000.- guldenů ročně si studenti musí platit vše - ubytování, stravu, učebnice, atd. Studenti z chudých rodin, ženatí (vdané) apod. mohou žádat o sociální přídatky od univerzity až do výše 20000.- guldenů ročně. Nejsou poskytována žádná prospěchová stipendia ani podpora za vědeckou práci.

Zkoušky jsou během prvních 4 let výhradně formou testů, jen v posledních 2 letech zkoušky z klinických předmětů jsou též formou klinického vyšetření nemocného a teoretické diskuse s profesorem. Nejlepším výsledkem je "10", teoreticky nejhorším "1", avšak známka pod "6" již znamená neprospěl a nutno opakovat zkoušku (maximálně 3x). Spíše výjimečně studenti opouštějí fakultu pro neprospěch, většina studentů nedokončí z vlastního rozhodnutí (požadavky jsou pro ně příliš přísné a studenti sami rezignují). Celkový počet studentů je 200 ročně, asi 150 z nich LF dokončí.

Studenti se sdružují do mnoha organizací. Jedna z nich je společná pro všechny a zabývá se praktickými otázkami (zahraniční výměnné praxe, prodej učebnic, apod.), dále mají 7 společenských organizací (např. protestantská, homosexuální, apod.), a 4 politické organizace (buňky politických stran). Přibližně 30 - 50% studentů jsou členy některé společenské organizace, jen velmi málo studentů se angažuje v politických organizacích. Politické organizace se snaží ovlivňovat řízení univerzity, podporují své kandidáty ve volbách do řídicího výboru, atd. Většina společenských organizací má svou sportovní odnož, jeden centrální univerzitní klub při Erasmově univerzitě není.

Celkově ze svých kontaktů se studenty jsem nabyl dojmu, že nemají vyšší IQ než naši studenti, mají však podstatně vyšší motivaci - nejen ke studiu, ale zejména k vědecké práci jakožto ke způsobu dokázat, že právě ten konkrétní student je schopen samostatného tvůrčího myšlení a byl by přínosem pro své budoucí pracoviště. Systém výběru mladých lékařů pro Thoraxcentrum je velice tvrdý (např. jeden sympatický mladý lékař, který promoval v roce 1990, a pracoval jako mladý vědecký pracovník pro výzkumný grant v katetrizační laboratoři má perspektivu přijetí do kardiologické výchovy v Thoraxcentru v roce 1997, čili kardiolog z něj bude nejdříve v roce 2001 ...), ale nesmírně efektivní. Jen tak se stalo, že každý z 25 kardiologů trvale pracujících v Thoraxcentru je dnes mezinárodní špičkou ve svém oboru a řada z nich dostává nabídky na vedoucí místa i do USA.

# Richard Rokyta

## COLÈGE DE FRANCE

Collège de France je jedinečná instituce, která nemá nikde ve světě obdoby. Pro seznámení se s její současností je nutné začít historicky a připomenout si základní principy, na kterých Collège vznikla.

V době rozkvétající renesance v Evropě, která mimo jiné osvobozovala university od striktní scholastiky, se pařížská universita /Université de Paris - "Sorbonne"/ uzavírala pouze do latinských scholastik a odmítala se otevřít humánním vědám. proto vznikaly různé tlaky profesorů university aby se tak stalo, zejména když existovaly příklady na jiných universitách - v belgickém Louvain (Leuven - Lovan) a španělské Alcalé, kde se již vyučovaly tři jazyky a jejich literatura - hebrejšтина, řečtina a latina. Ale jejich volání bylo marné. Byl to nakonec Guillaume Budé - správné královské knihovny, který přemluvil francouzského krále Františka I., aby založil instituci, která bude konkurovat universitě.. A tak v roce 1530 zakládá Collège de France a jmenuje první královské lektory (učitele). Bylo jich šest - dva pro řečtinu, tři pro hebrejštinu a jeden pro matematiku. Lektor pro latinu nebyla zpočátku jmenován proto, aby se František I. vyhnul kolizi s universitou. Latinský lektor byl jmenován až v r. 1534. Brzy po něm byli jmenováni i lektoři pro medicínu a orientální jazyky, kromě hebrejštiny.

V 17. století nesla Collège de France latinský název "Collegium Regium Galliarum" a později "Regium Franciae Collegium". To lze vyčíst plakátových oznámení, která užívala latinu až do r. 1791 (plakátová oznámení přednášek jsou užívána dodnes). V r. 1793 Collège dostala jméno Collège de France s epitemem "královská" a později "císařská". V r. 1870 se definitivně nazývá Collège de France a toto jméno si uchovala až do dnešních dnů.

Tento název je v několika případech zavádějící. Slovo Collège se užívá pro zařízení středoškolská, jako je lyceum nebo gymnázium. Collège de France je také zaměňována s Institut de France a to proto, že mnozí profesori Collège de France jsou zároveň členy Institutu, neboli akademiky. Institut de France má pět akademii:

1. francouzštinu
2. gramatiku a literaturu
3. vědu
4. krásné umění
5. vědy morální a politické.

Collège de France je také tzv. velkým zařízením - Grand Établissement, mezi něž patří mimo jiné Museum přírodní historie (Musée d'histoire naturelle), Praktická škola vysokých studií (École pratique des hautes études) a Národní škola archivářská (École nationale des chartes). Tato zařízení nejsou součástí pařížské university, která se pro zajímavost nazývá Académie de Paris, v jejím čele stojí rektor a má 13 univerzit, v jejichž čele jsou presidenti. University se dále dělí na fakulty, v jejichž čele jsou děkani a jsou spravovány ministerstvem školství (Ministère de l'Éducation nationale). Z této komplikovanosti vztahů vyplývá jedinečnost postavení Collège de France, která skutečně nemá nikde ve světě obdoby.

Vraťme se opět k historii. V r. 1773 v době panování Ludvíka XV. bylo založeno mnoho nových kateder. Vedle již existujících klasických, jako řečtina, latina, hebrejština, řecká filosofie, latinská poezie, anatomie, medicína, matematika, se objevují katedry nové, sledující vývoj vědy - fyzika, mechanika, přírodní vědy, chemie, přírodní zákony, turečtina, perština, syrština.

Koncem 19. století počet kateder dosáhl čtyřiceti a v současné době je jich padesát dva. Z toho dvacet kateder je zasvěceno přírodním a exaktním vědám, dvacetdevět vědám literárním a filozofickým. Dvě katedry jsou v současnosti volné, jedna katedra je evropská. Ta je rezervována vědcům z evropského společenství, které "šéfuje" této katedře po celý rok. Prvním šéfem této katedry byl profesor H. Weinrich z university v Mnichově, který přednášel v r. 1990 na téma "Linguistická paměť Evropy". Vědecké katedry jsou rozděleny do tří skupin:

1. matematika má 4 katedry
2. fyzika a chemie 6 kateder
3. biologie a medicína 10 kateder. Těchto 10 kateder vytváří tzv. Institut biologie, který pořádá každoročně vědecké konference, kde podává přehled k vědecké činnosti institutu za poslední rok. Těchto 10 kateder má následující rozdělení a obsazení vedoucích:
  - a) buněčná genetika /F.Jacob od r. 1965/
  - b) buněčná fyziologie /F.Morel - 1967/
  - c) neurofyziologie /.Laporte - 1972/
  - d) fyzikální antropologie (J.Ruffié - 1973/
  - e) buněčná biochemie / /F.Gros - 1973/
  - f) buněčná komunikace /J.P.Changeux - 1976/
  - g) buněčná bioenergetika /P.Jolliot/
  - h) neurofarmakologie /.Glowinski - 1982/
  - i) molekulární a buněčná embryologie /N.le Daudet - 1985/
  - j) experimentální medicína

Jak vyplývá z přehledu, co jméno, to pojem.

Jak se obsazují místa profesorů? Profesori jsou jmenováni, k podobně jako v jiných institucích a podobně jako u nás, prezidentem republiky. Doba jejich působení je omezena do 70 let věku, na rozdíl od profesorů univerzitních, kde je doba působení omezena do 65 let věku. Procedura jmenování je velmi složitá. V podstatě probíhá v několika fázích; v první fázi se musí kandidát prezentovat, předložit seznam svých vědeckých prací s komentářem, předložit svoji představu o zaměření katedry, kterou chce vést, a předložit její název. Svůj projekt zašle všem členům profesorského sboru "Assemble= des professeurs" a ti jej studují. Potom se profesori vysloví, kterou katedru by chtěli vytvořit. Většinou se prezentují dva kandidáti, a proto je určen kandidát první linie a kandidát druhé linie. Kandidát se musí předem představit všem členům profesorského sboru a ti jej tajně zvolí. Zvolení návrh předloží ministru školství, který jej prakticky vždy akceptuje. Tento postup zaručuje úplnou autonomii Collège de France a tímto způsobem se daří vybírat vědce nejvyšší kvality do Collège de France. Poprvé byla tato praxe použita v r. 1802 podle práva XI. Floréal z roku 10 Francouzské republiky a v podstatě zůstala stejná, jedině s tím, že dříve jmenoval profesory král nebo císař, dnes je jmenu-

je prezident republiky. Důležité je, že při výběru profesorů neplatí jejich vlastní tituly, ale platí jejich vykonaná práce a zejména práce, kterou si představují vykonávat na Collège de France. Musí splňovat především progresivitu výzkumu a progresivitu příslušné katedry.

Jaký je princip přednášení? Přednášky se mají nést v duchu ne to co jsem udělal a co jsem viděl, ale to, o čem přemýšlím, že budu dělat a co chystám. Z tohoto důvodu je přednáška vždy velice náročná, a proto je jich velmi málo. Profesoři na katedrách vědeckých mají pouze 18 hodin ročně, kdežto profesoři na katedrách literárních mají 24 hodin ročně přednášek. To odpovídá principu, který razil Fernand Boudelle a Ernest Renand.

Všechny tyto principy zajistily, d že skutečně v celé historii Collège de France byli vynikající vědci a vynikající profesoři. Vezmeme-li jenom obor přírodovědecký, tak v anatomii zde byli profesory Sylvius Magendie, zakladatel moderní experimentální medicíny Claude Bernard. Profesorem byl zde Campollion, Michelet, Quinet, slovanskou literaturu a jazyk zde přednášel Adam Mickiewicz. Samozřejmě v posledních letech jsou to zejména laureáti Nobelovy ceny, kteří přispívají ke slavnému jménu Collège de France, jako Étienne Wolf, Francis Jacob. V tomto roce se stal laureátem Nobelovy ceny za fyziku profesor fyziky pevných látek Pierre Gilles de Genes.

Na Collège de France přednáší syn Mme M. Curie a Frederika Jolliota P. Jolliot.

Mezi významná jména profesorů, kteří pracovali na Collège de France nutno zařadit také Marcelin Berthelota, slavného francouzského chemika a dále fyziologia Brown-Sécarda, zé starších pak d Arsonvala fyzika a fyziologa, ze slavných fyziologů pak ještě Purkyňova současníka Flourence, dále Julese Mareye, zakladatele Mareyho institutu, který byl dlouhá léta součástí Collège de France. mezi profesory Collège de France patřil zakladatel francouzské neurofyziologie a elektrofyziologie profesor Alfred Fessard. Z čs. profesorů pracoval na Collège de France známý indolog prof. Hrozný.

Přes tuto vysokou kvalitu je učení na Collège de France zajímavé tím, že Collège de France neuděluje diplomy a nedává nějaká potvrzení. Skutečně je pouhým nositelem vědy a její lucidity, ale nedává nějaká vysvědčení.

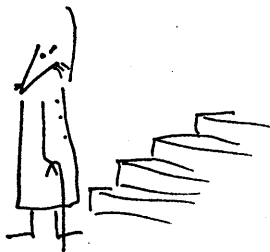
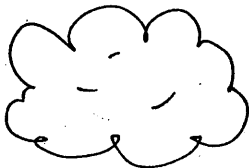
Kde sídlí v současné době Collège de France? Především na Place Marcelin-Berthelot, ale má ještě další zařízení a sice v rue d Ulm, kde byly zřízeny nové budovy - tam je hlavně experimentální medicína, potom v rue Cardinal lemoine - bývalá polytechnická škola (École polytechnique) - zde sídlí hlavně literární katedry a centrální knihovna literárních kateder. Ke Collège de France přísluší i Institut embryologický - Embryologický ústav v Nogent-sur-Marne, t.j. společný ústav C.N.R.S. a Collège de France a stanice mořské biologie v Concarneau v Bretani.

Collège de France úzce spolupracuje s ostatními francouzskými institucemi. Především je to C.N.R.S. (Centre national de la recherche scientifique) - Národní výzkumné centrum, které odpovídá naší ČSAV, s I.N.S.E.R.M. (Institute national scientifique et la recherche médicale), t.j. výzkumný ústav zdravotnický, který odpovídá naší výzkumným ústavům ministerstva zdravotnictví

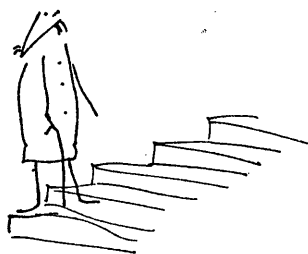
a s I.N.A.L.C.O. - Ústav orientálních jazyků. Konečně spolupracuje s C.E.A. (Centre european atomique) - Evropské atomové centrum, které je umístěno v Orsay.

V předešlých odstavcích jsme se pokusili nastínit základní poslání a principy života Collège de France, zcela ojedinělé a mimořádné instituce ve světě, která rozvíjí vědu, popularizuje ji a přispívá tak k rozvoji humanity. Jejich téměř 1000 pracovníků patří ke stálým pilířům a ozdobám francouzské vědy a kultury.

1.



2.



3.



# INFORMACE O SKUPINĚ COIMBRA

V dubnu 1990 a poté v červnu 1991 byla definitivně konstituována skupina Coimbra (Coimbra group, dále jen CG), pojmenovaná podle university ve stejnojmenném portugalském městě. Cílem této skupiny je zintenzivnit spolupráci mezi evropskými universitami cestou kooperace ve výuce, výzkumu, výměn pracovníků a.j. Uvedené aktivity se budou týkat především výzkumu a výuky, budou však podporovány i akce sportovní, kulturní a.j. jako základ pro vzájemné poznávání a baze pro budoucí spolupráci.

CG sdružuje 30 universit, které splňují podmínky velikosti, kompletního zastoupení určitých fakult a některé další. Patří sem mimo již zmíněnou universitu v Coimbre i university Aarhus, Barcelona, Bologna, Bristol, Budapest, Caen, Cambridge, Dublin, Edinburgh, Galway, Göttingen, Granada, Groningen, Heidelberg, Jena, Krakow, Leiden, Leuven, Louvain, Montpellier, Oxford, Pavia, Poitiers, Salamanca, Siena, Thessaloniki, Uppsala, Würzburg a dále Karlova Universita v Praze. Valné shromáždění CG tvoří rektori (prorektori) účastnických universit (za Karlovu Universitu je v něm prorektor prof.MUDr.Z.Lojda,DrSc.). Toto shromáždění představuje hlavní orgán rozhodující o aktivitách a zaměření skupiny. Schází se jednou ročně. Významným úkolem tohoto orgánu je i upevnit vztahy s pracovišti ve střední a východní Evropě, která se úspěšně podílela na programu Tempus a setkání v Heidelbergu. Řídící výbor je 6členný a ztělesňuje výkonnou moc.

V zájmu lepší komunikace mezi jednotlivými universitami začal řídicí výbor vydávat časopis Newsletter. Zatím vyšlo 1 číslo a jsou plánována 3 - 4 vydání ročně (jsou však možná i mimořádná čísla). Adresa pro korespondenci je : Coimbra Group Office, 15,Av. de l Assomption, B-1200, Brussels.

Dosud se aktivita CG projevovala především v podpoře současných programů Erasmus, Lingua a Tempus a neprosazovala principy pravidelnější spolupráce mezi jednotlivými universitami. Nyní je snaha opačná, pro což svědčí i vydávání uvedeného časopisu.

Při setkání rektorů v Coimbre v dubnu 1990 byly vytyčeny hlavní programy v rámci spolupráce CG, což jsou výzkum vody a biotechnologie. Akce, týkající se problematiky vody, se již konala v červenci 1991 na granadské universitě, problematiku biotechnologií má "na starosti" universita v Barceloně. Připravují se však i aktivity v řadě dalších oborů.

Během valného shromáždění v Coimbre byly též projednávány otázky participace jednotlivých universit CG v programu Tempus, a tím i podpory výukových programů ve východní Evropě. Příslušná pracovní skupina rozhodla soustředit se kromě jiného na medicínu a zevní prostředí, čímž se otevírá další možnost i pro pracovníky a studenty naší fakulty.

V rámci CG bylo konstituováno několik pracovních skupin. Je to skupina pro program Tempus, dále pro společný výzkum, pro vztahy k mimoevropským universitám. Za mimořádně významnou považujeme i skupinu pro porovnávání universitních hodnot, udělovanými různými universitami. Aktivita CG se nezabývá pouze současností, ale připravuje i program pro uvedené aktivity v třetím tisíciletí.

Doc.MUDr.Pavel Gregor,CSc.

Doc.MUDr.Milan Kment,CSc.

# INICIATIVA : BABY-FRIENDLY HOSPITAL

Začátkem února proběhl na půdě Státního zdravotnického ústavu a naší fakulty třídení workshop organizace UNICEF, na kterém byla u nás poprvé představena zahraničními lektory aktivita iniciovaná UNICEFem (a podporovaná, mimo jiné, Světovou zdravotnickou organizací), jejímž cílem je přeměnit všechny porodnice světa ve skutečně "přátelské dětem".

Seminář zorganizovala ANIMA, Pražská skupina IBFAN, která je součástí mezinárodní sítě nevládní organizace IBFAN (*International Baby Food Action Network*) zabývající se přirozenou kojeneckou a dětskou výživou. IBFAN sehrál zásadní roli při vzniku *Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka* přijatého SZO, UNICEFem, zástupci 118 zemí světa (mezi nimi i Československa) a hlavními výrobci umělé dětské výživy v roce 1981. Kodex obsahuje pravidla, která by měla zamezit agresivnímu chování monopolních výrobců umělé mléčné výživy a její propagaci na úkor přirozené výživy, tedy kojení.

O dramatických důsledcích tržního chování výrobců umělé mléčné výživy vypovídají výsledky nejnovějších lékařských statistik a výzkumů. Velmi vážná je situace v rozvojových zemích, kde dítě krmené umělou výživou má 25krát vyšší pravděpodobnost úmrtí než dítě kojené. Ale i ve vyspělých zemích hovoří statistiky ve prospěch přirozené kojenecké výživy - děti živěné umělou výživou onemocní 5krát častěji *gastrointestinálními onemocněními* a 9krát častěji *záněty středouší* než děti kojené. Jednou z nejčastějších příčin úmrtí dětí v Evropě je *syndrom náhlého úmrtí*. Dlouhodobá studie provedená v USA prokázala jako významný faktor pro snížení počtu těchto úmrtí právě kojení.

Stav výživy nejmenších dětí není v naší zemi tak alarmující jako třeba ve Velké Británii nebo USA, ale přesto skutečnost, že počet plně kojených dětí při propouštění z porodnice (asi 90%) se prudce snižuje na přibližně 30% ve 3. měsíci a 20% v 6. měsíci, svědčí o dluhu zdravotnických pracovníků péči o matku a dítě. I přes relativně vysoké procento kojených dětí při odchodu z porodnice se setkáváme ve zdravotnických zařízeních s rutinními postupy a praktikami, které narušují vytváření vazby mezi matkou a dítětem v nejranějším období života a brání přirozenému způsobu výživy dítěte.

Co musí naše porodnice udělat pro to, aby získaly označení "Baby-Friendly Hospital" a tím se staly vzorem hodným následování ostatními? Minimálním požadavkem je uvést do praxe tzv. "10 kroků ke kojení" obsažených ve společném prohlášení SZO a UNICEF z roku 1989 "Ochrana, prosazování a podpora kojení: Zvláštní úloha pracovníků odpovědných za péči o matku a dítě", zabránit distribuci volných nebo cenově zvýhodněných vzorků umělé mléčné výživy do nemocnic a podporovat přirozený způsob výživy dítěte.

A co je, ve stručnosti, obsahem zmíněných "10 kroků"?

- Každá porodnice by měla mít písemně vypracovanou jednotnou strategii přístupu ke kojení a školení zdravotnického personálu.
- Matky by měly být informovány o výhodách kojení a zacvičeny v technikách kojení a udržení laktace.
- Každé matce by mělo být umožněno zahájit kojení do půl hodiny po porodu a být se svým dítětem pohromadě 24 hodin denně.
- Kojení by se mělo řídit potřebou dítěte (nikoli předem daným časovým harmonogramem).
- S výjimkou lékařsky indikovaných případů, by dětem neměla být podávána žádná potrava ani nápoj kromě mateřského mléka.

Součástí "10 kroků" je také požadavek, aby zdravotníci podporovali zakládání dobrovolných skupin matek na podporu kojení (*mother-to-mother support groups*), které mají ve vyspělých zemích dobrou tradici a jsou přirozeným doplňkem lékařské péče. Ostatně UNICEF a SZO vycházel při vytváření strategie "Baby-Friendly Hospital Initiative" z předpokladu, že to budou především ženy a matky, které budou stimulovat zlepšování péče o matku a dítě tím, že budou vyhledávat porodnice, které již dosáhly označení "baby friendly".

Pozn.: Českou verzi společného prohlášení WHO/UNICEF z roku 1989 "Ochrana, prosazování a podpora kojení: Zvláštní úloha pracovníků odpovědných za péči o matku a dítě" je možno zakoupit za cenu 11,- Kčs na Ústavu zdraví dětí a mládeže, 3.LF UK (budova 11, č. dv. 181).

D a g m a r   S c h n e i d r o v á

FIRST ANNOUNCEMENT

---

International  
Symposium

HISTORY OF  
CZECHOSLOVAK  
MEDICINE  
AND PHARMACY  
IN WORLD CONTEXT



---

PLZEŇ - Czechoslovakia  
JULY, 7 - 10, 1992

Congress Centre  
of the Faculty of Medicine  
Charles University

Mezinárodní symposium o dějinách československé medicíny a farmacie ve světovém kontextu.

# INTERNATIONAL SYMPOSIUM

HISTORY OF CZECHOSLOVAK MEDICINE AND PHARMACY IN WORLD CONTEXT.

Nebývá zvykem podávat v tomto časopise podrobnější zprávy o chystaných kongresech, tento však považujeme za mimořádně významný.

Máme jistě možnost domácím i zahraničním posluchačům tohoto kongresu leccos zajímavého připomenout nejen z historie nemocnice a fakulty, ale i Státního zdravotního ústavu, na svou dobu jednoho z vysoce moderních evropských center výzkumu a vývoje moderního lékařství. S našimi vzpomínkami a studii by se jistě rádi seznámili domácí i zahraniční účastníci tohoto symposia.

Připomeňme jen, že profesor Janků, který působil jako oftalmolog v naší nemocnici, objevil toxoplasmosu, která byla po něm nazvána Morbus Janků. Známé jsou šulovy půdy pro pěstování bacilů tuberkulózy i průkopnické práce epidemiologa Rašky ve WHO. Za války byla vinohradská nemocnice útočištěm řady universitních pracovníků jako byl chirurg profesor Diviš a internista profesor Prusík. Pávilon CH pro patologii byl postaven těsně před válkou a svou koncepcí jedním z nejmodernějších ve střední Evropě. Po válce působili ve Vinohradské nemocnici kardiolog profesor Jonáš a diabetolog profesor Syllaba, který se letos dožívá 90. let. Řada dalších se dobře uplatnila na zahraničních universitách jako biochemik profesor Oppelt, bohužel se s námi museli někteří rozloučit po roce 1968 pro své politické postoje jako farmakolog profesor Votava a neurolog profesor Macek.

Jedním z témat kongresu je i vztah umění a medicíny, které u nás známe z obrazové tvorby profesora Syllaby či nezapomenutelná kvarteta organizovaná profesorem Polákem na chirurgické klinice nebo hudební aktivita našeho současného děkana profesora Hoeschla.

Připomínáme, že symposium se koná v Plzni v Kongresovém centru lékařské fakulty od 7. do 10. července 1992. Kongresový poplatek je 300 Kčs.

Zájemci o aktivní i pasivní účast mají možnost se přihlásit na adrese :

Ústav histologie a embryologie : Prof. MUDr. J. Slípka  
Karlovarská 48

301 66 Plzeň

kde mohou též získat podrobnější informace.

Nezapomeňte vyřídít tuto informaci i svým známým a kolegům v zahraničí. Třeba by se rádi zúčastnili nebo účastníky kongresu rádi seznámili s tím, jak se se svými lékařskými vědomostmi získanými v Čechách, protloukali světem.

-mk-

# KORONÁRNÍ ANGIOPLASTIKA (moderní léčba ICHS)

Petr Widimský

Již přes 20 let se léčí nejzávažnější zúžení věnčitých tepen přemostěním zúženého místa pomocí žilního či tepenného štěpu - tzv. aortokoronárního by-passu. Tato operace u naprosté většiny nemocných odstraní obtíže (tj. anginu pectoris) a u nejrizikovějších skupin nemocných též prodlouží život. Snem kardiologů bylo od počátku mít k dispozici metodu méně náročnou jak z hlediska možných komplikací, tak z hlediska ekonomického (kardiochirurgie je nejdražším oborem medicíny vůbec). Tento sen splnil v roce 1977 Andreas Grünzig - východoněmecký emigrant (tráduje se o něm, že emigroval v 15 letech sám na kole...), který vystudoval medicínu v NSR a poté pracoval ve Švýcarsku. Jako první provedl zákrok nazývaný od té doby PTCA (perkutánní transluminální koronární angioplastika). V prvních letech zůstala tato metoda omezena na několik pracovišť v Evropě a v USA: procento komplikací a nezdarů bylo příliš vysoké na to, aby mohla okamžitě konkurovat kardiochirurgii. Avšak během 80. let s nárůstem zkušeností a především zlepšením instrumentária narůstaly počty provedených PTCA a dnes tato metoda již mírně převažuje nad koronární chirurgií v počtu výkonů (podle světových statistik se ve vyspělých zemích provádí cca 500 - 1000 PTCA na 1 milion obyvatel ročně). Tohoto rozmachu se bohužel mimořádně nadaný a vitální Grünzig již nedožil - zřítíl se ve vlastním sportovním letadle, které si pořídl z výnosů akcí firem vyrábějících jeho katetry.

V čem vlastně spočívá PTCA? Indikuje se u nemocných s anginou pectoris či s ischemií myokardu prokázanou při zátěži, kteří mají koronarograficky prokázané krátké lokalizované zúžení jedné i více věnčitých tepen. Cestou a. femoralis se zavede tzv. zaváděcí katetr do ústí příslušné věnčité tepny. Skrze tento zaváděcí katetr (o průměru 2.66 mm) se zasune na periferii této tepny tenký kovový ohebný vodič (průměr 0.35 mm) a po něm katetr o průměru 1 mm se splasklým balonkem na konci. Po zavedení do místa stenózy se balonek nafoukne na 6 - 12 atmosfér a ponechá 1 - 5 minut. Po opětném vypuštění balonku je u 90% nemocných stenóza odstraněna nebo alespoň podstatně zmenšena. Komplikací výkonu může být akutní uzávěr této tepny se vznikem infarktu myokardu a ev. úmrtím. Mortalita v souvislosti s PTCA se uvádí kolem 1%, výskyt nefatálního infarktu vyvolaného PTCA kolem 5%. Největším klinickým problémem jsou restenózy: u cca 30% nemocných dojde během 6 měsíců po provedení PTCA k novému zúžení v téže lokalizaci.

II. interní klinika 3. LF UK začala s prováděním PTCA v roce 1985 jako druhé pracoviště v ČSFR. V roce 1989 uspořádala klinika první celostátní seminář o PTCA - prvou akci tohoto druhu u nás. Pátého prosince 1991 byl na klinice uspořádán již třetí takovýto seminář. Zúčastnili se ho lékaři ze všech pracovišť, provádějících srdeční katetrizace v ČSFR: IKEM, II. interní klinika 1. LF UK Praha 2, FN Motol, ÚFR ČSAV Bulovka, Hradec Králové, Brno, České Budějovice, Ostrava, Bratislava, a z pořádatelství pracoviště.

Prezentované výsledky byly co do počtu ošetřených nemocných hubené. V celém státě se provádí t.č. ročně kolem 400 PTCA, přičemž potřeba pro naši populaci je minimálně 10 000 PTCA ročně! Na těchto hubených číslech se podílí především ceny instrumentária: náklady na jednoho nemocného představují cca 35 000.- Kčs (bez započtení amortizace angiografu a bez platů pracovníků). Když si však uvědomíme, že úspěšná PTCA dokáže odvrátit např. hrozící infarkt, nebo odstraní anginu pectoris, je zřejmé, že na vyplácení nemocenské či invalidního důchodu u jednoho takového nemocného by státní pokladna (resp. pojišťovna) ztrácela za pouhý rok více. Nemocný po úspěšné PTCA se může totiž vrátit do zaměstnání velice brzy - u duševně pracujících i po několika dnech.

Na II. interní klinice byla počátkem října znovu uvedena do provozu modernizovaná katetrizační laboratoř a v listopadu byla provedena první PTCA. Na semináři bylo proto již možno prezentovat výsledky získané na nejkvalitnějším angiokardiografickém přístroji, umožňujícím bezprostřední vyhodnocení všech nálezu zapsaných do obrazové paměti počítače. Pokud bude k dispozici dostatek katetrů pro PTCA (balonkové katetry v ceně cca 30 000.- Kčs jsou přísně na jedno použití), bude možno na tomto pracovišti již v příštím roce přispět k cíli, který si vytyčila Česká kardiologická společnost: minimálně dvoj- až trojnásobně zvýšit počet prováděných PTCA v ČSFR. Podmínky k tomu jsou: špičkově vybavená katetrizační laboratoř, tři lékaři vyškolení v PTCA na kurzech v zahraničí, a smluvní spolupráce s kardiochirurgickým pracovištěm IKEM pro řešení případných komplikací (které nastávají u cca 5% nemocných, neboť se samozřejmě jedná pouze o nemocné se závažným zúžením věnčitě tepny a tudíž s vysokým rizikem).

Předchozí řádky byly psány koncem roku 1991. Nyní o 5 měsíců později zkušenosti s více než 250 nemocnými katetrizovanými v modernizované laboratoři jsou více než příznivé. Co se bohužel nezměnilo je nedostatek financí na angioplastické katetry. Pouhých 5 provedených PTCA během půl roku (všechny 100% úspěšné) je žalostnou bilancí, žalující na současný ekonomický stav našeho zdravotnictví. Tento problém v celé ČSFR je letos spíše horší než v minulosti a tak zvýšení počtu těchto často život zachraňujících výkonů je zřejmě i nadále mimo finanční možnosti čs. zdravotnictví.

## Významný historický podíl pražských kardiologů na rozvoji srdeční katetrizace.

J. Widimský st., P. Widimský

Srdeční katetrizace představuje dnes nejdokonalejší diagnostickou metodu v kardiologii. Používá se u staniců pacientů též pro léčení nejzávažnějších forem srdečních chorob. Rozšíření v klinické kardiologii doznala v padesátých letech v souvislosti s rozvojem kardiochirurgie. První známé katetrizace u lidí však byly provedeny již koncem dvacátých let tohoto století. Pražská kardiologie se v tomto směru může pyšnit několika osobnostmi, které přispěly výrazně k rozvoji katetrizací srdce a zapsaly se do jejich historie. Jako lékař, který provedl první srdeční katetrizaci u člověka bývá ve všech učebnicích uváděn **Werner Forssmann** (1), jenž v roce 1929 publikoval svou zkušenost se zavedením katetru do lidského srdce. Svůj odvážný experiment provedl v Německu (poblíž Berlína) sám na sobě přes zákaz svého šéfa. Dokonce i po úspěšném provedení této první katetrizace mu bylo nadřízenými doporučeno, aby s touto metodou vystupoval v cirkuse ... Jeho myšlenkou však nebyla diagnostika, nýbrž terapie - zamýšlel touto cestou aplikovat přímo do srdce některé léky.

Prvním, kdo použil srdeční katetrizaci u lidí k diagnostickým účelům byl německy mluvící Žid **O. Klein** (2, 3), pražský kardiolog z interní kliniky prof. Nonnenbrucha německé lékařské fakulty Univerzity Karlovy. U 11 nemocných přesně změřil minutový objem srdeční na základě Fickova principu katetrizací pravého srdce. Klein tehdy jako první pochopil hlavní smysl srdeční katetrizace - přesnou diagnostiku. Bohužel osud dr. Kleina byl podobný jako



osud Forssmannův - jeho šéf prof. Nonnenbruch mu další studie zakázal, a tak diagnostická srdeční katetrizace musela na své znovuoobjevení čekat dalších 10 let, kdy ji rozpracovali A. Cournand (4) a D. Richards (5).

O. Klein (od začátku 2. světové války žijící v Argentině a v Rakousku) se účastnil Evropského kardiologického kongresu v Praze v roce 1964. Pracovníci Ústavu pro choroby oběhu krevního se s ním tehdy setkali a byli překvapeni jeho plynou česťinou. Dr. Klein byl tehdy při své první poválečné návštěvě Prahy dojat tím, že jeho světová priorita neupadla v Praze v zapomnění. V mezinárodním měřítku totiž se na něj poněkud zapomnělo a Nobelovu cenu za srdeční katetrizaci dostali Forssmann, Cournand a Richards.

Druhým pražským lékařem, který se významně zapsal do historie srdeční katetrizace je **Vilém Ganz**, dlouholetý pracovník tehdejšího Ústavu pro choroby oběhu krevního (vedeného Janem Brodem). V Praze se ve zmíněném ústavu (dnešní kardiologická výzkumná základna IKEM) zabýval spolu s dr. Froňkem (pozdějším profesorem kardiologie v San Diegu v Kalifornii) a s autorem tohoto článku též výzkumem oběhových důsledků okluze větve plicnice balonkem. Jeho světovou prioritou z té doby je metodika měření lokálního průtoku v koronárním sinu pomocí termodiluce (6). Po svém odchodu do USA spolu s H. Swanem (7) byl autorem tzv. plovoucího (Swan-Ganzova) katetru, který umožněním snadné a rychlé katetrizace pravého srdce bez užití rtg znamenal revoluci v intenzivní péči, a který je dnes příliš invazivní monitorace nitrosrdečních tlaků na jednotkách intenzivní péče.

Literatura:

1. Forssmann W.: Die Sondierung des rechten Herzens. Klin. Wochenschr. 8, 1929: 2085 - 7.
2. Klein O.: Zur Bestimmung des zirkulatorischen minutens Volumen nach dem Fickschen Prinzip. Munch. Med. Wochenschr. 77, 1930: 1311-14.
3. Klein O.: Sondierung des Herzens beim Lebenden. Med. Klin. 25, 1929: 1836-49.
4. Cournand A. et al.: Catheterisation of the right auricle in man. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 46, 1941: 462-5.
5. Richards D. et al.: Cardiac output by the catheterization technique in various clinical conditions. Fed. Proc. 4, 1945: 215-19.
6. Ganz V., Bergman K., Dejdar R., Froněk A., Kasalický J., Widimský J.: Measurement of coronary sinus outflow in man by means of the local thermodilution method. IV. Congr. cardiolog. europ. abstr., Praha 1964, s. 111.
7. Swan H., Ganz W. et al.: Catheterization of the heart in man with use of a flow directed balloon-tipped catheter. N. Engl. J. Med. 283, 1970: 447-451.

# ETICKÉ PROBLÉMY POPÁLENINOVÉHO TRAUMATU

V poslední dekádě se začaly objevovat etické problémy zcela jiného charakteru než bylo původně publikováno (Königová 1976):

- 1) Jednak je přinášejí množící se popáleninové katastrofy, které jsou analyzovány na nejrůznějších mezinárodních konferencích,
- 2) jednak narůstají souběžně s modernizací zdravotnické techniky, která sice na jedné straně pomáhá zajišťovat vitální funkce (u nejrůznějších kritických zvrátů), ale na straně druhé vytváří komplex etických problémů spojených s rozhodnutím přístroje vypnout.

U popáleninových katastrof se střetáváme s etickými problémy již na místě neštěstí při primárním třídění (field triage). Podíváme-li se do historie, zjistíme, že techniku triage poprvé použil významný Napoleonův chirurg baron Dominique Jean Larrey, který určil princip třídění pacientů na základě potřeby lékařského zákroku: vojáci, kde risiko smrti bylo největší, byli operováni jako první. Péče o jedince s méně závažným poraněním následovala, až když nejtěžší úrazy byly ošetřeny. Na rozdíl od této koncepce (ze začátku 19. století) má být moderní triage zvládnuta na místě úrazu s ohledem na prognosu jednotlivých obětí. U popáleninového traumatu prognosu určujeme z posouzení závažnosti úrazu, a to nejen posouzením závažnosti aktuální, ale i závažnosti eventuální. To znamená zhodnotit prognosu na základě možného zhoršování stavu, což je dáno šesti známými faktory závažnosti (rozsah, hloubka, lokalizace, věk, anamnesa, mechanismus úrazu).

Třídění tedy vychází z klasifikace úrazů a jeho cílem je určit priority zraněným. Nejvyšší prioritu mají ti, kterým neodkladná péče přinese největší užitek, neboli je nutno se soustředit na oběti, které budou přežívat jen tehdy, budou-li adekvátně ošetřeny. Naproti tomu nejnižší prioritu mají ti, kdo budou žít i bez neodkladné péče a dále ti, kteří zemřou, i když by léčení byli. U popáleninového traumatu je stanovení prognosy o to záluďnější, že pacienti zpočátku bývají lucidní a zcela normálně

komunikují, i když poranění je neslučitelné se životem. To pak nese s sebou nebezpečí, že záchranná služba stejně jako chirurgové s nedostatečnými zkušenostmi se soustřeďují na ty nejtěžší a tedy beznadějně, zatímco ostatní zranění zůstávají bez včasné a adekvátní protišokové léčby. Nezbyvá na ně ani čas, ani léčebné prostředky, ani možnosti transportu. Šokové děje však probíhají a smrt nastává za dva i více dní mnohočetným orgánovým selháním. Tyto situace vyžadují nejen zkušenosti, ale i rozhodnost a odpovědnost z hlediska lékařské etiky - komu poskytnout neodkladnou péči a transport a komu poskytnout pouze léčbu paliativní (hluboké tlumení).

V jednotlivých případech je nutné zahájit protišokovou léčbu u každého pacienta i se zřejmou fatální prognosou. Patří to mezi úkoly všech lékařů bez ohledu na odbornost či obor, jak je určeno v Metodickém opatření MZ ČR č.20/87.

V poslední dekádě se opakovaně objevují publikace z Číny o přežívajících rozsáhle popálených nad 90 % celkového tělesného povrchu. Tato skutečnost nás nutí vyvíjet maximální úsilí u všech pacientů, protože při komplexní péči - včetně psychologické - se může v jednotlivých případech podařit, aby přeživaly i oběti zdánlivě beznadějně. Naproti tomu však u některých pacientů bez psychologické péče může nastat smrt tzv. psychologická i při prognose příznivé z hlediska somatického.

Dalším problémem, pokud není u popáleninového traumatu zajištěna péče kontinuální, může být tzv. smrt sociální.

U hromadných úrazů je situace odlišná, pokud potřebám zraněných neodpovídají možnosti ošetření ani z hlediska prostorového, ani technického vybavení (hlavně operačních sálů) ani kvalifikovaného personálu. Je prokázáno, že nezkušenosti a neškolení lékaři způsobí více problémů, než kolik jich sami jsou schopni vyřešit, a o to vyšší nároky jsou pak kladeny na ty, kdo o léčbě rozhodují. Podstatnou otázkou u hromadných popáleninových úrazů je rozhodnout, u koho zahájit adekvátní léčení a u koho podat léčbu paliativní, to znamená poskytnout úlevu od bolesti a strachu.

Je třeba si uvědomit, že pokud nemůžeme léčit všechny nemocné

tak, jak doporučuje současná úroveň medicíny, pak provádíme vlastně pasivní euthanasii. Taková situace může nastat na místě neštěstí nebo po přijetí do zdravotnického zařízení. A tím se dostáváme do následující fáze, která přináší další etické problémy; je to léčení na jednotce intenzivní péče. Zásada, že přístup k tzv. titrované terapii (titrated therapy) - ta zahrnuje techniku umožňující rychlou korekci úchylek od normy - je právem každého jednotlivce, který ji potřebuje, vytváří pro lékaře celý komplex etických rozhodnutí:

a) kdy a zda vůbec začít léčbu?

b) kdy tuto léčbu zastavit?

c) jakou kvalitu života jsme schopni nemocnému zajistit?

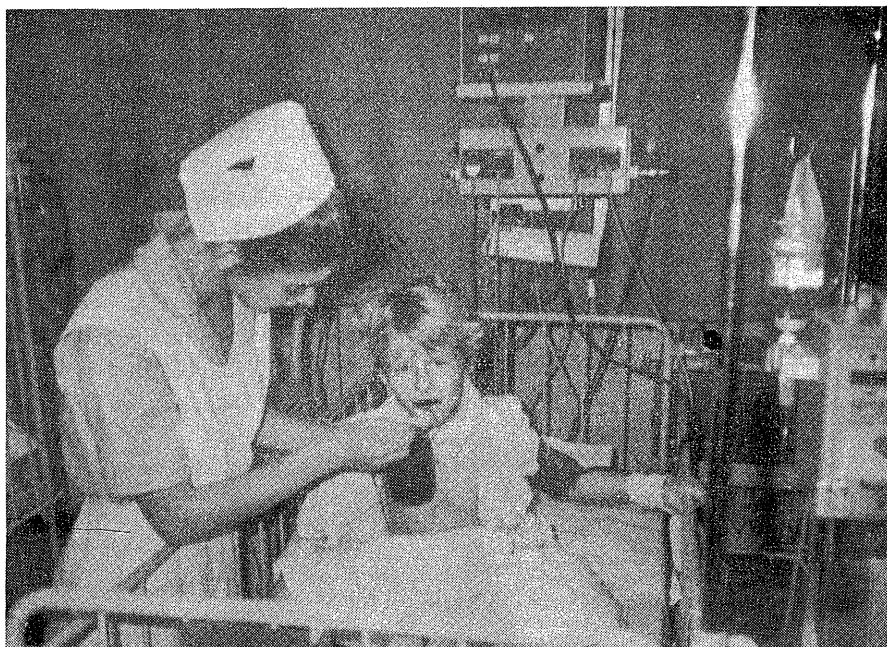
World Medical Association přijala zákon (The Handbook of Medical Ethics, 1981, London, Brit. Med. Assoc.), že lékař má povinnost lidský život vždy zachovat. Naproti tomu v mnoha zemích s vysokou životní úrovní jsou lékaři neustále upozorňováni, že poskytování služeb každému jedinci - bez třídění nemocných - patří minulosti a omezené prostředky pak lékaře staví do situace, že některé pacienty je možné - i nutné - odmítnout. Tyto ekonomické důvody vedou pak k zamyšlení, jak přidělovat či rozdělovat náročné technické vybavení, komu a kdy?

Nejen na JIP pro těžce popálené, ale i na stanicích intermediární péče mohou nastat situace, kdy celkový stav pacienta a neodvratná smrt u gerontů přivádějí lékaře k rozhodnutí, že při zástavě je kardiopulmonální resuscitace nejen nevhodná - protože by byla neúčinná, ale lze ji považovat za kontraindikovanou. Byla by nejen zbytečným týráním starého jedince a prodlužováním jeho utrpení, ale i neúčelným zatížením personálu, který by svou péčí mohl věnovat ostatním nemocným, a tím prospět dalšímu průběhu jejich léčby po stránce somatické i psychické. Kromě toho je nezbytné umožnit pacientovi důstojnou smrt a často i zmírnit trápení rodiny. Je nutno vzít též v úvahu stránku ekonomickou včetně nebezpečí nosokomiální infekce, která ohrožuje ostatní nemocné tím více, čím déle jsou pacienti s infaustní prognosou udržováni na přístrojích.

V roce 1989 upozornil G. R. Park v "Intensive Care World" na

jinou oblast etických a morálních problémů týkajících se klinického výzkumu u kriticky nemocných. Tyto problémy se množí se stoupajícím počtem přežívajících, a to díky pokrokům ve farmaceutickém průmyslu, díky výrobě stále dokonalejších přístrojů a konečně i díky množícím se otázkám, které si kladou ti, kdo kriticky nemocné léčí.

Všeobecně nastává kombinace několika faktorů: a) pacient v halucinogenním stavu, a tedy neschopen dát souhlas k výzkumu, b) komplexnost léčby, c) často se měnící personál, d) odcizené prostředí velkých přetechnizovaných ústavů (poslední dva faktory se netýkají našeho pracoviště). Z uvedeného vyplývá, že možnost zneužití výzkumu u kriticky nemocných je mnohem větší než u jakékoli jiné skupiny pacientů. Ochrana jedinců, kteří participují v biomedicinském výzkumu, byla zabezpečena Norimberským kodem upraveným v roce 1964 a Helsinskou deklarací, jež byla revidována v letech 1975 a 1983. Podle ní musí být všechny medicínské studie schváleny etickou komisí, i když nebylo jednoznačně rozhodnuto, jaká skupina odborníků bude mít disciplinární moc či právo a kdo v této skupině má být zastoupen. Skutečnou ochranou, kterou pacient má proti neetickému jednání, je integrita vedoucího pracovníka.



## Etický kodex - Práva pacientů

Haškovcová Helena, Ústav lékařské etiky, 3. LF UK

Dne 25.2.1992 byl etický kodex nazvaný Práva pacientů definitivně schválen a Centrální etická komise Českého ministerstva zdravotnictví jej prohlásila za platný pro české země. Česká lékařská komora ústy svého mluvčího Miroslava Čerbáka konstatovala, že text nejen neodporuje, nýbrž vhodně doplňuje deontologický kodex České lékařské komory, přijatý na podzim 1991.

Proč vlastně byl etický kodex práv pacientů vyhlášen? Budujeme právní stát a přihlásili jsme se proto dobrovolně dodržovat řadu závazných dokumentů chránících svobodu člověka. Musíme tedy i tak zásadní a obecně koncipovaný dokument jakým je Listina základních práv a svobod uvést v život tím, že budeme konkretizovat práva určitých skupin lidí. Jednou takovou skupinou jsou nepochybně i nemocní, kteří mají stejné nebo podobné problémy. Etický kodex práv pacientů v podstatě artikuluje nejčastější a opodstatněná přání nemocných. Jeho závaznost je morální, nikoliv právní síly; cílem je regulovat do značné míry vztahy zdravotníků a nemocných a opětovně nastolit oboustrannou důvěru.

Očekává se, že následné kodexy, týkající se práv handicapovaných lidí, starých nemocných, dialyzovaných i transplantovaných pacientů, atd., budou vytvořeny a proto předkládaný text v určitém smyslu tvoří obecný rámec. Mimořádně naléhavým požadavkem doby je vypracovat práva těhotné ženy a dítěte.

Studenti 4. ročníku se s Právy pacientů podrobně seznámí při výuce lékařské etiky.

## Práva pacientů

1/ Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

2/ Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu /tzv. kontinuálních/ návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3/ Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má býti náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.

4/ Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5/ V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba je věcí důvěrnou a musí být prováděna diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny musí odsouhlasit nemocný a to i ve



fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6/ Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7/ Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8/ Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9/ Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10/ Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou

v rozporu s platnými zákony.

11/ Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí /tzv. nemocniční řád/. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen

Tato Práva pacientů jsou prohlášena za platná dnem 25. 2.1992.



Upsaly jsme se nelehkému úkolu a zvolily jsme nesnadnou cestu. Rozhodly jsme se pro profesi zdravotní sestry a pracujeme ve vinohradské nemocnici. Společně táhneme tu někdy přetěžkou káru lidských bolestí, smutků, trápení a těžkých chvil. Už dávno nemáme jen naivní iluze o půvabech profesí v modré uniformě.

Učili nás o historii ošetrovatelství, o oslavované ženě s lampou Florence Nightingalové a její první škole pro ošetrovatelky. O Jean Henri Dunantovi, zakladateli mezinárodního červeného kříže, o ruském chirurgovi Nikolaji Ivanoviči Pirogovovi, který snad poprvé zavedl ženy-ošetrovatelky na bojiště pečovat o raněné.

Učili nás o socialistickém zdravotnictví, o našem státě, který především má na mysli zdraví svých dělníků, rolníků a pracujících inteligence a o tom, jak pečlivá a poslušná sestra je piliřem tohoto nezastupitelného a všem dostupného výdobytku socialismu. Učili nás, že příkladem pro všechny je sovětská sestra, vychovaná na principech socialistického humanismu a neokonečné oddanosti ke své vlasti. Učili nás nedávat najevo své starosti, umět se vždy ovládat, vážit si lékaře a plnit přesně jeho příkazy. Hlavně být pozornou a nenápadnou. Také nás učili o socialistické morálce, jak plánovat ošetrovatelskou péči a jak do svého působení na nemocné prolnout vědecký marxistický názor a aktivně tak plnit svou celospolečenskou roli.

Nikdo nám ale neřekl, jak těžko se říká staré mamince, že její syn zemřel. Jak uplatňovat profesionální dovednosti u beznadějně nemocného, který trpí tím, že nemáme čas si k němu sednout a držet ho za ruku. Jak se zachovat k hyenismu příbuzných, kteří se dožadují prstýnku umírající babičky. Jak se vyrovnat s nevělí, která nás někdy, vzdor veškerému profesionalismu, přepadá nad fyzickým marasmem ošetrovaného.

Jsme součástí zdravotnického týmu a jsme si vědomy, že podstatný díl starostí o nemocného je na nás. Známe své možnosti, své schopnosti i nedostatky. Věčně závodíme s časem.

U nás, ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, se nám podařilo na jaře roku 1990 založit profesní sdružení sester a dalších středně zdravotnických pracovníků, které jsme nazvaly

Kolegium SZP. Jde o dobrovolnou organizaci, která se teprve učí starat se o své členky a členy, o jejich další vzdělávání, možnost stáží atd. Narážíme i na nezájem, nejsme všechny stejné.

Existují různé typologie sester, známe je a trochu se nad nimi i usmíváme. Jednu z nejznámějších vytvořil maďarský psycholog Dr Hardi. Dělí sestry na šest kategorií, za ideální považuje pátý a šestý typ, první a druhý označuje za emocionálně diskomfortní.

|              |   |
|--------------|---|
| Rutinérka    | mechanicky plní úkoly, důkladná, ale nekontaktuje nemocného, nespolupracuje s ním                                     |
| Naučená role | šablonovité chování, mezi ní a nemocným je bariera, studený odstup  |
| Nervozní typ | citově nestálá, nevyrovnaná, nedůsledná, mnohdy konfliktní  |
| Mužský typ   | důkladná, vytrvalá, rozhodná, náročná a spravedlivá. Pokud ovšem chybí intelektová úroveň, tak je až netaktní, hrubá. |
| Specialistka | zcela zasvěcená profesi, nemá jiné zájmy. Cele se obětuje   |
| Mateřský typ | mimořádně starostlivá a pečlivá, navozuje ideální atmosféru   |

Jako každá kategorizace ani tato se nemůže vyhnout jisté schématičnosti. Jsme tisíckrát jiné.

O těch z nás, které vynikly v naší profesi, vám chceme vyprávět. V příštích číslech přineseme rozhovory s výraznými sesternými osobnostmi, s kterými jste se mohli potkat nebo se ještě potkávejte ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.



# PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL TAMESIDE

Eva Šliková

---

## Č Á S T I

Začínám psát článek a usmívám se nad týden starými vzpomínkami. Vrací mne zpátky do Anglie s rozkvetlými stromy a se záhony plnými květin. V Anglii je jaro.

Vzpomínám, jak to všechno začalo...

### *Přijetí*

V září 1991 vypsalo MZ ČR výběrové řízení pro 5 sester z Čech, Moravy a Slezska, které se mohly zúčastnit studijní stáže ve Velké Británii. Celou akci organizovala a zabezpečovala Rada Evropy z centra ve Strassbourgu [Mr. Scicluna]. Posílám přihlášku s požadovanými informacemi a s nesmírnou radostí brzy dostávám odpověď: do Anglie pojedu!

V zamračeném sobotním poledni 7.3.1992 nasedám v Ruzyni do boeingu spolu se třemi rehabilitačními sestrami a jednou učitelkou ze zdravotní školy.

Za sedmdesát minut přistáváme v Londýně. Pokračujeme do Manchesteru. V tamním hotelu každá z nás nalézá obálku s osobním pozváním Mrs. Betty Kershaw - Principal na nedělní večerní party v jejím domě. [Principal je funkce nejvýše postaveného pracovníka ve zdravotnictví pro určitou oblast]. Spolu s námi přijíždějí manažeři a někteří nejbližší spolupracovníci Mrs. Kershaw. Pomalu nás vtahují do hovoru. Zbavujeme se nervozity z pro nás nezvyklé situace.

Následující den ráno odjíždím se speciálním managerem, pracujícím v tom, co mne nejvíce zajímá, a to je psychoterapie. Fantasticky zajímavá oblast, která mi již řadu let přináší mnoho radosti, uspokojení, ale i pořádného trápení.

### *Tameside*

Pomalu přijíždíme do osmnáct mil vzdáleného Tameside. Cestou se dozvídám, že milión dvě stě tisíc obyvatel Manchesteru má k dispozici 12 psychiatrických nemocnic. Tameside se skládá z budov téměř stoletých, ale i z naprosto nových a velmi moderních oddělení. Psychiatrické patří k těm druhým. Dokončeno bylo před dvěma lety.

Allan mne provádí poschodím, kde jsou pacienti hospitalizováni. 30 lůžek pro muže i ženy, většinou psychotiky. Pokoje maximálně po třech lůžkách, moderně vybavené, s dostatkem soukromí pro každého. Dva jednolůžkové pokoje pro suicidální pacienty. Žádný velký důraz na pořádek - v pokojích se bydlí.

Vidím velice prostornou místnost, kde pacienti sledují televizi, hrají karty, kouří. Ptám se sestry, co dělají během dne ještě jiného. Vysvětluje mi, že pacienti takto relaxují. Do ničeho je nenutí. Mají-li sami zájem, vybírají si z mnoha aktivit v dolním oddělení.

Scházím s Allanem o poschodí níž.

Ocitáme se v Psychiatric Day Hospital, který připomíná naše denní sanatoria. Je to oddělení zcela psychoterapeuticky zaměřené s nesmírně bohatou nabídkou činností. Namátkou vybírám: akvařní, pečení, vaření, práce s dřevem, hlinou, ruční práce, relaxační techniky, debatní kroužky pro mladé lidi, zahradnictví, taneční terapie, rekreační nebo terapeutické kreslení, pohybová terapie, bingo, boj proti úzkosti, dotyková terapie, debatní klub pacientů na prahu stáří, rodinná terapie, psychodrama, speciální debatní skupina pro schizofreniky, přehrávání čtených textů, mnoho skupin zaměřených na problémy s alkoholismem...

Klienty jsou převážně neurotici, část je psychopatů nebo psychotiků. Prohlížím si skvěle vybavenou truhlářskou a hrnčířskou dílnu s výrobky pacientů, které jsou velmi pěkné. Všude na tomto oddělení je spousta speciálních místností pro pacienty nebo zajímavých zákoutí vtipně vytvořených rozestavením nábytku. Na každý den v týdnu od pondělí do pátku je pevně stanovený rozpis aktivit od 9 do 17 hodin. Pacient nemusí docházet denně - může si vybrat ty dny, které mají pro něj atraktivní program. Průměrně tímto oddělením projde 300 pacientů týdně.

### *Pacienti*

Následující den navazují první kontakt s pacienty. Přisedá si ke mně starší milá dáma s cigaretou a rozkresleným obrázkem. Ptá se, odkud jsem. Při slově Praha se rozzáří a vysvětlí mi, že Jugoslávii ona dobře zná, protože přede mnou zde byla z této země pacientka a ta jí často vyprávěla. Nestačím ani odpovědět, pacientka zamačká cigaretu a jde pokračovat ve své kresbě. Cestou se otočí a mává mi. Ostatní pacienti to registrují, ztrácíme vzájemný ostych a dáváme se do debaty, která končí až ve čtvrtek večer. Nejčastěji slyším otázku: "Je to u vás stejně jako v Rumunsku?" Ptají se tak nejen pacienti, ale i sestry.

Odpoledne mne Mary veze sebou na návštěvu pacientů v jejich bytech. Mary je specializovaná sestra pro behaviorální psychoterapii a pro svou odbornost pracuje jako "primary nurse" [viz J. Kříčka: Bohnice 10/91]. Její kontakt s pacienty nekončí jejich propuštěním z nemocnice, navštěvuje je v různých intervalech doma. Při těchto návštěvách působí v mnoha rolích - ty nejdůležitější jsou: psychologická, zdravotnická, manažerská. Znovu si vybavuji Mary, jak je přátelská a vstřícná k pacientovi, jak nesmírně jistě a klidně vede rozhovor, jak jsou pacienti v její přítomnosti volní, svobodní - zkrátka malá kytička pro Carla Rodgerse.

Večer se vracíme na oddělení. Dva pacienti si sedají vedle mne a listují v mém slovníčku. Ptají se na češtinu, zajímá je, jak zní. Zkouší vyslovit "tři sta třicet tři", až se všichni chechtáme, jako bychom se znali odjakživa.

Po návratu do hotelu se cítím nesmírně fyzicky i psychicky unavená.

Druhý den trávím dopoledne se Sheilou na elektrošokové terapii, která je tak odlišná od naší, že se o tom pokusím napsat zvláštní článek později.

Zúčastňuji se "skupinové arteterapie pro radost" vedené výtvarnicí, pak rozmlouvám se speciální sestrou pro léčebnou arteterapii.

Odpoledne mne bere mezi sebe tým, který se specializuje na rodinnou terapii. Hovoří o hlubokém smyslu své práce, o dobrých výsledcích, které mají a slibují poslat videokazetu se záznamem z jednoho sezení.

## Rozloučení

Poslední večer je závěrečná recepcce. Opět se setkáváme s Betty Kershaw a s předními osobnostmi zdravotnického managementu. S velkým zájmem se ptají na naše dojmy, zážitky, nové zkušenosti. Poslední den trávíme s profesorem manchesterské university pro sestry - Mr. C.A.Butterworthem. Ptáme se na podrobnosti v organizaci anglického zdravotnického školství. Jedná se o tzv. Project 2.000, který již v kostce popsal hlavní ošetřovatel J.Křička v časopise Bohnice v číslech 10, 11 a 12/91.

V sobotním ránu, stejně deštivém jako ostatní dny, odlétáme z Manchesteru do Londýna a odtud do Prahy. Již v letadle přemýšlím o další potřebě a způsobu zdokonalování se v angličtině. Všichni nás i vás zvou na další návštěvy Anglie, ale je samozřejmé, že dobrá znalost jazyka je podmínkou.

A tak držím palce a přeji anglické "good luck" všem, kteří ukáží záda každodennosti a vydají se na cestu překážek, velkého úsilí, ale i teplého, uspokojivého pohlazení.

## ČÁST II.

*Motto: "Sestra musí rozumět svým vlastním potřebám a emocím,  
aby byla schopná pomoci druhému."*

*MRS. Hildegard Peplau,  
autorka modelu práce sester.*

Bylo to někdy v polovině mého pobytu v Manchesteru.

Seděly jsme s kolegyní Alenou [učitelkou ve zdravotnické škole v Ostravě] v příjemném hotelovém zákoutí a pozorovaly jsme hotelové hosty, scházející se na taneční zábavu pro zvané.

Pomalou pijíme výborné anglické pivo a vedeme řeči tak, jak se obvykle vedou. Až najednou zbystrují pozornost. Alena vypráví o anketě, kterou uspořádali ve své zdravotnické škole a na odděleních, kde budoucí sestřičky praktikovaly. Vypsali na lístek všechny zdravotnické i nezdravotnické profese, se kterými může pacient během léčby přijít do styku. Pro zákyne i pacienty bylo úkolem sestavit z nich žebříček podle toho, jakou důležitost, vážnost a podíl na úzdравě té které profesi přikládají. Výsledek byl v obou případech pro postavení sestry žalostný. Ocily se až na jednom z posledních míst.

Tiše poslouchám a pomalu si ke mně přisedá smutek. Začínám ho pedezírat, že se dokonce smluvil i s tím stokrát pomluveným deštěm, který s takovou vehemencí buší do oken. Zkrátka ta příjemná a trochu melancholická nálada z počátku večera je ta tam. Uvědomuji si, jak se choulím v křesle a přemýšlím, jak by taková anketa dopadla na našem oddělení. Samozřejmě chci věřit, že by byl výsledek jiný, ale stejně mi leží v hlavě myšlenka, jaká je vlastně úcta k naší profesi nejen ze strany pacientů a lékařů, ale především nás samých?

Mé myšlenky se pomalu ocitají v kruhu a tak je krůček za krůčkem vyvádím na oddělení Psychiatric Day Hospital v Tameside.

S pobavením vzpomínám na svou nejistotu během prvního dne mé studijní návštěvy.

## *Interpersonální vztahy*

Přicházím na oddělení, vidím větší množství lidí, ale nikde žádný personál, žádné uniformy. Teprve po chvíli objevují drobné jmenovky na košilích a svetrech zaměstnanců. Všichni chodí v tom, co je jim příjemné, co jim sluší.

Francouzi prý o Angličanech tvrdí, že nemají vkus a šarm, ale zdější sestřičky jsou dokladem toho, jak se mýlí.

Překvapuje mne, že se tu všichni navzájem oslovují jen křestními jmény. Když si k tomu uvědomím, že angličtina nerozlišuje tykáni a vykání, začnu se trochu bezradně usmívat...

## *Sestry*

A tak jde den za dnem a já si všímám nejen různých terapeutických programů, ale i chování a vystupování sester. Je pravda, že jsem je nikdy neviděla utíkat po oddělení, nikdy jsem je neslyšela hlasitě volat na pacienta nebo na kolegyni. Byly stále usměvavé, příjemné a nesmírně trpělivé. Ale jak to proboha dělají?! Jak to, že na nich není vidět ani trochu únavy z té spousty hodin, které na oddělení stráví?

Přicházejí každý všední den v šest hodin ráno, v poledne mají přestávku na oběd ve výborné nemocniční restauraci a pokračují pak v odpoledním programu až do osmnácti hodin.

Na lůžkovém oddělení je to trochu jiné. Jedná se zde o koedukované oddělení pro 30 pacientů s velice širokým spektrem psychotických i neurotických diagnóz. Věkový průměr si netroufám určit. Vidím tu pacienty jak na prahu dospělosti tak i velice staré, pohybující se jen na vozičku.

Sestry zde pracují v třísměnném provozu. V době mé dopolední návštěvy bylo na oddělení 5 sester a 2 studenti. Noční směnu tvoří 3 sestry. Dozvídam se, že rozpis služeb znají vždy jen na jeden týden dopředu. Vyhovuje to prý nejen jim, ale hlavně vrchní sestře, která tak může pohotově reagovat na nemocnost zaměstnanců a na jiné nečekané potíže. Ve velmi tísnivé situaci má ale i další možnosti. Například může na tuto dobu přijmout novou sestru, aniž by k tomu musela mít souhlas nadřízeného. Platí jí z rozpočtu, který dostává na jeden rok.

## *Platy*

Jednoduše by se dalo uvést, že plat zdejší sestry se pohybuje v rozmezí od 10 do 20 tisíc liber ročně. Ale to myslím pro úplnou informaci nestačí. Angličané si totiž velice váží vzdělání a vzdělaných lidí vůbec. Z toho pak vyplývá i jednoduchá přímá úměrnost mezi vzděláním a výškou platu. Vrchní sestra při jeho určování je vázána jen dolní hranicí, pod kterou nesmí plat stanovit. Ta - stejně jako u nás - závisí na výšce vzdělání a počtu odpracovaných let. Horní hranice platu však není ničím omezena, neexistuje žádný platový strop. Tady se odrazí každé další vzdělání sestry, její schopnosti, samostatnost a spolehlivost. Ale to pořád ještě není všechno.

Sestra s vysokou odborností přestává být jen pouhou vykonavatelkou lékařských ordinací, ale stává se skutečnou spolupracovnicí lékaře. Setkává se s ním dvakrát denně na terapeutických poradách, v případě potřeby i častěji. Její slovo má váhu i při poradách o medikaci, ona také pro pacienta sestavuje terapeutický plán. Je nutné, aby tento plán byl schválen lékařem, ale o jeho zabezpečování se opět stará ona.



Jestliže v průběhu léčení dojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta, lékař i sestra hledají chybu právě v tomto terapeutickém plánu.

Není bez zajímavosti, že se sestry často spolupodílejí i na různých grantech a bohatou publikační činností propagují svou práci.

O nádherné práci primární sestry jsem se již zmiňovala. Stačí si jen uvědomit bohatost a důležitost její činnosti.

### *Kvalifikace*

V podstatě je možné dosáhnout tří stupňů vzdělání. Nejníže si stojí sestra s diplomem výše bakalář a nejvýše sestra s univerzitním vzděláním. Rada z nich pak ale ještě pokračuje dalším soukromým studiem.

Profesní specializace je velice vysoká, ale většinou i velmi úzká. Preferuje se týmová práce, kde má každý přesně určené své pole působnosti. Např. v rámci psychoterapie zde působí speciální sestra pro arteterapii, jiná pro práci s lidmi závislými na drogách nebo alkoholu, další se zabývá pohybovou terapií, další přípravou stravy a stolování, jiná speciální sestra pečuje o pacienty po elektrošoku atd.

Samozřejmě mi můžete namítnout, že naše sestry umí totéž, a já budu okamžitě souhlasit. Rozdíl je ale v tom, že v Anglii dělá sestra jen to, na co se specializuje. Obávám se, že naše sestra provádí tyto speciální terapeutické aktivity tehdy, zbyde-li jí čas mezi všemi ostatními povinnostmi a úkoly, které musí během své služby stihnout.

Ale teď už se pomalu dostávám ke kouzlům a čarám, víře a nevíře, možnostem a nemožnostem - zkratka k medikaci.

### *Medikace*

I v této oblasti jsou v Anglii určité odlišnosti od praxe u nás. Lékař stanovuje určité skupiny léků - např. hypnotika nebo anxiolytika - pouze v rozpětí minimální a maximální dávky pro den a na uvážení sestry pak záleží, jak vysokou dávku tohoto rozmezí podá. Vychází se z předpokladu, že sestra s pacientem tráví nejvíce času a je tedy nejlépe informována o jeho momentálním stavu. Samostatně smí ordinovat léky na bolest hlavy, nachlazení a střevní potíže.

Neurotici a psychopaté jsou z nemocnice propouštěni zcela bez léků. Je zastáván názor, že u těchto skupin pacientů léky zpomalují uzdravu. Snižují totiž intenzitu jejich obtíží, takže sami nemají snahu něco na své situaci měnit.

Ptám se, zda se často stává, že by si tito pacienti léky kupovali sami. Sestra Mary se směje a zamítavě vrtí hlavou. V Anglii jsou totiž všechny tyto léky jen na předpis lékaře. O to důležitější je tedy práce primární sestry s těmito pacienty po propuštění.

### *Realita?*

Pomalou se vracím zpátky k začátku mého dnešního zamyšlení.

Jak myslíte, že by ostravská anketa dopadla v nemocnici v Tameside v Manchesteru? Jak vysoko v žebříčku docenění si asi stojí tamnější sestry a hlavně proč? Co můžeme my samy udělat pro to, abychom alespoň o pomyslný stupínek postoupily nejen v očích pacientů a lékařů, ale hlavně v těch našich vlastních?

## PSYCHIATRIC EDUCATION - DISCUSSION

Cyril Höschl

When reading a thorough presentation of professor Cooper, I was twice surprised. First, I found the American system very similar to Czechoslovak one and easy comparable. Second, I found the American system very different and hardly comparable. Let me briefly comment both surprises.

I am afraid that psychiatry as a medical branch shared the same fate all over the world. It used to be the very last among medical disciplines and only very slowly became appreciated as their full-fledged partner. This process is not finished here as yet.

Czech psychiatric education is also organized at the undergraduate medical school level, the postgraduate level and in continuing education. However, all facilities conducting up to now psychiatric education, are exclusively state-owned institutions. Their funding is very limited both in amount and in number of sources. The reform of funding is actually under way. No university in CSFR has its own hospital, i.e. all hospitals are affiliated regardless their misleading attribute "faculty". There are great problems among hospitals and universities concerning the budget, because hospitals are paid from the ministry of health while schools from the ministry of education. As in States, also here it is extremely difficult to find a cut-point between them in their participation.

### Undergraduate Education

In contrast to U.S., medical education here starts earlier, includes basic sciences, does not require college grade and lasts six years. In spite of it, the goals of a medical student curriculum in psychiatry are similar: a) understanding of the basis of mental disorders, b) of human development, c) of theoretical background, d) to diagnose major mental disorders, e) to suggest relevant treatment, f) to interest some students in entering psychiatry etc. Also here, psychiatry is an integral part of the core curriculum of the medical school and students must pass their psychiatry courses in order to graduate. Video tape demonstrations are largely used as well. However students groups are larger, between ten and twenty students, what is caused by staff capacity etc. Quite different in comparison to U.S. seems to be the organization of courses, their content and relationships among teachers, students and patients. I personally appreciate incredible time span appointed for psychiatry in U.S. Our students are extremely busy so that even in our medical school which has a psychiatrist as a dean, there is no possibility to add hours for psychiatry.

### Postgraduate training

Postgraduate education was not organized in CSFR as a residency, but as a specialization in two grades: first grade taking 2.5 year including 3 months internship in surgery and 3 months in internal medicine, and second grade requiring additional 3 years. The training and the examination were organized as an external education by Postgraduate Institute. Each grade was conditioned

by both oral examination and interviewing a patient with consequent case analysis including therapeutic plan.

Child psychiatry, geriatrics, sexuology, alcoholology etc. have an extra specialization requiring at least first grade in psychiatry or related discipline as a basis.

### C.M.E.

Continuous medical education is organized on a more or less voluntary basis by Postgraduate Institute and by various medical societies.

In our country, Universities only recently obtained the right to participate in postgraduate education. In other words, the whole structure of psychiatric education here is changing now, particularly on the postgraduate level.

As I am responsible for undergraduate training at a medical school, my attention was up to now focused mainly on medical students. On the first graph you can see the time devoted to psychology and psychiatry (first three columns of numbers), the number of students per one psychiatrist and the number of students per ten available psychiatric beds in all czechoslovak medical schools during the undergraduate curriculum. (See also tab.1)

Tab.1

Výuka psychologie a psychiatrie na všech lékařských fakultách v ČSFR ve šk.r. 1991/1992

|                    | Psychologie | Psychiatrie | Celkem | N=psychiatrů |      | L=lůžek |      | Poznámka                |
|--------------------|-------------|-------------|--------|--------------|------|---------|------|-------------------------|
|                    | Σh          | Σh          | Σh     | n            | s/n  | l       | s/l  |                         |
| 1.LF UK            | 120         | 75          | 195    | ┌10          | 48   | 221     | 2.17 | Volitelné +30 psychol.  |
| └stomatologie      | 30          | 30          | 60     |              |      |         |      |                         |
| 2.LF UK            | 60          | 75          | 135    | 4            | 37   | 50      | 2.96 | ,                       |
| 3.LF UK            | 60          | 90          | 150    | 2.93         | 49   | 50      | 2.87 | Nepovinné neurovědy +90 |
| LF UK Hradec Král. | 30          | 105         | 135    | 6            | 33   | 64      | 3.09 |                         |
| LF UK Plzeň        | 30          | 105         | 135    | ┌3.2         | 44   | 84      | 1.69 |                         |
| └stomatologie      | -           | 30          | 30     |              |      |         |      |                         |
| LF MU Brno         | 32          | 70          | 102    | 10           | 30   | 130     | 2.31 |                         |
| LF UP Olomouc      | 60          | 105         | 165    | 7            | 38   | 90      | 2.93 |                         |
| LF UK Bratislava   | 18          | 70          | 88     | 9            | 38   | 104     | 3.31 |                         |
| LF UK Martin       | 30          | 90          | 120    | 3            | 45   | 56      | 2.39 |                         |
| LF UPJŠ Košice     | 30          | 105         | 135    | ┌4           | 43   | 81      | 2.10 |                         |
| └stomatologie      | -           | 29          | 29     |              |      |         |      |                         |
| Průměr             | 38          | 75          | 113    | 5.9          | 40.5 | 93      | 2.58 |                         |

s=počet studentů

As regards differences, I asked my close friends Dr. Libiger and Dr. Alda (who graduated at Charles University, worked there and now live and work as psychiatrists in North America for couple of years) to compare briefly both systems of education in psychiatry. Let me quote from their summaries. Dr. Libiger writes:

In comparison to elementary and high school education that became an object of bitter criticism because of its assumed lack of efficiency, the higher education in the U.S. is considered to be fairly good. Its typical aspect is a diversity of means to reach an educational goal, that is rigorously tested by standardized measures of quality.

Medical Schools usually offer four year programs in medicine, but, reportedly, there are also programs lasting 6 years, that are intended for applicants with shorter college education and perhaps even for students who completed only high school. These will be probably rather exceptional. Most Medical Schools require the applicants to have completed college courses in Chemistry, Biology and Physics, often also in English and/or Mathematics.

The extent of required courses is defined in the admission policy of each Medical School but in general, they should provide the applicant with a college level of knowledge and skill (they include laboratory work) necessary for passing successfully Medical College Admission Test and for further medical studies. Medical College Admission Test is a standard test given twice a year at most Universities and Colleges under the auspices of Association of American Medical Colleges, that guarantees its relevance and quality. In addition to a high score on this test (different "cut offs" at various Medical Schools according to their quality), further requirements may include letters of recommendation, applicant's essay or an interview with an applicant. The program consists of fairly standard curriculum with some elective subjects each year. Every department provides laboratory or practical training, workshops, lectures and "recitations", that are required as prerequisites for passing the course, although attendance at lectures is not supervised and students are treated as responsible adults. Regular lectures are provided in basic science subjects, this means during initial two years. Each department provides Syllabus of the course at its beginning and recommends books to read. Students can read at least outlines of lectures and workshops well in advance. There are no compulsory text books in clinical courses, although some text books are considered as prerequisites for mastering the subject (Harrison for Internal Medicine, Friedman, Kaplan's Synopsis for Psychiatry). Clinical courses in second half of the program consist mainly of clinical clerkships in medicine, surgery, pediatrics, gynecology/obstetrics and psychiatry/neurology in the affiliated hospital. There are several affiliated hospitals and students take rotations in disciplines. During the clerkship they are assigned to wards and divisions of a department at the affiliated hospital and work they are exposed to clinical responsibilities of a physician in a team including an internist, a resident and an attending physician. Attending physician (attendant) provides individual supervision and some instruction. He is also responsible for a very

thorough individual evaluation of students at the end of the course. The evaluation of student's clerkship performance is a very detailed and careful listing of his strengths and weaknesses concerning not only professional knowledge and technical skills but also his personal and social characteristics, behaviour to patients, degree of interest and motivation etc. All these are evaluated in a verbal description of his performance as well as in a formatted numeric notation. There are no clerkships in smaller clinical disciplines like ophthalmology, urology, ears/nose/throat, or others. During the last year students can choose elective disciplines either from these "marginal" specialties, or in a subspecialty of internal medicine or surgery (e.g., cardiology, urology). The examinations at the end of each course are usually multiple choice tests and practical examinations. These are rarely complemented by oral examinations.

Some departments, especially in basic sciences, require students to take National Board Examinations in the particular subject. The contents of other than NBE examinations are determined by the Department and may reflect its orientation and preferences. After completing the curriculum and finishing all prescribed examinations the students become M.D.'s. If they want to practice medicine, they have to be licensed in the state in which they will practice. This requires to take a standardized set of multiple choice examinations covering the whole field of medicine: either National Board (of Medical Examiners) Examinations I and II or FLEX (Federal Licensing Examination). Some states (Louisiana and Texas, I think) do not accept NBE as sufficient for licensing a physician and require FLEX (some consider it to be a little easier because it can be done by foreign medical graduates, whereas NBE requires studying at US Medical School; the success cut off points are assumed to be higher in native English speaking population by some.) Many U.S. students take their NBE examinations in three parts in the course of their curriculum to minimize the time gap between the period of acquiring the information and the examination. The examinations are quite detailed, contain sets of questions with changing rules for correct responses and require good concentration. The students who are well trained in the technique of multiple choice tests are better off, because of quicker orientation and efficient sequencing of tasks. The tests cannot be successfully completed by guessing only; there are corrections compensating for proper answers attributed to guesswork. The tests are supposed to eliminate subjective factors on part of an examiner and equalize the conditions for success on part of a student.

Some students in the US behave in a manner similar to our students, they concentrate on the examination in a period immediately preceding it and fail to study systematically throughout the year, but at prestigious Medical Schools competitiveness prevails. If a student has "honor" grades and he is enrolled in Honor Society, than he is more likely to get a residency position according to his preference and his application for future position will be supported by letter of recommendation by the Dean of his Medical School. The strength of multiple choice tests is in their ability to cover a wide range of knowledge considered important by most authorities in the field and provide even chances

to prove the mastery of multifaceted and updated body of medical knowledge. The tests are designed to allow testing of problem solving tasks - there are hierarchies of questions that test the way you approach a problem. The latest versions of advanced tests offer interactive testing, there are no correct answers, you get points according to the merits of your choices in models closely resembling real decision making in clinical medicine. Nevertheless, I think there is some rigidity in the testing procedure that may lead to preference of rather straightforward and potentially simplified thinking. I see the weakness of testing procedures in the predominantly passive role they assign to students and also perhaps in the elimination of verbal-non factual and non verbal aspects of their ability to grasp and solve problems. These can be sometimes modeled in student's interaction with an examiner at an oral examination. If all the examiners are people of impeccable professional erudition and good human qualities, than, compared to the oral examinations, the tests would probably let fail a few more "false negatives" who have hard time dealing with their vacillation in a passive intellectual situation. The adage "knowledge is not everything" can be sometimes true. Nevertheless, as things usually stand, the tests are probably fairly objective in comparison to exclusively oral examinations.

The existence of a nationwide standard measure of qualification is undoubtedly a guarantee of some kind of baseline quality and does not allow the lazy, inerudite but shrewd individuals to penetrate professional ranks. On the other hand, it may suppress the positive effects of personal interaction between teachers and students, if not accompanied by well developed clerkship programs with good attending teachers.

The emphasis is usually on acquiring recent and practically useful knowledge. Students are not taught as much the traditional text-book core of knowledge in a package with local theoretical preferences but the latest state of knowledge as reflected in recent publications in international journals. The fact that the journals have the same language as students and teachers helps. American students are motivated by assignments of readings from the latest professional literature in leading professional journals, they are encouraged to participate at all staff and faculty meetings, workshops and lectures. Their education is not limited to a series of lectures reproducing the contents of a standard textbook but it links with the continuing education for other professionals. This may lead to gaps in core knowledge and lack of general overview but helps them to have a better orientation in current issues and practical know-how.

On the whole I think the medical education here does not suffer so much from the influence of teachers whose research erudition dwindled and whose knowledge is obsolete, partly because the influence of a teacher's personality on students is smaller than in Europe, for good or worse.

On the other hand, I believe that at least some of the core knowledge necessary for the appreciation of new theoretical fads and for independent judgement is scarce. This knowledge is usually imparted by senior highly qualified teachers with extensive cli-

nical experience at opportunities like clinical case presentations.

As for the question if the American students are better than ours: I do not know. I do not know that many. At some Medical Schools, they probably are, at some they are not. Some of them may be, others may not. They have a lot of self confidence, they are more ready to question, probe and show their knowledge even if it is shallow. Perhaps they have even a little more ambition. Sometimes I think they tend to be satisfied with a pragmatic, simple and quick solutions in instances which demand a more thoughtful and individual insight requiring approach.

\*

Dr. Alda writes:

The main difference (in psychiatry) appears to be the attitude to let students here do more actual clinical work. Compared with Charles University, they also spend more time in psychiatry both in terms of the course duration and actual working hours every day. They have 2 courses - 1 in their third year for 4 weeks and another 6 weeks during their fourth (that is the last) year. In the third year they are expected to assess patients under supervision, dictate their findings, participate in team meetings, interviews with relatives etc. In their fourth year they take care of about 2 - 4 patients and doctors (residents, staff) supervise them, sign orders etc. The students are expected to assume the basic care (daily visits, interactions with other parts involved - community, social services, consultants, outpatient follow-up etc.). This is, of course, the ideal version.

Students also often have seminars and lectures so they are not always available. During these 10 weeks they also work in an emergency room, in total about 8 - 10 times, I guess. They usually stay till 10 PM, examine patients psychiatrically and physically, do admissions, but they are directly supervised. Formal teaching (lectures, seminars) is, I think, less thorough than in Czechoslovakia. The level of theoretical knowledge of psychopathology is also lower here (which applies to practice of psychiatry in general).

The bottom line: The students in Canada are more assertive, they can also mask better a lack of knowledge. They learn more practical skills (in psychiatry), and have more time to do so. I do not think that specialization is a major issue in medicine - most courses are compulsory, there are very few electives. Overall the number of courses is probably lower - I am not sure whether they have sports medicine, forensic medicine and things like that.

I can conclude, that the more pragmatic orientation of the curriculum, greater participation in a clinical work and more complex and standardized examination is what should be done here including extension of psychiatric courses. However, we should not forget our different tradition, different intellectual environment and different financial, personal and material possibilities. We should also preserve the best features of classical Central-European scholarship.

Vybrali jsme z revue LOGOS č.1 :

Blahoslav Janeš

## DUCHOVNÍ LÉČITELSTVÍ NA FILIPÍNÁCH

Jsme v místnosti obložené dřevem, v čele police se svatými obrázky, kříž, zasklený obraz podivného symbolu s orlem uprostřed - znak kongregace duchovních léčitelů, k nimž pan Jun Labo náleží. Jednoduchý, bíle potažený stůl, na němž provádí své zákroky. V přilehlém salonku pestrá společnost, Němci, Japonci, rodina s ochrnutým dítětem ze Saudské Arábie.

Je to fascinující podívaná na rychle se pohybující ruce léčitelovy. Po několika pohybech se objeví krev, ruka vyjímá z břišní krajiny jakési části tkáně tmavé krevní sraženiny, též z krku, z nosu i z jiných částí těla.

Zručný famulus očisťuje pacienty, odebírá mistrovi části tkáně vyňaté z těla a vyměňuje potah na pracovním stole. Mistrovi? Možná říci mistrovi, jeho pacienti z více kontinentů jej za takového pokládají. Operace následují jedna za druhou v intervalech několika minut, denně operuje půl až tři čtvrti hodiny.

Sebevědomý, vzhledný Filipinec mladistvého vzezření Jun Labo je svými pacienty pokládán za muže číslo 1 v tomto oboru na Filipínách. Léčil i nejvyšší osobnosti z vládních kruhů. Za svoji práci nepobírá honoráře, od zahraničních pacientů vybírá pouze dobrovolné příspěvky na další výstavbu léčebného střediska Nagaya Inn, ve kterém je též sídlo instituce pro metafyzický výzkum. Je obchodně zdatný a náleží k zámožným mužům ve městě. Jun Labo je příkladem léčitele provádějícího tzv. krvavé operace. Další léčitel tohoto druhu Benjamin Pajarillo, biskup Christian Spiritist Church of the Philippines, provedl takovou operaci též na pisateli těchto řádků. Stalo se to v domácí kapli léčitelky Arsenie de la Cruz rovněž v Baguio City. Jeho postup je odlišný, probíhá daleko pomaleji, s větší soustředěností a vyznačuje se větším duchovním nábojem. Pan Benjamin Pajarillo je vysoce charismatickou osobností a jeho kongregace či církev je velice silná: čítá údajně 80.000 osob. Pokládá se za prostředníka Ducha Svátého, který skrze něho léčí. Běžnější a méně spektakulární formou jsou tzv. operace psychické. mnohé z nich jsou neméně zajímavé, ač se při nich neobjevuje krev, jako například u této.

Cesta do městečka San José v severovýchodní části ostrova Luzonu vede z Baguio City přes Manilu, kde se připojují naši filipínští přátelé a trvá 10 hodin, po špatných, zčásti prašných silnicích.

Ve velmi staré bambusové kolové stavbě bydlí a pracuje prastarý muž, který je jedním z představitelů filipínské spirituality a který vede zdejší kongregaci léčitelů. Léčitel Isidro provádí pod jeho dozorem psychickou operaci mladého muže: je také přítomna pacientova žena, která též asistuje a jeho synek. Léčitel přitlačuje oběma rukama vždy dva listky bílého papíru na pupeční krajinu pacienta, provádí jimi jakousi masáž, potom je přitlačil k sobě, jakoby do nich pojímal cosi neviditelného, co vytlačil z těla, a oba papírky předá pacientově ženě. Ta je vloží do sklenice s čistou vodou. Tento postup se opakuje několikrát, až je ve sklenici řada papírků. Vidíme je jeden vedle druhého jasně před



sebou, bílé v průhledné vodě ve sklenici. V průběhu 2 až 3 minut, možná méně, začne se před našima očima objevovat mezi papírky tmavší hmota barvy krevní sedliny, a s ní jakási bělavá tkáň. Po vynětí z tekutiny ji fotografujeme. V tekutině se též objevilo několik kaminků a jakýsi obroušený kousek skla. Pacient sedí celou dobu nehnutě v křesle se sklopeným opěradlem, ihned po zákroku léčitele pociťuje silnou úlevu, děkuje a s rodinou odchází.

Diagnosa v našem smyslu provedena nebyla. Naše filipinská přítelkyně, paní Jean, sama též členka kongregace, vysvětlila, že léčitel pracuje podle pokynů starého pána a teprve po jeho svolení provádí operaci. Vidí sídlo či ohnisko choroby, vidí i nečistoty uložené ve fyzickém i v éterickém těle, a svojí psychickou silou provádí jejich odhmotnění resp. telekinesi a v papírcích je ukládá do vody, kde se opět materializují.

U "psychických" operací dochází zhusta k materializaci anorganických látek, do kterých se transformují nečistoty přítomné v těle. Dle vyprávění jde někdy o případy podobné přínosům při spiritistických seancích, objevují se i kovové předměty, dokonce peníze, jindy opět kaménky identifikované jako močové či žlučové kameny.

Nejméně spektakulární formu psychické operace bez materializací provádí např. léčitelka Arsenia de la Cruz, dcera slavného léčitele Eleuteria Tertre, jenž byl nestorem léčitelů v oblasti Baguio City. Paní Arsenia pracuje ve svém domě na okraji města, její pracovna je současně kaplí uvedeně cirkve. Na její boční straně je velký obraz znázorňující sestoupení Ducha Svátého, a zvětšená fotografie jejího otce. V čele je lůžko, zařízení podobné jako u Juna Lobo, v rohu velký obraz Srdce Ježíšova. Po úvodní modlitbě a pokřížování pacienta provádí léčitelka nejprve celkové ošetření magnetismem svých rukou, a do chorých orgánů, které jsou jí viditelné, promítá prsty, mírně vtlačeny do pacientova těla, náboj duchovní energie.

Paní Arsenia má úspěch zejména u chronických chorob a pracuje často i mimo Filipíny na dlouhodobých turné. Při operaci provedené B. Pajarillim spolupracovala jako jeho asistentka.

K této operaci ještě vyličení osobního zážitku:

Byl jsem první v řadě pacientů a nebylo nám předem známo, zda operace bude "krvavá" nebo pouze psychická. Cítil jsem, jak ruce operátora promačkávají pupeční krajinu, načež mne prostoupila jakási zvenčí přicházející síla, tělo ztrnulo a bylo na tento zdroj síly jakoby napojeno. Prsty operátorky jsem pociťoval v hloubce těla, je to pocit zcela odlišný od pocitu, když se pokouším napodobit sám pohyby operátora. Pociťoval jsem, že operátor vynakládá velkou sílu, vyzýval též mne, abych se modlil a podporoval jej. Pocity při operaci jsou vzdáleně srovnatelné s operací při lokálním umrtvení, kdy pociťujeme, že do organismu něco zasahuje, ale naše čidla nejsou schopna tyto zásahy vnímat. Po provedení operace u mne nastal stav silné vyčerpanosti a tep mi poklesl na 50/min.

Stanovisko oficiálního filipinského lékařství k činnosti léčitelů je v zásadě negativní. Když se jejich mluvčí a autor řady publikací J. Licauco obrátil na Filipinský lékařský svaz otevřeným dopisem se žádostí o zdůvodnění negativního stanoviska a dotazoval se, zda je mohou doložit klinickými zkouškami, nedostal odpověď. Svaz prohlašuje, že jde o triky a neuznává činnost léčitelů jako terapii. Rovněž filipinská vláda rozpoutala kolem roku 1970

kampaň proti léčitelům a pouze na osobní zásah prezidenta Markose se dopad těchto opatření zmírnil.

Názor na podstatu lidového léčitelství není jednotný ani u léčitelů samotných. Např. paní Arsenia de la Cruz zpochybňuje pravost krvavých operací tvrzením, že léčitelé, kterým dochází duchovní síla k provádění operací, si pomáhají triky a tím docilují u pacientů stejný subjektivní psychický účinek.

Přes tyto negativní hlasy počet filipínských i zahraničních lékařů, přesvědčených o pravosti a účinnosti psychické chirurgie a psychického léčení vůbec stále vzrůstá a s nimi vzrůstá i počet tuzemských i zahraničních pacientů.

Vysvětlení uvedených léčebných účinků je mimo rámec školské medicíny. Hypoteticky spočívá v působení pozitivní duchovní síly na fyzické i éterické tělo člověka. Tato síla, aktivovaná mediálními schopnostmi léčitele a jeho modlitbou vyvolává dematerializaci povrchu těla a tím vytvoření průchodu, kterým je možno vyjmout z těla části tkáně, cysty, novotvary a zřejmě též negativní mentální sedimenty uložené v těle éterickém, které jsou touto silou materializovány do formy krevních sraženin a v této formě vyjímány z hmotného těla. Je totiž nepravděpodobné, že takovéto hematomy jsou přítomny v těle již před operací. Podle fotografie byla pisateli těchto řádků vyňata z pupeční krajiny sraženina, která před operací v tomto místě nemohla existovat a vzhledem k pomalé rychlosti krevní srážlivosti nemohla při operaci vzniknout. Kromě tmavých krevních sraženin objevuje se i nesražená žilní krev, zřejmě prýstící z cév protknuté kůže a břišní stěny. Tato duchovní energie má též schopnost oddělovat od sebe různorodé části organismu, např. vyjmout zub z jeho lůžka v dásni nebo polyp z nosního otvoru. Její další vlastností je sterilita v průběhu zákroku.

Podle vyjádření léčitelů nenastává uzavření tkáně automaticky, když duchovní energie léčitele přestane působit, nýbrž je k tomu potřeba naopak údajně silný impuls, aby se odhmotnělá tkáň v místě fisury opět zhmotnila, a tím se obnovil stav před operací bez jakékoliv stopy zajištění. Z této pracovní hypotézy plyne, že výskyt krve a jiných hmot vyňatých z těla je druhořadého významu: základním cílem operace je vyjmout nežádoucí substance z hmotného těla, resp. odvést a rozpustit škodliviny z těla éterického. Není rozhodující zda jsou tyto látky po operaci viditelné či nikoliv. Toto pojetí zastává přední léčitelka z Baguio City, zmíněná paní Arsenia de la Cruz, a proto též sama "krvavé" operace neprovádí.

Dle její zkušenosti má totiž léčitel pouze určitý fond energie a není vhodné, aby touto energií příliš plynul a odčerpával ji při otevírání a zavírání fisur na lidském těle. Výskyt krve je pouze spektakulárním úkazem, který podporuje viru pacienta v provedení a účinnosti operace. O povaze síly, která při operaci působí, vládnu různorodé názory. Podle pojetí německého nukleárního fyzika Dr. Steltera nastává materialisace a dematerialisace tak, že hmota se transformuje do nového v hmotném světě neexistujícího skupenství - plasmu- a to obojím směrem. Podle druhé teorie, kterou zastává švýcarský lékař Dr. Negeli živá hmota skupenství nemění, nýbrž sama přechází z trojdimensionální úrovně do úrovně vicedimensionální a naopak. V obou případech jde o působení duchovní či myšlenkové energie na hmotu. Tato energie může také na čas zrušit vzájemnou přitažlivost mezi buňkami, aniž by při tom docházelo k poškození buněčných stěn. Tím je možno

vysvětlit, že se rány zavřou beze stop, když tato energie přestane působit.

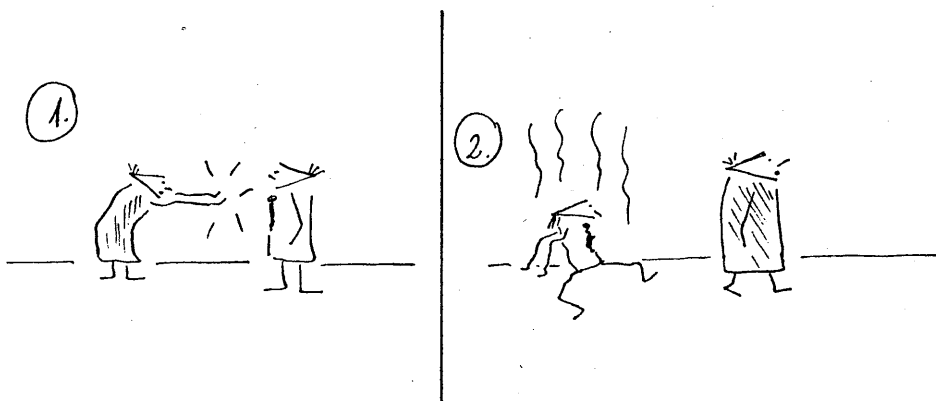
Zmíněná energie vychází ze dvou míst léčitelovy ruky.: ze středu dlaně a z prostředníku. Původ této síly zřejmě není v osobnosti léčitele, nýbrž ve vysoké transcendentní sféře, která je zdrojem všech - dle lidského pojetí pozitivních - hodnot a která se pokládá za emanaci tvůrčí prapříčiny jsoucna.

Filipinské lidové léčitelství nám otevírá tedy dva horizonty: pohled na duchovní základy světa a života a od toho odvozený pohled na lékařství jakožto medicínu holistickou, která léčí především příčiny chorob a nikoliv jejich projevy či symptomy. Již proto je tato kulturní tradice hodná úcty a zájmu člověka naší epochy.

(zkráceno)

---

SVĚŘTE SE LIDOVÝM LÉČITELŮM !!!



ZBAVÍ VÁS PŘEBYTEČNÉ ENERGIE...

J.

## Filipínské lidové léčitelství, jak jsem jej sám poznal

Pavel Gregor

V únoru 1990 jsem měl možnost přednášet na 11.Světovém kardiologickém kongresu, který se konal ve filipínské Manile. Tato země, tvořená 7000 ostrovy a ostrůvky (větší část z nich je neobydlených), je pozoruhodná v mnoha směrech. Evropana musí "chytit za srdce" krása přírody s neobvyklou tropickou květenou, příjemné klima i zvláštní atmosféra měst a městeček nesrovnatelná s jiným regionem, než jihovýchodní Asii. Můj pohyb po této zvláštní zemi byl omezen jednak vytižeností na kongresu samotném, jednak možnostmi finančními. Léčení přírodních krás ani bohaté poznatky z této prestižní kardiologické akce však nebudou předmětem mého sdělení (posledně uvedené bylo již publikováno v našem odborném tisku).

Již před svým odletem na Filipíny jsem byl rozhodnut získat vlastní zkušenosti s tradičním filipínským lidovým léčitelstvím. Ne snad proto, že bych se o tuto oblast předtím nějak zvlášť zajímal, ale spíše pro všeobecnou proslulost filipínského lidového léčitelství a jeho "fantastické" výsledky, líčené v laickém tisku. Jak známo, k tomuto léčitelství se uchylují často i nejvýznamnější osobnosti současného světa a dále pak lidé, pro něž představuje poslední naději, kterou údajně - dle nejrůznějších článků v nemedicínských časopisech - málokdy zklame. Vyzbrojen několika články, pojednávajícími o zázračných schopnostech filipínských lidových léčitelů a zhlédnutím jedné videokazety, jsem byl rozhodnut docílit přijetí u některé z místních kapacit v tomto oboru. To se mi skutečně podařilo. Spojil jsem se s p.Guitiersem v Cubau, který údajně patří mezi 3 nejvýznamnější odborníky v Manile. Vysvětlil jsem mu důvod svého pobytu v Manile, dále pak svůj zájem o medicínskou stránku filipínského léčitelství a požádal jsem ho o možnost zúčastnit se jeho léčení. K mé velké radosti mi vyhověl.

Léčení probíhalo v domě "healera" na okraji Manily. Když jsem k němu kolem 9.hodiny ranní dorazil, v čekárně již bylo větší množství lidí (převážně evropských a amerických pacientů). Celou proceduru jsem pak mohl sledovat z bezprostřední blízkosti a hlavní aktér nic nenamítal ani proti mému fotografování.

Vlastní procedura probíhala v místnosti přiléhající k čekárně, která byla prostě a jednoduše vybavena. Uprostřed ní bylo lůžko pro nemocného, kromě léčitele, pacienta a mne byla v místnosti pouze jeho pomocnice. Lůžko bylo povlečeno běžným bílým prostěradlem bez jakéhokoli sterilního náčini.

Prvním pacientem, kterého jsem viděl, byl mladý Francouz. Bez zevrubnější anamnézy započal healer s léčením. Zpočátku přikládal dlaně na břicho nemocného a různými částmi ruky se dotýkal jeho pokožky. Po několika minutách soustředil pohyby rukou na oblast nad pupkem. Pak došlo k něčemu, co si dodnes nedokáži vysvětlit. Jedna jeho ruka až po zápěstí jakoby celá zmizela v břiše a z okolí "rány" začala vytékat červeně zbarvená tekutina. Barvou připomínala krev, avšak nesrážela se a čas od času jí asistentka léčitele stírala čistým ručníkem. Manipulace rukou "v břiše" trvala několik minut a celý "výkon" jsem sledoval doslova ze vzdálenosti několika centimetrů, neboť jsem se z různých stran snažil co nejvíce se "ráně" přiblížit a vidět - i přes určitou nespokojenost léčitele - z bezprostřední blízkosti všechny detaily. Léčitel měl košili s krátkými rukávy, možnost, jak by se uvedená červená tekutina do rány dostala zvenčí, jsem nenalezl. Po několika minutách healer ruku z "břicha" vytáhl i s jakýmsi "zakrvaveným" předmětem, který odhodil do připravené nádoby.

Okamžitě jsem se k nádobě vrhl, abych si tento předmět podrobněji prohlédl, asistentka s ní však bleskurychle odešla pryč. Celý zákrok byl ukončen otřením kůže od zbytku červené tekutiny.

Po jeho skončení jsem si ihned pečlivě z bezprostřední blízkosti prohlédl celou krajinu, kde se popsaný zákrok odehrával a zahrnul jsem řadou otázek i pacienta, naštěstí velmi kooperativního (u některých jiných nemocných jsem však občas neuspěl, neboť odmítli moji přítomnost při výkonu zřejmě z obavy, aby nebyl jeho výsledek nepříznivě ovlivněn nebo se mnou odmítli vůbec do větších podrobností komunikovat). Na kůži nebyla ani stopa po jizvě nebo jakémkoli jiném narušení integrity kůže. Při podrobnějším zkoumání kůže břicha v místě zákroku bylo patrné její zčervenání přibližně velikosti pěsti - asi tak, jak se to stane při delším tření kůže nebo tlaku na ni.

Francouzský pacient si sem přijel léčit žaludeční vřed. Pacient po výkonu nic zvláštního nepocítoval, ani samotný zákrok v něm nevyvolával žádné zvláštní pocity, ličil mi jen lehké brnění v oblasti břicha.

Kromě uvedeného nemocného jsem viděl i řadu dalších, ale nic podstatně odlišného od výše popsaného průběhu jsem neviděl. Výrazné subjektivní zlepšení popisovala nemocná z Barmy, která pravidelně k léčiteli dojíždí pro bolesti dolních končetin (nešlo však o bolesti cévního původu, jak jsem si orientačně vyšetřil, ale spíše vertebrogenní nebo neuralgické). Léčba spočívala v přikládání rukou (zvl. jejich ulnárních hran) na různá místa dolních končetin. Tato paní mi ličila, jak po tomto zákroku přestanou bolesti a výrazně se zlepší chůze. Efekt prý vydrží 1-2 měsíce, pak musí "léčebnou kúru" znovu absolvovat.

Samozřejmě, jsem o přestávkách zahrnul řadou otázek i samotného léčitele. Nemá prakticky žádné anatomické znalosti, což je však všeobecně známo. Léčí všechny choroby, jeho úspěšnost je asi 95%. Neví, co přesně při zákroku provádí ani jaký orgán nebo útvar z břicha odstraňuje, řídí se pouze jakýmsi instinktem. Velmi zvláštní bylo, že údajně za léčbu žádné peníze nebere (to však nemohu, samozřejmě, posoudit, chudé vybavení jeho domu a prastarý automobil na dvoře by tomu však odpovídaly).

Celkový dojem z celé mé návštěvy u léčitele byl velmi rozporuplný a spíše negativní. Nejméně příznivě na mne působila jím proklamovaná schopnost léčit všechna onemocnění a drtivou většinu z nich vyléčit. Nedovedu si představit povahu provedených zákroků. Naproti tomu si vůbec nedokáži vysvětlit, kam zmizí ruka, vyvíjející zpočátku tlak na břicho (její "vmáčknutí" pouze do břišní stěny ve výše popsaném případě téměř nepřicházelo v úvahu - šlo o výrazně astenického člověka s jen nepatrnou tukovou vrstvou na břiše), odkud se vezme ona zmíněná červená tekutina i předmět, který "z břicha" vytáhne. Na druhé straně v podobných rozpacích jsem byl i na běžné kouzelnické produkci v Praze, kterou jsem před časem navštívil se svými dětmi. Nedokázal jsem si vysvětlit, odkud se berou králicí v kouzelníkové klobouku, ani jak je možné, že žena, uzamčená do kouzelnické skříňky, která byla skrz naskrz na mnohá místa chem. probodnuta dlouhým mečem, vyšla posléze ze skříňky živá a zdravá. Nechtěl bych v žádném případě obě "produkce" takto srovnávat a vynášet definitivní soudy. To by bylo jistě hrubé, vulgarizující a především pro to nemám dostatek podkladů. Nevím, jaký byl další osud nemocných, zda u některých z nich nedošlo opravdu k příznivému ovlivnění nálezů (např. rentgenových a dalších), viděl jsem při práci jen jediného léčitele. Výsledný dojem z toho, čeho jsem se účastnil, však byl jednoznačně takový, že bych rozhodně všem nemocným spíše doporučil návštěvu lékaře.

## HLEDÁNÍ ÚTOČIŠTĚ

Podle recenze Johna A. Talbotta na knihy: Rael Jean Isaac a Virginia C. Armat: *Madness in the Streets - How Psychiatry and the Law Abandoned the Mentally Ill* - a Ann Branden Johnson: *Out of Bedlam - The Truth About Deinstitutionalization* - připravil Cyril Höschl:

Když Alexis Ficks Welsh, bývalá "Rockette at Radio City Music Hall", venčila v podvečer v sobotu posledního června na tiché newyorské ulici svého psa, byla přepadena mužem třímajícím veliký nůž. Než stačili okoljojdoucí zareagovat na její výkřik, byla smrtelně probodena více než 12x. Jejím vrahem byl Kevin McKiever, mladý bezdomovec s anamnézou psychiatrických epizod. Podle očitých svědků byl útok spontánní, neočekávaný a brutální.

Incident dal znovu zaznít ambivalenci, kterou mnozí newyorčané a obyvatelé jiných velkých měst Severní Ameriky cítí k celonárodně rostoucímu počtu duševně nemocných bezdomovců. Autobusové zastávky a stanice metra, veřejné knihovny a dokonce i ty nejlepší třídy jsou stále více zaplněny zuboženými, často zanedbanými jedinci, kteří vykřikují nebo si mumlají pro sebe, či slovně obtěžují kolemjdoucí. Setkání s těmito jedinci může být tím nepřijemnější, čím je trvalejší a přímější. Liberálnější obyvatelé se snaží sami sebe přesvědčit, že duševně nemocní nepředstavují veřejné nebezpečí, ale vrah Welshové ozřejmil strach, který mnozí ve skrytu chovají a to vedlo mnohé k tomu, aby si znovu položili otázku, v kterém bodě obecné bezpečí převáží práva duševně nemocných bezdomovců.

Současně tento incident sloužil opět k nastolení problému tragického stavu systému národní péče o duševní zdraví. Rostoucí počet duševně nemocných bezdomovců je částečně vedlejším produktem snahy státních vlád posledních tří desetiletí odlidnit státní psychiatrické nemocnice a zpřísnit kritéria pro přijetí a léčbu nových pacientů. Současně tyto státy nevytvořily odpovídající komunitní léčebné služby či ubytování pro lidi, kteří by jinak mohli být opečováni starým systémem. S těmito změnami se zodpovědnost za léčbu duševně nemocných přesunula na nedostatečně financované a nedostatečně personálně zajištěné služby v oblasti duševního zdraví, které jsou neschopny přijímat další pacienty. V důsledku toho duševně nemocní často nekonečně pendlují mezi stanicemi první pomoci, místními nemocnicemi, útulky pro bezdomovce, věznicemi a ulicí. A tak mnoho postižených duševní nemocí, anebo mnoho těch, kdož jsou stíženi duševní nemocí, nedostávají odpovídající léčbu a to dokonce ani tehdy, když ji vyhledávají. Lékařská dokumentace ukazuje, že McKiever - nadaný student před tím, než byl diagnostikován jako schizofrenik - byl několikrát hospitalizován pro svou poruchu, ale zjevně se mu nikdy nedostalo dlouhodobé péče.

Když při hledání příčin tohoto hanebného stavu věci přijde na lámání chleba, vina je připisována podle postojů toho kterého experta. Hlasy svobodomyšlné pravice trvají na tom, že bezdomovci si zvolili svůj osud sami, že jsou příliš líní, než aby mohli pracovat a že jenom okrádají ostatní o sociální výhody. Následovníci svobodomyšlného psychiatra Thomase Szasze z: Upstate Medical Centre v Syrakusách v New Yorku jsou si jisti, že schizofrenie je důsledkem jakési jankovitosti či schválnosti a naučeného chování spíše než organických činitelů a trvají na tom, že duševní nemoc

není nic jiného než mýtus šířený hlavním proudem psychiatrů. Hlasy z levice přisívají vinu nedostatku poskytovaného ubytování a drakonickému úsilí Reaganovy administrativy vyřadit ze seznamu sociálně neschopných každého, kdo se dá. Mnozí z levice, kteří jsou přesvědčeni o primárně sociální podmíněnosti duševních nemocí, argumentují také tím, že psychiatrie příliš prodávála účinnost medikamentózní léčby. A ti členové rodin a kliniky, kteří zkoušejí nalézt restriktivnější léčbu pro své příbuzné a pacienty, jsou přesvědčeni, že chyba je v právnících, prosazujících příliš ochrannářsky občanské svobody.

A když mají určenu příčinu, legislativci a zdravotničtí profesionálové pak hledají jednoduchá řešení k nápravě jednoduchého problému z jejich hlediska. Vše, co je třeba, je trh psychiatrických zdravotnických služeb, který je nezávislý na státním vlivu, popř. laciné ubytování, anebo liberálnější definice duševní nemoci, nebo zrušení medikace, nebo nová legislativa, která umožní nedobrovolnou léčbu. Situace je ovšem daleko složitější, než aby umožňovala jednoduchá řešení; nicméně problém je naprosto jasně předestřen v uvedených dvou knihách: *Madness in the Streets - How Psychiatry and the Law Abandoned the Mentally Ill - a Out of Bedlam - The Truth About Deinstitutionalization*. Obě knihy podrobně popisují postupné propouštění pacientů ze státních léčeben a neschopnost vybudovat dokonalý systém komunitní péče pro duševně nemocné. Zdravotničtí odborníci a politici zde patrně nenajdou nic, co by nebylo známo a diskutováno během 35 let deinstitutionalizace. Ale autoři nepiší pro odborníky. Piší pro laiky. A v tomto přístupu je právě kouzlo věci: kromě duševně nemocných samotných je to právě veřejnost, která zakouší nejbezprostředněji selhání deinstitutionalizace. A je to opět veřejnost, která zároveň podporuje deinstitutionalizaci díky svému přístupu k psychiatrii, škrtkům v rozpočtech a občanským svobodám. A konečně je to veřejnost, která musí pochopit a vypořádat se s problémy duševních nemocí dřív, než bude moct být současná situace účinně napravena.

Od doby první veřejné nemocnice, otevřené ve Williamsburgu ve Virginii v r. 1773, se odpovědnost za léčbu duševně nemocných v této zemi (rozmějí v USA) přesouvala od lokálních ke státním a k federálním zástitám, aby se nyní vrátila zase zpět. V prvních dnech kolonizace se nechali duševně nemocní toulat krajem nebo, jestliže byli příliš rušiví v životě společnosti, byli nasměrováni do zemských dílen, domů pro chudé a pro žebráky, kde sdíleli kotce s tuláky, neřády a s chudými. Tato zařízení nikdy nebyla uzpůsobena k uspokojení potřeb nemocných a životní podmínky zde byly stěží terapeutické. Zastánci duševně nemocných vedení Dorothem Dixem v r. 1840 konečně přesvědčili státní vládu, aby vybudovala útočiště pro těžce duševně nemocné, které pro příští století pak sloužilo primárně k poskytování léčby. Ačkoli státní zařízení si vedla lépe než zemská, poskytující bezpečný ráj duševně nemocným v období psychózy, bylo v polovině 20. století jasné, že péče a podmínky poskytované zde jsou stále ještě nikoli ideální. V r. 1948 novinář Albert Deutsch popsál ve svém exposé o státních útočištích (*The Shame of the States, Hanba států*) scény, které byly srovnatelné s horory z nacistických koncentračních táborů: stovky nahých psychiatrických pacientů nacpaných do obrovských stodolovitých zaviněných chodeb, a to ve všech stupních deteriorace, bez péče a bez léčby, zbavení každé slupky lidské slušnosti, mnozí ve stadiu polostrádání. Ve stejném roce zfilmovaná verze románu Mary Jane Wardové z r. 1946 "*The Snake Pit*" (Hadí sluje) zpřístupnila tyto strašné podmínky širšímu publiku. Na konci de-

kády, četné organizace - zejména National Mental Health Project - založené těmi, kdož odmítali vojenskou službu z důvodů svědomí a pracovali pak jako dobrovolníci ve státních nemocnicích během druhé světové války, volali po institucionální reformě. Rok 1955 znamenal obrat. Po dvou stoletích stálého růstu počet národních státních psychiatrických nemocnic dosáhl čísla téměř 560.000. Od té doby poklesl prudce na méně než 100.000. Zpočátku zde byly dva důvody pro dramatický pokles. Jeden filosofický a jeden terapeutický. Ten první se jmenoval komunitní duševní zdraví a obrazel rostoucí víru, že bylo lépe léčit duševně nemocné v prostředí blíz kým jejich rodinám, zaměstnáním a komunit. Zároveň byly vyvinuty nové léky, zejména chlorpromazin, které poprvé mohly zvládnout halucinace, bludy a jiné příznaky psychoz a učinit tak pobyt mnoha těžce postižených pacientů mimo léčebenské uspořádání možným. Hnacím motorem hnutí za nemocniční odliďnění (které se až do doby téměř dvaceti let poté, co začalo, ne nazývalo deinstitutionalizací) byly dva jiné faktory. Jeden legální, druhý ekonomický. S poukazem na podřadnou léčbu duševně nemocných ve státních zařízeních jali se zastánci lidských práv chránit práva pacientů odmítnout léčbu a omezit okolnosti, za kterých může být jedinec nedobrovolně internován. Tyto iniciativy vyvolaly mezi státními a zdravotnickými úředníky strach ze soudních sporů a ze zodpovědnosti a pomohly urychlit propuštění pacientů. Ekonomické argumenty byly zrovna tak, ne-li více, přesvědčivé. Na počátku šedesátých let federální vláda zřídila a rozšířila blaho medicare a medicaid (a v r. 1974 i social security) také na duševně nemocné, avšak jenom na ty, kteří nejsou ve státních nemocnicích. Státní aparát se tak chopil šance ušetřit peníze: vyhnáním pacientů z nemocnic hrazených státem do komunitních uspořádání - v mnoha případech včetně pečovatelských domů - mohlo být finanční břemeno přesunuto na federální vládu.

První vlna nemocných propuštěných do komunit dopadla relativně a zdánlivě dobře. Mnozí trpěli jenom nekomplikovanými poruchami, patřili ke spolupracujícím rodinám a byli vystaveni institucionálnímu prostředí jenom na krátkou dobu. Avšak jak roky běžely, nemocnice vyprazdňovaly zadní chodby, ve kterých přetrvávali nejhluběji narušení pacienti a selhání dobré myšlenky se stalo zjevným. Zařízení komunitní péče o duševně nemocné, v jehož uskutečnění legislativci a oficiální činitelé doufali, nikdy nevzniklo. Nemocní, kteří byli desetiletí institucionalizováni, byli propuštěni do ošumělých příbytků nebo dobročinných hotelů, ze kterých často okamžitě uprchli, někdy na ulici. To, co se stalo známým jako deinstitutionalizace, bylo ve skutečnosti transinstitutionalizací, neboť duševně nemocní se pohybovali od nemocnic do pečovatelských domů a chráněných příbytků a byli ponecháni, aby si sami vyšlapali své cestičky nepřiměřenými a nedostatečnými sociálními službami.

Na těchto základních faktech se mnozí pozorovatelé shodnou. Isaac a Armat a Johnson, podobně jako mnozí experti, se však liší v interpretaci a vysvětlení těchto faktů a v pokusu nastínit příčiny. Ve své velmi dobře dokumentované studii Isaac a Armat (sociolog a novinář) přesvědčivě dokazují, že diskuse o bryndě, v jaké se ocitli duševně nemocní bezdomovci, klade příliš velký důraz na slovo bezdomovec a nedostatečný důraz na duševně nemocný. Ochranné organizace jako je American Civil Liberties Union (ACLU) se tradičně domnívají, že kořeny tuláctví spočívají v nedostatku a v redukci poskytovaného ubytování. Ačkoli postoj advokátů občanských svobod je vesměs opravdový, nebere v úvahu medi-



cinské potřeby velké části bezdomovců, kteří jsou duševně neschopni starat se o sebe a kteří tak nemohou těžit z ubytování ani tehdy, kdyby se jim poskytl zadarmo. ACLU a Mental Health Law Project problém ještě znásobily podle Isaaka a Armata tím, že do extrému vyhnaly právo bezprizorných, těžce nemocných pacientů odmítnout léčbu. Podle autorů "důležité zásady našeho právního systému byly zvráceny v zachování práva duševně nemocného na sebezničení".

Krátce řečeno, duševně nemocní se stali obětmi politiků. Ale ne kdejakých politiků, říkají Isaak a Armat: "Jejich zcestná politika je výsledkem především hnutí a myšlenek politické levice, která používá duševně nemocných jako nástroje svého boje proti americké kultuře middle classu". Isaak a Armat mají zvláště na mysli protikulturu šedesátých let, která přijala víru, že duševní nemoce nejsou nic jiného, než nálepky, které hlavní proud společnosti přilepil na výstředníky. Tato myšlenka podle nich živila víru některých lidí v psychiatrických kruzích, že jediná nemoc, kterou nemocniční chovanci trpí, je institucionalismus a že jednou propuštění ze zajetí útulku pacienti znovu začnou žít normální zdravé životy. Jak se však ukázalo, psychózy se samozřejmě nedají léčit změnou adresy; mnozí také byli hospitalizováni příliš dlouho, aby se mohli adaptovat na neřízený vnější svět. Zbytek neměl přístup ke komunitním programům, které by jim pomohly tento prerozdělit.

Není však jasné, jakému účelu toto kárání nyní slouží. Tón Isaaka a Armata se stává misty nepříjemně kousavým, jakoby "radikální levice položila základy destrukce sociálního řádu středních vrstev ...města by se stala neřídiltelná, neboť by si nemohla dále uchovávat normy chování na veřejných místech". To se zdá přemrštěné. Právní a sociální filosofie skrývající se na pozadí deinstitutionalizace mohou být sice zakotveny v ideologii levice, ale právníci a vykonavatelé, kteří je přivítali a dali jim průchod, kteří v nich viděli příležitost ušetřit peníze, reprezentovali celé politické spektrum. Toho si Isaak a Armat sice také všimají, ale jejich uznání se vyskytuje krátce pouze v úvodu a v závěru knihy. Gros knihy je věnováno vypíchnutí liberálního individualismu a radikálního egalitářství. Isaak a Armat napsali zajímavou zprávu o politizaci duševních nemocí. Naneštěstí výsledný produkt, jak se zdá, trpí toutéž chorobou.

Naproti tomu kniha Ann Braden Johnsonové "Out of Bedlam" představuje kliničtější, více na pacienta zaměřený pohled. (Bedlam znamená jednak zastarale blázeň a jednak v přenesném slova smyslu chaos, zmatek, vřava). Johnsonová bývala klinickou sociální pracovníci během minulých dvou desetiletí a nyní je vedoucí služeb v oblasti duševního zdraví pro ženy v newyorské Riker s Island věznicí. Ze svého výhodného postavení ve frontové linii předkládá úplný a dokonale popis systému duševního zdraví, jak se rozvinul a kde (a zda vůbec), je veden.

Podobně jako Isaak a Armat, i Johnsonová se snaží objasnit mýty, které vedly k oddělení státních nemocnic, mezi nimi především představu, že duševní nemoce samy o sobě jsou mýtem. Ovšem Johnsonová je k této víře méně kritická než Isaak a Armat. Píše, že "impuls ke změně byl založen na solidním důkazu a souhrnu výsoce tvořivého myšlení" (což je názor, dodává John A. Talbott, který většina odborníků nesdílí, neboť se shodují na tom, že hnutí za komunitní systém začalo v r. 1955 bez jakéhokoli vědeckého podkladu pro superioritu komunitní léčby těžce a chronicky dušev-

ně nemocných). Podle Johnsonové státní nemocnice příliš často sloužily prostě jako odkladiště pro nežádoucí a pro lidi, jejichž problémy byly špatně pochopeny. Nakonec selhání deinstitutionalizace bylo výsledkem ne nějaké ideologie, ale špatně zaměřeného úsilí "zastrčit bývalé psychiatrické pacienty do neexistujících komunitních působišť a poskytnout jim nedostačující služby".

Johnsonová se ovšem pouští ještě do dalších témat. Rozvádí detailně, např. že deinstitutionalizace nebyla peníze šetřícím rizikem, jak se očekávalo, prostě proto, že břemeno se přesunulo ze státních pokladnic do jiných veřejně založených agentur. V tomto bodě by mnozí odborníci souhlasili. Autorka však také uvádí, že psychiatrické léky, které se zdály tak slibnými v 50. letech, jsou nadužívány, což je v rozporu s názorem většiny vědců a pozorovatelů, včetně Isaaka a Armata, že účinnost těchto látek byla prokázána. Podle autorky největším selháním léků je, že mnozí duševně nemocní mají k jejich užívání odpor pro strach z návyku a z možných vedlejších účinků, zejména v behaviorální oblasti. Autorčina zmínka o návyku je novinkou a není podložena žádným vědeckým důkazem, avšak na druhé straně každý, kdo léčí duševně nemocné, si je vědom, jak zneschopňující mohou být vedlejší účinky. Naneštěstí toto je málo známo ekonomům, zákonodárcům a legislativcům, jejichž hlavní soustředění se netýká vhodné léčby duševně nemocných, ale finančních škrtů, filosofických principů nebo, jak Isaak a Armat říkají, "enforcement of community standards of public civility".

Bez ohledu na rozdily se tyto dvě knihy shodnou v základním bodu: deinstitutionalizace selhala ne proto, že by její koncepce byla v zásadě špatná, ale proto, že byla špatně plánována a vykonána, což znamená jinými slovy neplánovaná a vlastně nenaplněná. Nemocnice propustily své pacienty proto, že to bylo ekonomicky a politicky pro ně výhodné. Častěji filosofie sloužila jako symbolická omluva. V 70. letech zdravotničtí byrokrati a federální politici učinili několik pokusů zavést komunitní bydlení, sociální podporu a léčebné služby. Ale v té době to bylo příliš málo a příliš pozdě.

Před několika lety jsem byl interviewován váženým novinářem, který tvořil televizní seriál o žalostném stavu psychiatrického zdravotního systému v městě New York. Novinář rychle přešel k věci: "Poté, co jsme ukázali bezdomovce na ulicích jak jedí z popelnice a mumlají si pro sebe, tak bych Vás teď poprosil, abyste obvinil guvernéra". "To všechno ale není jeho vina", řekl jsem, "dobrá, tak obviňte starostu", "ale to také není všechno jeho vina", řekl jsem, "dobrá, tak prostě obviňte kohokoli za tuhleto strašnou situaci".

Kdyby to bylo jen tak jednoduché! Tady je obviňování až až, ale chyby vznikly častěji z naivity, než ze zlomyslnosti. Žádná jednoduchá inovace, iniciativa, léčba nebo zákon nemohou postihnout tu plejádu problémů zodpovědných za současnou krizi v péči o duševní zdraví. Pouze mnohočetné úsilí může být úspěšné.

Pro začátek musí být pro duševně nemocné zřízena a dostupná komplexní sestava služeb. Tyto služby by měly poskytovat psychiatrické vyšetření, léčbu, péči a rehabilitaci. Dále medikaci, krizovou intervenci, vzdělávací programy, poradenství, programy, které vyučují dovednosti nezbytné ke každodennímu životu a agentury, které pomáhají ambulantním pacientům nalézt přístřeší a žádat o účast v jednotlivých programech. A navíc pro těch několik pacientů, kteří by vůči moderním metodám léčby a rehabilitace by-

li resistantní, by měla být dostupná dlouhodobá útočiště.

Zrovna tak důležité je, aby různé společnosti (psychiatrické, sociální, edukativní, ubytovací) a jejich finanční zdroje byly kooperovány. Konečným cílem by měl být skutečně integrovaný systém péče, spíše než volná síť služeb: systém koordinovaný jedním, nejlépe státním subjektem, který by zajišťoval komunikaci mezi společnostmi a mnohými úrovněmi administrativy. Nadace Roberta Wood Johnsona z Princetownu nedávno zahájila program, aby vyzkoušela možnost vytvoření takových systémů ve velkých městech. Šedesát největších municipalit v zemi bylo vyzváno, aby poslaly své návrhy, které by mohly vytvořit klinickou, administrativní a finanční zodpovědnost za duševně nemocné. Před třemi lety bylo osm nejslibnějších návrhů odměněno sto milióny dolarů v podobě grantů podporujících jejich plány. Tak, jak se léčba stává stále komplexnější a dostupnější, musí být vytvořen mechanismus zajišťující, že služby jsou skutečně dostupné pro ty (a používané těmi), kdož jsou duševně nemocní a žijí v komunitě. Svým způsobem takový mechanismus by mohl zajišťovat, že každý ambulantní pacient by měl legálního dohlizitele, ať již člena rodiny, nebo sociální pracovníci, kdo by mohl o pacienta pečovat tam, kde on toho není schopen. Zároveň musí být sníženy legální překážky k nedobrovolné hospitalizaci. Jenom několik států má právo, které umožňuje rodinným příslušníkům anebo pacientovým právníkům přístup k okamžité léčbě pro jejich příbuzné anebo dozor pro ty, jejichž duševní nemoc se zhoršila, či jejichž podmínky se staly neúnosnými. Tím se znovu vyvažuje blaho rodiny a široké společnosti. Neudělejme chybu: nedobrovolná hospitalizace není náhradou komplexní péče. Samozřejmě, jedním z důvodů proč právní ochranné organizace jsou tak protektivní k právům pacienta odmítnout léčbu je, že léčba dostupná pro duševně nemocné je politováníhodně nedostatečná. Majíce toto na mysli, udělaly by snad tyto organizace lépe, kdyby zaměřily své úsilí na větší dostupnost slušné péče pro své klienty.

Z dlouhodobého hlediska však bude krize rozřešena jedině tehdy, až různé formy duševních nemocí budou vymýceny a k tomuto cíli musí být zaměřeno úsilí objevit biologické příčiny těchto nemocí. Toto úsilí musí být zintenzivněno. A navíc, výzkum psychiatrických služeb a politiky musí být rozšířen k dosažení realističtějšího pochopení, které léčby a metody jsou pro toho kterého jedince a v jakém uspořádání optimální. A konečně, neměly by být pominuty ani zájmy daňových poplatníků bez ohledu na to, jak vrtkavé nebo protikladné mohou být: Americká veřejnost chce, aby duševně nemocní byli léčeni jak komplexně, tak levněji, chtějí je mít zároveň z dohledu a přitom ne v nemocnicích. Chtějí jim zachovat svobodu a sebeurčení za předpokladu, že to nepostihne jejich bydliště. Žádného z těchto cílů nemůže však být dosaženo, aniž by veřejnost do nich chtěla investovat. Daňové peníze cestou Národního Ústavu Zdraví, peníze na výzkum AIDS, rakoviny a srdečních poruch jsou v přepočtu na jednoho pacienta stokrát vyšší než prostředky přidělované nyní obětem schizofrenie. Jestliže si veřejnost opravdu dělá starosti s šílenstvím na ulicích, musí dát toto své stanovisko jasně najevo.

# STÁŘÍ A RODINA

Jiří Michálek

Souhrn: Patří stáří do rodiny, tzn. je její nedílnou součástí a v jakém smyslu, nebo patří spíše do domova pro přestárlé, do péče lékařů a sociálních pracovníků? Všichni jsme potenciálně nebo fakticky staří, ale přitom většinou nepřipraveni na stáří a se stálou snahou být, nebo se alespoň zdát, mladými. Co také nabídnout šedesátníkům, kteří právě odešli do penze, jimž se děti vyvdaly a oženily, od kterých už nikdo nic pořádného nechce a nečeká, jež už nikdo nebere docela vážně, kteří zůstali sami s perspektivou nemoci, bolesti, s perspektivou, že se všechno nenávratně chýlí ke konci? Má takový život ještě smysl?

Myslí si to ti, kteří tvrdí, že přišla chvíle odpočinku, zábavy a pocitu dobře vykonané práce?

Otázkou je, co je to stáří, a kdy začíná? Odkud víme, že ještě nejsme, nebo už jsme, staří? Ti, kteří se obracejí se svojí otázkou do zvířecí či rostlinné říše, nacházejí jen stará bezmocná zvířata a trouchnivější stromy.

Chceme zde určit lidské stáří z jeho možností. Jaké má stáří možnosti, resp. co je bytostným určením stáří? Čím může být stáří pro sebe a pro druhé s ohledem na lidskou individuální historii? Naším hlavním vodítkem je Sofokleův Oidipús. Hodně se hovořilo o oidipovské podobě našeho mládí, my bychom rádi obrátili pozornost k možnosti oidipovského vyústění lidského bytí, tzn. k bytostné možnosti stanout takřikajíc na Kolónu. Oidipús na Kolónu viděl slepýma očima to, co bystré oko mladého vladaře nikdy nespátřilo. Oidipús "nejen" pravdu viděl, on jí rovněž dostál, odolal ve své zdánlivé bezmoci vyčerpaného starce všemu přemlouvání a nátlaku. Ukázal, že stáří může být ručitelem pravdy na tomto světě. Žádnou větší vážnost a vyšší možnost nemohlo stáří obdržet. Řečené nás staví přinejmenším před dvě otázky: Jak souvisí takové určení stáří s rodinou? A jak se to má s pravdou? K první otázce připomínáme, že na Kolónos přivedla slepého Oidipa láska dcery Antigony, a že pokušiteli byli oba jeho synové. K druhé otázce podotýkáme, že pravda ve smyslu ALÉTHEIA, jak ji původně chápali Řekové, znamená odkrývání a to znamená přemáhání

skrytosti. Jenomže toto "přemáhání skrytosti", které v sobě vždy nese násilí, vedlo mladého Oidipa k tomu, že se domníval mít pravdu. A to ho přivedlo k zaslepenosti. To je ona zaslepenost, kterou pozorujeme dodnes u všech těch, kteří se domnívají být majiteli a tím také určovateli pravdy. Fysicky oslepený Oidipús prohlédl svou pošetilost. Cesta jeho dalšího života končící na Kolónu je pak spojena s mírností a pevností, nikoliv se silou a násilím, nýbrž s odolností a vytrvalostí, jež jsou spojeny se zdrženlivostí; tak uchoval Oidipús pravdu svého života, dostál tomu, co mu bylo osudem uděleno. Pokora a mírnost slepého starce na jedné straně a jeho pevnost a odolnost na straně druhé, dosvědčují jinou možnost jak rozumět pravdě. Domáhání se pravdy násilím, vynucování si pravdy násilným odkrýváním a její prosazování vůči druhým, to je situace mladého Oidipa a všech, kdo ho následují. Odtud pak vede cesta k pravdě jako správnosti výpovědi /adaequatio/, dějinná cesta metafysiky končící vědotechnikou.

---

Obracíme se nyní k našemu vlastnímu tematu - rodině a stáří. Pokud jde o rodinu, držím se charakteristiky, kterou známe z Aristotelovy Etiky Nikomachovy. Domnívám se totiž, že přes historické proměny dobře vystihuje podstatné. Základem rodiny je přirozený "přátelský" svazek mezi mužem a ženou /FILIA KATA FYSIN/<sup>1)</sup>. A to, že člověk je přirozeně /FYSEI/ určen pro život ve dvojicích, které plodí děti /SYNDYAZEIN = spojovat se po dvou/, činí z rodiny svým způsobem něco podstatnějšího, závažnějšího, než život v ostatních vztazích /např. politických ve smyslu řecké POLIS/.

Tento názor je společný Aristotelovi i pozdnímu Platónovi, který, jak dobře víme, se zpočátku pokusil myslet plození dětí, jejich výchovu a formu vztahu mezi mužem a ženou, podřízené zájmům ideální obce. A právě nikdo menší než Platón, řekl první a nejzávažnější slovo ke vztahu stáří a rodiny. XI. kapitola 11. knihy jeho Zákonnů<sup>2)</sup> začíná slovy: Nestarat se, nepečovat

---

<sup>1)</sup> Aristotelés: Etika Nikomachova 1162 a 16

<sup>2)</sup> Platón: NOMOI 930E

o rodiče by nikomu nikdy neradil žádný bůh ani rozumný člověk. A pak přichází záhadné zdůvodnění, které vyžaduje výkladu: Bohy uctíváme dvojím způsobem - jedny vidíme, a tak je uctíváme, u druhých pak uctíváme jejich AGALMATA, HIDRYMATA, což se běžně překládá jako obrazy či sochy. Nicméně to znamená něco závažnějšího, hlubšího, než pouhý obraz. TO AGALMA znamená klenot, ozdobu, okrasu, a pak také sochu nebo obraz boha, jako "předměty" uctívání. Podobně TO HIDRYMA je původně něco zakořeněného, zasazeného, založeného, stanovaného, např. chrám a pak také obraz či socha boha. Tedy mohli bycho snad zhruba říci, že AGALMA, resp. HIDRYMA, je taková posvátná věc, která je prostředníkem mezi lidmi a bohy. Platón dále říká: Uctíváme tato AGALMATA ačkoliv nejsou živá, nemají duši. Kdo ale má ve svém domě takové poklady jako je otec, matka nebo jejich otcové a matky zemřelé stáří, má doma /tzn. v rodině/ takové živoucí obrazy /prostředníky/ bohů, AGALMATA EMPSYCHA, nad něž není, neboť jsou pro rodinu posvátnou ochranou, jsou-li správně uctívány. A jako příklad nesprávného chování k rodičům uvádí hned na prvním místě vztah Polyneikův a Eteoklův k Oidipovi a jeho následnou kletbu, kterou nad nimi vyřkl na Kolónu. Synové nerespektovali pravdu, která se odhalila v životě a životem Oidipovým. Platón uzavírá tento passus prohlášením, že pro dobré lidi, tzn. pro rodinné blaho, jsou pravým pokladem PROGONOI GÉRAIOI, ZÓTNES MECHRI TÓN ESCHATÓN TU BIU, staří předkové žijící až po nejzazší meze života. Tento závěr vyplývá z předchozího, neboť staří předkové jsou živoucími prostředníky /"obrazy"/ bohů a mohou nám tak být v daleko větší míře prospěšní, než pouhá AGALMATA APSYCHA, neoduševnělé, neživé obrazy. Záhadou je ona blízkost rodičů a předků vůbec k bohům.

Kdo je to bůh, THEOS v Platónově myšlení? Jaký je rozdíl mezi lidmi a bohy v Platónově filosofii? Tento rozdíl je nám dobře znám, neboť hraje hlavní roli při určení toho, co je Platónovi filosofie. Bůh je SOFOS, moudrý, kdežto člověk může být nanejvýš FILOSOFOS, milující moudrost. SOFOS, moudrý pak je ten, kdo má přístup k pravdě, ne k nějaké jednotlivé pravdě týkající se jsoucen, nýbrž k pravdě celkové, týkající se bytí jsoucího vůbec, to znamená toho, na základě čeho, rozumíme všemu

jednotlivému. Něčeho takového nemůže podle Platóna člověk nikdy dosáhnout, neboť on je pouze na cestě za moudrostí, za pravdou. Živoucí předkové mají blízko k bohům právě proto, že mají blízko k tomu, co je SOFON, moudré, a to znamená k pravdě. Jak mohou mít PROGONOI GÉRAIOI blízko k pravdě?

Předkové jsou ti, kterým se na cestě života něco odhalilo, oni ukazují na sobě svým potomkům to, co by jim jinak zůstalo nutně skryté. Opakem ALÉTHEIA je LÉTHĚ, zapomenutí, zakrytost. Platón neopomíná zdůraznit jak velké neštěstí potkalo ty, jímž rodičové zemřeli záhy. Vidíme tedy, že rodičové a předkové vůbec jsou prostředníky pravdy, a protože nám prostředkují cestu k pravdě, je pro nás nejlepší, žijí-li s námi až po nejzazší meze života. Tím se nám ukázalo bytostné určení stáří, jakožto stání v pravdě, v novém světle. Stáří, které nedostojí svému bytostnému určení, hrozí nebezpečí, že zničí sebe i rodinu jako Oidipův antipod Kreón, který, když dohnal syna i manželku svou zpupností k sebevraždě, žadoní, na konci Sofokleovvy Antigony, o smrt.

Závěrem bych rád řekl, že ti, kteří ve svých terapeutických pokusech nevezmou na vědomí fundamentální úvahy, mohou sice docela dobře nalézt techniky jimiž starce uklidní a rodinu udrží jako fungující stroj, nicméně je pochybné zůstanou-li právi lidské FYSIS a nestanou-li se pouhými potomky dávné zpupnosti věřící v majetnictví pravdy a oddávající se pak bezbřehé manipulaci.

O autorovi.

Jiří M i c h á l e k (nar.1941) je odborným asistentem katedry filosofie přírodních věd na Přírodovědecké fakultě Karlovy University v Praze. Jako žák profesora Patočky musel v roce 1977 opustit universitu. Pracoval nejprve v továrně, později na oddělení dětské psychiatrie. Na universitu se znovu mohl vrátit až po listopadu 1989.

---

Jedná se o upravený text přednesený původně na 2. symposiu o rodinné terapii v Teplicích v prosinci 1984. Tento text navazuje na stať Stáří uveřejněnou ve sborníku Hostina /ed. Václav Havel, Toronto 1989/.

## NEPROSLOVENÝ PROSLOV

Ježto jsem svého času, těsně před svým slavnostním jmenováním docentem, byl nečekaně požádán o proslov, a ježto jsem nevěděl, zda se něco podobného během mé destidenní nepřítomnosti v souvislosti se slavnostním převzetím profesorských dekretů neupeklo znovu, popřemýšlel jsem si o takové jakkoliv zcela nepravděpodobné možnosti za své dlouhé zpáteční noční jízdy autobusem z Amsterdamu. Představovalo to jakousi duchovní přípravu na toto naplnění odkazu svého otce.

A ježto to, co dnešního dne v staroslavné aule Carolina zaznělo, nepřekročilo duchovně a intelektuálně rámec obligátního předtištěného textu z let totality, rozhodl jsem se své přátele seznámit s některými tématy, kolem nichž by se bývalo moje veřejné zamyšlení pohybovalo.

A je to tak správné: stejně se obracejí pouze k Vám; u přítomného auditoria by asi vyvolala podobné rozpaky jako mé vystoupení předchozí. *Regnum enim nostrum non est ex hoc mundo.*

11. března L.P. 1992

Sidonius

*(R. Huber)*

Co je to 'profesor'? Dle vnějších kritérií je to někdo, kdo je roztržitý a potrhlý. Tato přirozeně pociťovaná 'trhlost' souvisí s tím, že učenec obývá svůj vlastní svět - svět, který povstal z jeho poznání. Profesora však odlišuje od cvoka to, že tento jeho svět není založen na 'paranoia' - mimoběžném a nezávislém prostoru myšlení, nýbrž na 'metanoia' - myšlení zodpovídajícímu se (: 'zpovídajícímu' se; metanoia je NZ výraz pro 'pokání') obracejícímu se zpět ke svým východiskům (v hovorové řečtině byla metanoia dodatečným rozmyšlením se, tedy něco jako 'Treppenweisheit') vědomým, zodpovědným zohledňujícím reflektujícím (*meta-noein = to be con-scient, con-scientia = [s]vědomí*). Či ještě lépe: profesorova 'utržená oblast' je založena na 'pro-noia' - prozřetelnosti, tedy zření, názoru, vědoucím náhledu a průhledu: u profesora se předpokládá schopnost 'vidět skrz' (cf. též: *dianoia*) - *to the bottom of things*. Proto není profesor pouhým spolu-vyznavačem - *con-fessore*m, nýbrž *pro-fessore*m - přednášečem, schopným před-nášet, ve smyslu svědčit, sdělovat, zjevovat, podávat, předávat - 'trádat' (cf. *trans-dare, traditio*) - nikoliv však jen přes hranice pokolení (jako *docens* - učící), ale skrze hranice světů: přenášet zkušenost 'z poza' obzoru společného světa, jenž odtud může čerpat jako z otevřené studnice možností, a zároveň vychovatelem, *educatore*m=vy-vaděčem, schopným dávat vyvstávat a zrát schopnostem nadaných studentů - usilovačů (cf. *studeo*) do tohoto jím otevřeného prostoru vstoupit.

Co je to tento odtržený svět - epistemologický prostor jinakosti, obohacující náš svět společný, jinakosti, do níž musíme být za hranice našeho společného světa za-svěceni? Někdo to nazývá nauka - soustava vědění, jiný teorie - způsob hledění, či paradigma - vzor určitého typu poznání. My to zde raději nazvěme tradičním označením škola. Profesor je ten, kdo vytvořil školu. Slovo 'škola' vzniklo z řeč-



kého *scholé* - prázdeň, *leisure*, *spatium temporis*, než se stalo v upadlé podobě pravým opakem prázdnin. Naším posláním je tento původní význam 'školy' obnovit. Nesmí to být soubor předpisů, dogmat, zásad a postupů, na které by její představitelé a zástupci - *docenti*-vyučující, asistentni-pomáhající a *discipuli*-učedníci museli přísahat. Škola, kterou hledáme, je především prostor a prostor pro prostor. 'Prostor' totiž znamená svobodu - rozprostírající se pole volnosti. Meze a pravidla jsou jen jednou stránkou jeho specifické 'geometrie': nemají být principem omezení, nýbrž principem spolehlivosti a určitosti. Nejsou nařízeny nýbrž nabídnuty. Přirozený, skutečný prostor má pravý časový rozměr: je tvůrčí, proměňuje sebe sama, je prostorem otevírání dalších prostorů. Vytvořili-li jsme školu, pak máme za úkol o ni pečovat právě jako o *scholé*: rozvíjet zajisté její orto-doxii, leč mít radost ze všech para-doxů. Ty ukazují k alternativám, jež jsou nejvlastnějším plodem všeho poznání.

Neboť všechno poznání je konečné. Každá 'škola' je pouze jednou z alternativ: naplněnou možností, která dříve či později překročí sebe sama. Posláním profesora je prozřetelně pečovat o tuto jemu svěřenou možnost - jakožto možnost, která má svůj smysl, čerpá svou určitost právě vzhledem k ostatním. Pro ně musíme mít smysl. *Noblesse oblige*: naše hodnota nás přímo zavazuje být strážci pluralitního vědění, chránit demokratičnost poznání. Nejde o relativismus pravdy, nýbrž o ochranu její svobody - o pravdu jako prostor možností. Smysl pro pluralitu se jmenuje vzdělání. Povznesen ke ctnosti je tento smysl tím, co staří nazývali moudrost - *sofia*. Neupadejme do starého, zarputile nesnášenlivého *Kathedertum*, pěstujme moudrý *scholarship*! V tomto jsme všichni povoláni k filosofii - lásce k moudrosti.

A ještě něco: všichni asi známe Klímův výsměch 'universitním profesorům', jako 'státním služebníkům', úředníkům podrobeným státu. Mezi posláním profesora a společenským zřízením existuje vskutku hluboký vztah. Není to vztah byrokratické podřízenosti; tak tomu je ve státě nemocném, který zná pouze mechanickou závislost, nikoliv organickou souvislost. Je-li vše v pořádku, pak 'profesoři' jsou představitelé duchovní elity. Naše dekrety podepsal prezident, podobně jako v Holandsku je podepisuje královna. To však neznamená, že jsme státní úředníci - vykonavatelé státní resony. Naopak: jsme ustaveni a uznáni jako hlasatelé a ručitelé vyššího nároku skutečnosti na státní resonou - vyšší racionality pravdy. 'Oposice jejího veličenstva', chceteli. Nebo ještě lépe: proroci v biblickém smyslu *nabi*. Latinské 'professor' (od *pro-fateor*) je utvořeno podobně jako (od *pro-fémi*) řecké *profétés*.

\* \* \*

# Zhoubný "romantismus"

J i ř í J e ž e k

*Motto: "Nečekejme na nejkrásnější okamžik našeho života. To nekrásnější může být totiž právě nyní a nic krásnějšího už nikdy nemusí přijít."*

Ota Pavel

Romantismus je obvykle pokládán za pozitivní sklon člověka vidět a prožívat všední skutečnosti nevšedně, neobyčejně, fantaskně a dobrodružně; vždy se značným podílem emoční složky. Tato romantičnost bývá často opatřována adjektivy "krásný", "úžasný", "bláznivý". Ženy vzdychají po romantických mužích a muži obdivují romantické ženy. Zvláště jsme-li citově naplněni, máme tendenci romanticky uchopovat skutečnost: s láskou a s pocitem porozumění se dotýkáme nejobyčejnějších věcí, hledíme na přírodu, čteme básně, vnímáme knihy, hudbu, filmy, sníme. A marně se snažíme vtěsnat naše silné a hluboké prožitky do slov... Je to opojný a záviděníhodný stav naší duše, zlatý klíč, který nám otevírá a obohacuje svět.

Využijí v tomto článku poněkud jiného významu tohoto slova: ve významu *úmyslného zkreslování skutečnosti*, kterého se často dopouštíme v naivní víře, že svět se tím stane pro nás přijatelnějším.

Svět každého z nás, každého jednotlivého člověka, je jiný než skutečný "vnější svět" sám o sobě. Na rozdíl od tohoto "pravého" světa je svět, v němž žijeme, jakýmsi prostředníkem mezi námi a skutečným světem. Je *naším* světem - světem, na jehož tvoření se sami podílíme aktivním uchopováním. Nástroj, který k tomuto uchopování používáme, se nazývá *jazyk*.

Svět, který si uvědomujeme, je složen ve značné míře z pojmů. V pojmech myslíme, jednáme, chápeme, cítíme, milujeme. Jsme jimi uvězněni a vše, co bychom si přáli nejen říci, ale i žít, chápeme v pojmech. V jediné myšlence se neoprostíme od slov. Při každém zvědomělém pocitu se ocitáme v tomto věčném zajetí, které nás ale učinilo lidmi. Vše, je-li uvědoměno, je již slovem - není-li slovem, pak je čímsi nejasným, o čem zejména víme, že to nelze popsat - tedy opět slovem, i když v negativním vymezení.

Ukázal-li jsem zde tak radikálně, že slovům není možné utéci, pak jen proto, abych dostatečně vyzdvihl onu obrovskou vůli člověka, ono úsilí a naději, s níž se do marného boje se slovy vždy znovu pouští. V životě, který je jazykem, se zdá takové hledání téměř nesmyslné. Přesto nás v nejintimnějších chvílích našeho života neopouští víra, že utéci od slov možné je.

Tato snaha oprostít se od slov je však spojena s rizikem, že je přestaneme brát vážně. Že namísto osvobození se od nich upadneme do jejich úskali, že se necháme lapit do ještě nesvobodnější a zákeřnější pasti.

Nejde o situace, kdy slova neplatí, neboť nebyla vyřčena s úmyslem, aby platila. Tyto situace patří do oblasti vědomých lží a není možné v nich nárokovat platnost slov. Jde o ty situace, kdy slova neplatí, ačkoliv je za platná považujeme a jsme o jejich závaznosti hluboce přesvědčeni. Jde o situace, kdy ve snaze vyjádřit naše nejvnitřnější pocity, rozmary, citová vzplanutí či uhasnutí upíráme [aniž jsme si toho vědomi] slovům jejich pravý a podstatný význam.

Slova nejsou štěňata, která si pohrají, vydovádějí se a vrátí se poslušně zpátky do koše. Nad významem a smyslem slov je nutno přemýšlet, zvažovat je a být opatrní. Jak často nás již slova, jejichž platnost se nám pro daný okamžik jevila jednoznačná a absolutní, uvrhla náhle do prázdna či do němému údivu právě v důsledku toho, že jsme si nebyli dostatečně vědomi, co ona slova ve skutečnosti znamenají, co označují, o čem vypovídají.

Zacházíme se svým jazykem mnohdy tak, jako by neznamenal nic zvlášť podstatného. Používáme jej jako čisté účelový prostředek, jenž je nám podřízen k tomu, aby byl tím, čím se nám právě být hodí: vyjádřením emocí, tužeb, násilí či naopak rezignace.

Tady se dostáváme k vymezení pojmu "romantismus" v tom smyslu, v jakém jsem jej v úvodu článku naznačil.

Máme sklon vyjadřovat slovy, jak nám je, místo abychom se tázali, jak TO je. Dopouštíme se tím násilí na slovech, která se pak zákonitě obracejí proti nám. Slova jsou nástrojem dorozumění, jazyk dokonce *napovídá* víc: jazyk nám *otevř*ává možnost porozumět. Avšak jde o pouhé otevírání, o pouhou inspirativní instrumentalitu, neboť *porozumění samo* jde jak za význam jednotlivých slov, tak za význam našeho jazyka.

Vyplývá z toho, že slova mohou být pouze tím, čím jsou: totiž prostředkem k *dorozumění* lidí. Tuto funkci jsou navíc schopna plnit pouze tehdy, pochopíme-li a uznáme jejich závaznou platnost. Závaznou v tom smyslu, že označují *totéž pro všechny*. Slovo nelze používat [či lépe využívat, zneužívat] k našemu momentálnímu prospěchu, k naší právě pocítované náladě. K takovému zacházení se slovy opravňuje jedině velice specificky vymezený kontext - např. básnický útv

ar. V řeči, která má být *dorozuměním*, musí slovo zůstat "jen" slovem.

Uvedme si příklad: Slovo "naposledy" znamená ve svém plném významu konec, smrt, cosi definitivního a uzavřeného. Přesto jej často užíváme ve významu zcela jiném, např. "lekni se", "lituj", "touži po mně". Je to jakýsi "vydíravý" způsob použití, kterým nutíme druhého domýšlet si jiný, nepravý, námi vnucený smysl. Nejsme-li si tohoto momentu v plném rozsahu vědomi, vystavujeme se hned několikerému nebezpečí.

Především, že nám nebude rozuměno. Zároveň však podstupujeme riziko, že my sami si nebudeme rozumět, že se přestaneme dobře orientovat ve světě, jenž je pro nás z našich slov stvořen. Navíc se dopouštíme násilí na samotném slovu, neboť tak deformujeme podstatu jeho existence. Ztratí-li takové slovo dik našemu nešetřnému zacházení svůj přirozený význam, ztratí v našem jazyce význam vůbec.

Právě toto může být důsledek zmatení, které jsme nazvali "zhoubným romantismem". Objevuje se tehdy, snažíme-li se udržet "romantismus" i v těch sférách, jimž už nenáleží. Tedy zejména tehdy, podsouváme-li "romantismus" skutečnému životu.

Triviálním příkladem se nabízí být milování, vyznání lásky. Toto je v obecném povědomí oblast, v níž "romantismus" nachází své pravé, nejpodstatnější místo. A přece tomu tak není. Právě láska - je-li to láska skutečná a hluboká - je již tím nejpravějším a nejskutečnějším životem. "Romantičnost", kterou jí lidé rádi podsouvají, je pouze atraktivním popisem lásky, ne však *láskou samou*. Zde vzniká *riziko záměny* našeho "romantického" pohledu na svět za skutečný svět. A ačkoliv nám tuto záměnu dává svět mnohdy tvrdé a žalostné pocítit, přesto vždy znovu rádi zůstáváme v onom jiném, krásném, "romantickém" světě. Ve světě, kde proti sobě stojí jednoznačné dobro a jednoznačné zlo, kde je vše bílé nebo černé, kde láska je buď nekonečná a nebo "naposledy"...

Jak ale může dopadnout takový zidealizovaný svět? Jak mohou dopadnout naše vztahy, tužby a plány, jsou-li předměty jejich zájmu "zromantizovány", a tedy vlastně zdeformovány? A jak může onen pravý, skutečný, nezromantizovaný svět obstát vůči našim vysněným obrazům, předem a definitivně "ideálním" - protože "*nám vyhovujícím*"?

Skutečný svět a skutečný život nepotřebují přívlastků. Jsou-li krásné, jsou krásné samy o sobě a mají schopnost nás oslovovat i bez našeho "romantizování". Slovem, přívlastkem, je zabijeme, zmrazujeme, zkameňujeme je do podob, které - být pro nás v myšlenkách krásné a intenzivní - nemají šanci dojít v našem prožívání naplnění.

Ne zcela nesmyslně věřili příslušníci amerických indiánských kmenů, že zná-li někdo jejich jméno, získává nad nimi moc. Dáme-li věcem jména, přikazujeme jim tím, jaké mají být. Zbavujeme je jejich autenticity, jejich pravosti a svébytnosti. Už samotný fakt, že žijeme především v jazyce, vytváří neustálý nátlak na věci i události tím, že nás nutí pojmenovávat vše, co je v nás i mezi námi. Toto násilí můžeme zmírnit, přijmeme-li skutečný význam slov, přijmeme-li náš jazyk tak, jak je nám dán, a vyjdeme-li mu vstříc. Znamená to smířit se s provždy nedefinitivním procesem hledání pravého, znamená to zavrhnout lákavé přijímání a přidělování kategorizujících přívlastků podle naší libovůle. Je třeba se zamyslet nad strukturou našeho jazyka a jeho nutnou schématickostí a pochopit nevyhnutelnou omezenost našich výpovědí. Jedině tak se nám může svět jevit skutečně krásný: budeme-li jej přijímat s pochopením pro něj samotný.

Nalezneme v sobě schopnost vyrovnat se s tím, že naše slova nejsou pravými věcmi, nýbrž je jen nedokonale, pomocně a přibližně označují. Budeme-li svým "romantizováním" vnucovat věcem naše představy o nich, zbavíme je tím jejich vlastních podob.

Skutečnost má nescetné možnosti existence. Nikoliv tím, že je nám předvyprávěna a předvysvětlena našim jazykem, ale právě svou neuchopitelností slovy. Tím, že je neustále pouze hledána a přibližována, že je ve své podstatě vždy jiná než jak se nám jeví. Nechme ji tedy být takto tajemně skrytou. Nesnažme se vnutit jí, že je tu pro nás. Opak je pravdou: my jsme tu pro ni. Její krása neplyne z našich příjemných pocitů, ale z ní - skutečnosti - samé. Budeme-li si [ať vědomě či nevědomě] "romantizovat", "idealizovat" svět, staneme se snadno zdáním i sami pro sebe. Naše úsilí o odhalení podstaty nás samotných pak nutně uváže v bludném kruhu tápání a nejasných představ zapříčiněných tím, že náš pohled na nás samotné bude jen pohledem na námi zkonstruované, "zidealizované" Já. Přes takovéto zdeformované Já, nezasažené opravdovým pokusem o sebepoznání, se nám nepodaří dotknout se pravého světa. Nepodaří se nám otevřít se pro svět.

Nejde zde o zavržení či potlačení toho, co je v nás přirozené. Jde o vážné uchopení skutečnosti seriózním a plně vědomým zacházením s našim jazykem. Je třeba osvojit si myšlenku, že svět je pro nás přijatelný tak, jak je. Že není třeba dávat mu jiný, byť pro nás zdánlivě vhodnější smysl. Slova - ač to zní paradoxně - nám zde nestojí v cestě. Nejsou našimi nepřáteli, ale naopak spojenci. Uzavíráme s nimi smlouvu, jejímž soustavným porušováním se sami dostáváme do jejich nepřízně. Podle této smlouvy jsou slova jen a jen slovy, a přečeňování, stejně jako nedoceňování jejich významů nás svádí na zcestí. Odvádí nás pryč od toho, co bychom si tolik přáli uchopit.

Bezhlavá hra se slovy, kterou jsem pro náš účel pojmenoval "romantizování", vede vždy nutně k nedorozumění, k omylu a ke zklamání. Ke zklamání z důsledků našeho nedomyšlení slov - slov, z nichž se v námi vykonstruovaných kontextech stávají klišé. Ke zklamání ze světa, který je vždy jinak než jak se jej snažíme mít.

*Poznámka: Někteří čtenář bude na můj článek namítat, že zde zcela opomím možnost jazykových her - tedy takového zacházení s jazykem, které nám dává možnost zcela zásadně měnit sémantické pole našich výpovědí. Ba co víc: právě takový způsob vypovídání je pro naši běžnou řeč daleko přirozenější a charakterističtější. Mýlí se - a to dokonce po dvakráte. Za prvé: hovořím zde o jazyce, který má vést k jasnému dorozumění - tedy ne o jazyce jakémkoliv či universálním. A za druhé: toto dorozumění má svá jasná pravidla a vymezení - není to tedy také hra?*

# JACÍ JSME?

----- Vladislav Klener

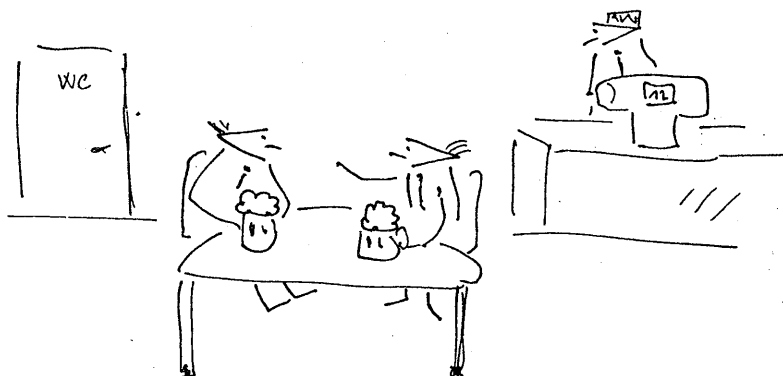
Ze shromáždění akademické obce 3.LF dne 9.4.1992 jsem si odnášel velice pozitivní dojem, zkalený jen absencí studenstské části pléna. Což studenti se nechtějí účastnit života své matky živitelky - almae matris? Děkan fakulty referoval o činnosti a výsledcích práce za uplynulé období. Každý si mohl ověřit to, co mnozí už dávno víme. Vedení fakulty je pružné, velkorysé, optimistické, s odvážnými, ale reálnými a racionálními záměry. Padla také řeč na kritiku výuky a děkan vyzval učitele, aby se více otevírali připomínkám studentů a hledali kořeny problémů především u sebe. Vzpoměl jsem si na praktické cvičení, které jsem vedl téhož dne ráno s prvním kroužkem 4. ročníku.

Učím v rámci preventivního lékařství ochranu před zářením. Ve světě je tato disciplína pokládána za prestižní obor, ve kterém se už desítky let uplatňuje systémový přístup, kvantitativní analýza, a který svou logickou stavbou je modelem pro řízení ochrany zdraví v pracovním a životním prostředí. Logicky budované obory nelze učit partikulárním způsobem. Má-li učitel uslyšet osvobozující "aha" z úst žáka, jehož třpyt oka prozrazuje, že pochopil pointu logaritmu, musel tomu předcházet výklad o mocnínách a k tomu opět zvládnutí principu násobky. Šest dvouhodinových přednášek z oboru v letním semestru by k takovému logickému výkladu základů ochrany před zářením stačilo. Na poslední přednášce dne 6.4.1992 jsme s přítomnými posluchači plně využili všechny vyměřený čas a postoupili s výkladem dále kupředu - ve velké posluchárně v budově č. 11 seděli tři zájemci.

Převídal jsem takovou situaci a praktická cvičení připravil v méně náročné podobě, trochu jako okénko do tří aktuálních problémů oboru, a to v úrovni např. článku ve Vesmíru: "Radon v obydlích, radiační nehody, ochrana pracovníků a pacientů při využívání zdrojů ionizujícího záření v lékařství." Dvě poslední jsem organizoval jako seminář s vystoupením samotných studentů. Měl jsem při tom na mysli také aspirace studentů vyrovnat se úrovni západních universit. Při prvním cvičení jsem dohodl jmenovitě s několika studenty dílčí otázky. Literaturu [částečně v angličtině] jsem nejen doporučil, ale i fyzicky dodal, na nástěnce vyvěsil písemnou rekapitulaci záměru [še stránkovým rozsahem minima]. Dne 9.4. se realizoval takový seminář s prvním kroužkem. Dva z pěti referentů, kteří přijali téma, se bez omluvy nedostavili a nevyužili ani doporučení, aby se o zpracování otázky podělili s kamařády. Nikdo z přítomných o nich nic nevěděl. Jedna z referujících byla naprosto nepřipravena. Její mezery v přípravě nedovedl doplnit a elementární chyby opravit nikdo z kolegů. Příprava na aktivní práci v semináři se smrkla u všech tří na doslovné přečtení nepřiliš rozsáhlého výpisu z doporučených textů. Téma nebylo přitom nezajímavé - radiační nehody. Před necelými třemi týdny po úniku radioaktivních látek z jaderné elektrárny v Sosnovém Boru u Petrohradu drnčely na našem pracovišti telefony - reagoval rozhlas i televize.

Obrátil jsem se v závěru dvouhodinového semináře na dvanáct přítomných studentů: "Taková výuka se vám nemůže líbit a nic si z ní neodnesete. Máte nějaký námět na zlepšení, výhrady proti přístupu učitele? Jste přetížení jinými předměty, unaveni po nějaké mimořádné pracovní nebo společenské zátěži? Pokládáte pro sebe za neužitečné seznámit se se základy radiační ochrany a spatřujete řešení v úpravě osnov? Což jediným důvodem vaší přítomnosti je získat čárku v prezenci a dvě hodiny odpočívat?" Proti mně stěna mlčení. Ani jediný hlas vysvětlení, stanoviska, kritiky. Ozve se někdo alespoň dodatečně ve VITA NOSTRA?

PS: Nelze generalizovat. Dne 10.4. na podobném, semináři druhého kroužku pozitivně překvapil kolega Bilek, který si dokázal sehnat další literaturu, látku utřídit a přehledně podat. Diskutovalo se k věci, setkání mělo švih. Neměl by být takový přístup pravidlem?



ČLOVĚČE, TA ŠKOLA JE K NĀM NĀKA' LAXNĀ... 3.

# PTÁKOVINY VE VĚDĚ, POLITICE A PRAXI

[EKLUZIVNÍ ROZHOVOR PRO VITA NOSTRA REVUE]

*Skutečnosti našeho současného veřejného, politického, ale i odborného života nás vedly k tomu, že jsme se začali zajímat o hlubší kořeny vzniku mnoha nerealizovaných, ale bohužel i realizovaných nápadů na půdě fakultní i celospolečenské. Ve své snaze dopídit se prapodstaty některých ne řídkých jevů jsme měli to štěstí, že jsme objevili po dvou letech opět košatě rozvíjející se obor a jeho čelného představitele, který nám poskytl následující exkluzivní rozhovor.*

*Naším vzácným dotazovaným je ústřední poradce ČSFR pro ptákoviny.*

REDAKTOR VITA NOSTRA REVUE [dále VN]: *Vážení přátelé, ptákovina je jev, jehož rozšířenost, a tím i význam, ještě současnost ani zdaleka nedocenila. Táhne se dějinami, prosazuje se ve sférách společenských, biologických i technických. Napadání ptákovin je proces, kterým se setkáváme dnes a denně na pracovištích, v posluchárnách, ve vertikálně i horizontálně řídicích a řízených organizacích. Pane ústřední poradce, jaký je váš názor na ptákovinu?*

ÚSTŘEDNÍ PORADCE [dále ÚP]: *Nemám názor.*

VN: *Jak tomu máme rozumět?*

ÚP: *Zastávám funkci natolik vysokou, že se s názorem neslučuje. Ostatně ptákovina je natolik agresivní, že přímo selektivně ničí názor, i kdyby byl. Mimochodem v praxi je její vlastnost agresivní definována často jako progresivní.*

VN: *To zní tak, že kdybyste měl názor, byl by negativní?*

ÚP: *V žádném případě negativní vůči ptákovinám. Vždyť jsou právě ony, které nás všechny do značné míry živí. Ve vztahu k ptákovině existuje jen dvojitá možnost: buď se postavit do jejího proudu a pak letět s sebou, anebo stát za rohem a sledovat, jak to frčí kolem.*

VN: *Vy tedy stojíte za rohem?*

ÚP: *Já sám stojím přímo u zrodu ptákovin.*

VN: *To je skvělé, protože my se chceme dostat ke kořenům a k určitým obecným zákonitostem, kterým ptákoviny podléhají. Jak je už nyní zřejmé, ptákovina není jen pojem, ale*



*jasná kategorie.*

- ÚP: Ptákovina je v určitých etapách samou podstatou bytí.
- VN: *Položím vám otázku přímo na tělo. Napadají vás často ptákoviny?*
- ÚP: Nejen mne, ale vás, je, všechny. Pokud nás něco napadá, jsou to výhradně ptákoviny.
- VN: *Já mám ale na mysli produktivní aktivní děj, nikoliv pasívum, že jste ptákovinami napadán.*
- ÚP: Tyto dva pohledy ovšem nelze oddělovat.
- VN: *Máme tomu rozumět tak, že ptákovina napadne zevnitř současně s vnějším napadnutím?*
- ÚP: Zhruba tak nějak, i když nelze samozřejmě mluvit o striktní časové koincidenci. Nastává přece nepatrný posun, určitá nutná latence, ale je to doba zanedbatelná. Takže lze bez nadsázky říci, že v okamžiku, kdy ptákovina někoho napadne, je už sám toutéž ptákovinou napadán.
- VN: *Jakýsi bumerangový efekt?*
- ÚP: Ano, mluvíme o tomto efektu. Ale není to tak prosté. U ptákovin totiž existuje tzv. bumerangový efekt stínem.
- VN: *To zní už tajemně.*
- ÚP: Ano, a přitom je to velmi prosté. Ptákovina totiž napadá svého tvůrce jakoby ze stínu, aniž by ji sám poznal, tedy aniž by poznal, že to ptákovina je.
- VN: *Takže ptákovina někoho napadne, okamžitě se k němu vrací, tedy on je jí napaden, a přitom vůbec nepozná, že se jedná o ptákovinu, kterou jaksi prvotně vyprodukoval. To ovšem znamená, že je to jev mimořádně virulentní.*
- ÚP: To také je, nepředstavitelně a nepřekonatelně virulentní. O šíření ptákovin platí tzv. dekadický zákon, tj. že každá ptákovina vyvolá okamžitě deset ptákovin dalších.
- VN: *Napadá mě maně taková ptákovina. Lze ptákovinu měřit, kvantifikovat? Existuje její jednotka?*
- ÚP: Samozřejmě, že bylo již vykonáno mnoho pilné práce pro stanovení jednotky ptákoviny. Takovou jednotku se také podařilo nalézt: je jí zoban. S příslušnými násobky jako kilozoban, megazoban atd.
- VN: *Co to je jeden zoban?*

ÚP: A tady jsme u kořene věci. Podařilo se sice stanovit jednotku, ale ne ji definovat. Při pokusech o to byl objeven jeden ze základních zákonů v oblasti ptákovin, zákon dominantní negace.

VN: *Jistě nám jej objasníte.*

ÚP: V jednoduchosti asi takto: Jestliže se snažíme definovat ptákovinu, je to tak velká ptákovina, že jistě převyší prvotní ptákovinu, kterou jsme chtěli definovat, tuto překryje a zahltí, čímž se stává samo sebou nedefinovatelnou.

VN: *Znamená to tedy, že zoban je jednotka, která nemá žádnou hodnotu?*

ÚP: Tak tomu přece jen není. Moderní vědě se podařilo - a mohou říci, že nemalou měrou se naše obory poradenské či poradcovské podílejí na tomto úspěchu - nalézt definici pomocnou.

VN: *V čem spočívá?*

ÚP: Je to definice pomocí koeficientového čísla, tzv. xerografický koeficient, který vychází z nesmírně silné a možno říci, že stoprocentní afinity ptákovin k papíru. Ptákovina jednoho zobanu je ptákovina, která vyvolá nutnost deseti xerografických kopií. A je třeba říci, že v praxi se setkáváme mnohem častěji s hodnotami kilo či megazobanovými. Pochopitelně lze jednoduchým výpočtem převést definici i na veličiny faxové, tiskové atd.

VN: *Každá definice, každá kvantifikace, je-li provedena, vede ovšem zákonitě k dalšímu poznání předtím ukrytých jevů. Můžete nám říci, zda je tomu tak i u ptákovin?*

ÚP: Ani v tomto směru vás nezklamou. My jsme v těsné následnosti na definici ptákoviny objevili zajímavou zákonitost. Jev, o kterém chci mluvit, je natolik silný a zákonitý, že se pokoušíme o rozšíření definice ptákovin právě kvůli němu. Jedná se o zákon hierarchické úměry.

VN: *Můžete nám tento zákon vysvětlit?*

ÚP: Stručně řečeno, čím vyšší postavení, tím větší ptákoviny, čím vyšší instituce, tím vyšší ptákoviny apod.

VN: *Chcete tím naznačit, že místní ptákovina je zákonitě převyšena ptákovinou okresní a že okresní ptákovina je zase převyšena ptákovinou třeba ministerskou? To by ovšem znamenalo, že ptákoviny jsou věčné a progresivní, že ptákovin bude čím dál tím víc ve vědě i v praxi.*

ÚP: V to doufám.

VN: Ale ptákovina je, pokud jsem tomu rozuměl, jev negativní.

ÚP: Nicméně věčný, a z hlediska vývoje zřejmě nezbytný. Vezměte jen to, co jsem vám dnes řekl: viděl jste snad větší ptákovinu?

VN: Asi ne.

ÚP: Tak vidíte.

VN: Děkuji za rozhovor.

[Tuto imaginaci pro VN-REVUE provedl Lumír Komárek, zástupce Ústavu preventivního lékařství.]

1.



JAK ŽSEM TENHLE ROZHOVOR VYMYSLIL  
PŘÁVĚ NA PREVENTIVNÍM LÉKAŘSTVÍ?

2.



ANI VÁM NEPOVIM...

3.

# KRAVATA? KRAVATA!

[Komentáře ke kravatě 3.LF UK připravil Milan Kment]

3.LF UK má svou reprezentativní kravatu. Jejimi prvními nositeli jsou oba ministři zdravotnictví (SR a ČR), rektor UK a celá řada významných zahraničních osobností včetně děkana School of Medicine na Cornell University, prezidenta Americké Psychiatrické Asociace a mnoha dalších. Členové naší akademické obce si ji mohou zakoupit za Kčs 90. Jaká je?

---

Děkan, prof.Höschl:

"Nádherná. Spojuje klasický styl s elegancí. Logo je zdánlivě prvoplánové, ale netriviální. Plazící se had je lékařským znakem. Tvar jeho pohybu je komplexem QRS EKG křivky. Přitom znázorňuje jakousi oscilaci, výkyv, zvrát, ve kterém 3.LF vznikla a naznačuje ustálený směr dalšího postupu. Při letmém pohledu či zdaleky imponuje jako lilie. Barevnost kravaty je dokonalá. Zlatá je v proporcii, která neruší. Ostatně modrá a žlutá jsou švédské barvy. Červená zas česká."

Prof.Feigelsson (překlad):

"Velmi pěkná, originální, moc se mi líbí znak".

"Nevadí Vám český nápis?"

"Naopak! Z Japonska si také nevezu tričko s angličtinou."

prof.Nancy Andreasen (překlad):

"Strašně se mi líbí. Budu ji nosit i k šatům, to se v Americe běžně dělá. Ale ne že bych byla feministka. Prostě proto, že je moc pěkná".

prof.Elisabeth Benedeck:

"Mohly bychom dostat ještě nějaké pro naše manžely doma?"

prof.Zdeněk Lojda (k děkanovi Tichému):

"Jé podívej, oni mají kravatu - a hezkou!" K děkanovi Höschlovi: "Kde Vám to dělali?"

prof.Petráň:

"Moc zajímavý je ten znak i jeho interpretace. Rád bych si jej zanesl do análů univerzity"

Jitka Štenclová, ak.mal. (textilní výtvarnice):

"Je mimořádně zdařilá, to se Vám teda povedlo. Kdo to dělal?"

Hana Jarošová, sekretářka (k děkanovi 3.LF):

"Představte si, že se někomu nelíbí".

"Komu?"

"To Vám ani nemůžu říct. Ale napíše to do Vity Nostry."

"Prima."

---

Jsem moc rád, že naše fakulta má svou kravatu. Vždycky jsem záviděl studentům Oxfordu, Cambridge a ostatních, většinou anglosaských universit, že mají svou kravatu, na kterou jsou právem hrdí, protože znamená tradici a kvalitu jejich university.

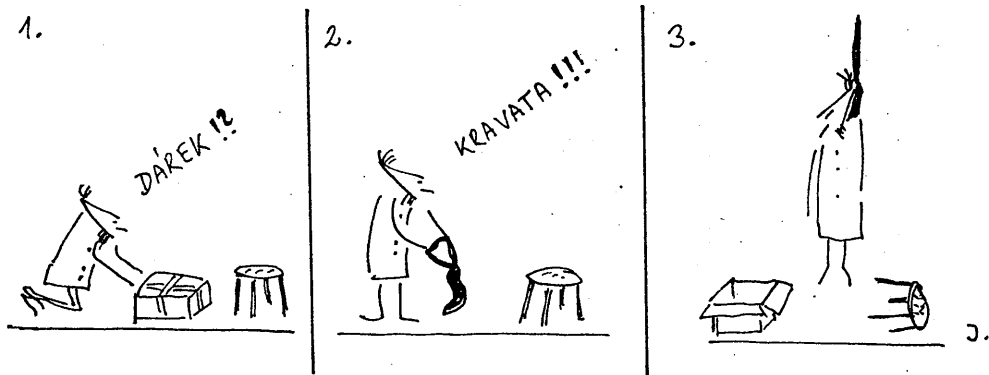
Být příslušníkem nějaké „kasty“, třeba chodit na Akademické gymnasium (AG) v Praze, bývalo u nás donedávna něco špatného, protože i dobrá tradice byla něco špatného a příliš upozorňovala na to, že to „dnes“ by mohlo být něco nesrovnatelně horšího než bylo dříve. Pouhé označení „AG“ na maturitním tablu zmíněné jedenáctiletky, jak se tehdy gymnasia podle sovětského vzoru nazývala, přinesla některým z nás značné nepříjemnosti s tehdejším vedením školy.

„Naše“ kravata mě však poněkud zklamala. Těšil jsem se na nějaký abstraktní vzor, heraldickou či jinou symboliku, větší práci s uměleckým zpracováním zadaného tématu a hlubším vyjádřením intelektuálního zázemí naší fakulty než pouze tradičním hadem, doplněným neméně tradičním EKG. Rovněž písemný popis, ze které že to školy pocházíme, neřekne cizímu nic a my snad nemáme polopatismus zapotřebí. Ostatně ani nový název fakulty nemusí zrovna znamenat její dlouhé trvání, ať už v právním nebo verbálním slova smyslu.

Modročervené barevné pruhové uspořádání kravaty se mně však líbí. V další mutaci kromě jiných barevných variací doporučuji se více zamyslet nad symbolikou.

Ale počinek je to dobrý! Je totiž vždy lépe něco udělat než jen o tom mluvit. Dovedeme asi však představit, že by se taková kravata objevila před 10 lety, že by na ní chyběl srp a kladivo a ještě by se k tomu diskutovalo jinde než na stranických schůzích?

A to je na celé věci to nejlepší. A proto „naši“ kravatu rád nosím. Spolu s anglickou verzí informační brožury, která se opravdu povedla, se máme čím pochlubit, a to nejen v zahraničí.



# Sportovci úspěšně !

Lukáš Šoltys

Jak možná víte, na naší fakultě již dva roky funguje studentské sdružení Medici di Praga. Jednou z neaktivnějších a neúspěšnějších složek je sportovní sekce. Jedná se sice jen o několik nadšenců, ale s pomocí dalších studentů dokáží zorganizovat i velké sportovní akce.

Ve dnech 27.3. - 29.3.1992 uspořádala sportovní sekce MDP

## 1. mezinárodní studentský turnaj v halové kopané "Medici di Praga's CUP",

kterého se zúčastnilo dvanáct týmů z celé Evropy (Nizozemí, Německo, Francie, Maďarsko) a čtyři týmy z ČSFR. O zahraniční mužstva se starali půvabné hostesky z řad našich studentek, takže naši hosté mohli lépe poznat nejen krásy Prahy, ale i noční život. Studenti byli ubytováni na koleji Jednota (Maďari sice po prohlídce koleje sháněli hotel, prý jsou výběrová fakulta, ale bez úspěchu). Stravování bylo zajištěno díky ochotě pracovníků zdejší menzy a personálu Big pohoda klubu, ve kterém byl i prostor pro kulturní a společenské vyžití. Sportovní část probíhala v hale SOU PS na Ryšánce, kde se bojovalo nejprve ve čtyřech základních skupinách, jejichž vítězové se v nedělním odpolední utkali o první čtyři místa rovněž systémem "každý s každým". Od počátku šlo nejen o tuhé souboje o vítězství, ale i o radost ze hry a pohybu. Dařilo se i našemu "reprezentačnímu" mužstvu "FC KDYBY", které po celkem dobrých výkonech (hráči mají ovšem na vic) obsadilo celkově velmi dobré třetí místo za Universitou Budapešť a Chemcomexem Praha. Náš další zástupce "FC Regent" nepostoupil ze základní skupiny. Hráči vítězných týmů se mohli těšit jak z pěkných pohárů, tak z věcných cen, které věnovala firma Sport Trading Praha. Myslím si, že celá akce se díky velké snaze všech zainteresovaných zdařila, o čemž svědčí i spokojenost téměř všech účastníků.

### Výsledky ze zahraničí:

#### A) Třetí evropské universitní sportovní hry "Grenoble 1992":

kopaná : 4.místo 3.LF UK Praha;  
košíková muži : 5.místo 3.LF UK Praha.

#### B) Mezinárodní universitní hry "Groningen 1992":

fotbal : 1.místo 3.LF UK Praha;  
volejbal : 1.místo 3.LF UK Praha;  
celkově : pohár pro nejlepší fakultu - 3.LF UK Praha.

Účast a výbornou sportovní reprezentaci naší fakulty zajistila Sportovní sekce MEDICI di PRAGA. Děkujeme tímto za finanční podporu 3.LF UK a firmě ICI. Dále děkujeme dopravní firmě "Zlatník a Vrbský" za levnou a spolehlivou dopravu.



V jednom z posledních čísel časopisu Vesmír uveřejnil přednosta II. interní kliniky 3. LF UK doc. Anděl zajímavé upozornění na transkulturní rozdíly v medicíně.

Poukázal na to, jak třeba v Německu se daleko více zdůrazňuje kardiologie, problémy se srdcem a jak je zde daleko vyšší preskripce kardiotonik než v jiných evropských zemích, zatímco Amerika by se dala charakterizovat jako země, kde se uplatňuje ve vztahu k pacientovi jakási "action medicine", která znamená, že za všech okolností se musí něco udělat: operovat, katetrizovat, cévkovat, v žádném případě nezůstat pasivní. Zatímco v Německu je preskripce antibiotik opatrná, neboť se vychází z toho, že především je třeba posilovat obranyschopnost a kondici organismu, sází se na vnitřní zdroje, předepisují se multivitaminové přípravky a léčebné kúry, tak v Anglii se bez váhání dávají antibiotika, jako by se předpokládalo že nemoc přichází vždy zvnějšku. Angličtí lékaři předepisují vitaminy a tonizující léky zcela výjimečně a rovněž lázeňská léčba není v Anglii obvyklá na rozdíl od Německa, kde jsou např. v Oberösterreich jedny lázně vedle druhých. S tím souvisí i to, že např. na homeopatii se v Americe a v Anglii pohlíží svrchu, kdežto v Německu a ve Francii má mnohem větší ohlas. Také vidíme, že se Francouzi méně než Američané zabývají problémy bakteriální kontaminace potravin a ve Francii je běžné políbit i toho, kdo je lehce nachlazen, kdežto v Americe dostáváte skleničku na zuby v hotelu zabalenu do celofánu podobně jako záchoďovou mísu.

Také různé předsudky jsou vázány kulturně. Zatímco Němci se zabývají srdeční nedostatečností, mnoho Francouzů si stěžuje na jaterní poruchy, kterým přiřítají bolesti hlavy, impotenci, kašel a akné. Přesto, že moderní hepatologové mnohokrát dokazovali, že játra s výše uvedenými chorobami nesouvisí, Francouzi si svou představu o patogenesi nechtějí nechat vyvrátit.

Uvažujeme-li o vztahu medicíny k výuce, a tedy o vztahu lékařství a university, nebo lépe řečeno nemocnice a university, měli bychom začít podobným pohledem. Vzpomeňme si, jaký je rozdíl mezi např. střeoevropskými a americkými městy. V Evropě, mám na mysli Evropu gotickou, renesanční a barokní, vypadala města tak, že v jejich středu stály katedrály a okolo nich si bohatí měšťané stavěli své domy. S příchodem technologií a kapitalismu se dál za těmito domy stavěly továrny a dál za nimi obydlí pro ty, kdož v nich pracovali. Evropská města tedy chudla směrem k periférii. Proto také slovo periférie má v našich uších dodnes pejorativní zvuk. Ne tak v Americe. Když v Evropě ti, kdo už neměli co do úst, nevěděli kudy kam, sebrali se a odtáhli do zámoří a tam založili středy měst. Jak začali postupně pracovat a prosperovat, stavěli si od těchto středů dál honosnější a dražší obydlí a tak americké město má opačný gradient: bohatne směrem k periférii. Ve středu je zpravidla takový ten downtown s mrakodrapy, administrativními budovami (a to v nejlepším případě), mnohdy také s vytrískanými přízemími; směrem dál od města se objevují honosná sídla a tam teprve pak, daleko za městem, jsou ti Kennedyové, Etony, Ewingové a jiní se svými bungalowy, bazénky a sportovními automobily. Je pozoruhodné, že obdobně inverzní je patrně také vztah university a nemocnice. V Evropě historie universitního vzdělání má nepochybně hlubší a dávnější zdroje než v Novém světě a tak Evropa



konce 19. století byla Evropou mnoha skvělých universit, které ve světě neměly obdoby. Na přelomu 19. a tohoto století bylo nepochybně nejvzdělanějším národem na světě Německo. Už koncem 18. století uměla více než polovina jeho obyvatel číst a psát, čímž se nemohl pochlibit žádný jiný národ. Během 19. století Německo vybudovalo postupně systém vysokého školství, který co do důkladnosti a rozmanitosti neměl ve světě obdoby. V Mnichově, Berlíně, Hamburku, Göttingenu, Freiburgu, Heidelbergu a Frankfurtu byly světoznámé university. Německá liberální inteligence se sice v 60. letech 19. století stáhla z veřejného a politického života a ponechala volnou ruku Bismarckovi a jeho nástupcům, ale neemigrovala. Naopak rozšířila svou působnost a když se těsně před světovou válkou začala znovu vynořovat na povrch, aby se v r. 1918 ujala vedení, ukázalo se, že její síla vychází víc než z jednoho centra. Bez ohledu na ohromnou tradici University Karlovy, University v Bologni a jiných starých evropských univerzit, byl to německý universitní systém, který ovlivnil evropské vysoké školství 20. století. Naproti tomu nemocnice, neboli špitály, jak vime z dějin lékařství, mají historii méně slavnou a v mnoha ohledech ostudnou: venepunkce, pijavice, epidemie. Tato situace se po nástupu dr. Semmelweise a jeho následovníků sice dramaticky zlepšila, avšak co do poslušnosti byly to nemocnice, které přistoupily ke skvělým universitám, nikoli naopak. Tento moment je důležitý pro pochopení struktury fakultních nemocnic a vztahu university a nemocnice v Německu, Švýcarsku, Rakousku a potažmo i v Čechách 20. století. Universitní profesor je na klinice absolutním pánem, jeho titul se zpravidla rovná titulu přednosta kliniky. Je svým způsobem definitivní, předpokládá se, že je tvůrcem školy. Je tím, kdo určuje chod kliniky, zodpovídá za její úroveň a vytváří její pověst. Ponechme stranou fakt, že ne všichni profesori, zejména v naší kulturní zóně, jsou schopni tomuto poslání dostát a také ponechme stranou vliv, který na tento vztah mělo čtyřicetileté období komunismu.

Zcela jiná je situace v Americe. Při dobývání Dalekého západu byla zdravotní služba v hierarchii hodnot vysoko nad potřebou rozvíjet hned zpočátku vysoké a universitní školství. Protože k severoamerické civilizovanosti docházelo ruku v ruce s rozvojem technologií a kapitalismu, byly to právě nemocnice, které se rychle rozvíjely do podoby moderních, vybavených, technologicky zajištěných a perfektně fungujících zařízení. Samozřejmě, že tak jako v Evropě byly špatné university, tak i v Americe byly špatné nemocnice. Je však také pravdou, že poslušnost vztahu university a nemocnice byla v Americe oproti Evropě obrácená: na některé skvělé nemocnice "nasedly" vznikající (a často i špatné) university. V Americe znamená titul universitní profesor něco jiného než v Evropě. Profesorem je prakticky každý, kdo vyučuje, bez ohledu na to jak dlouho, jak často. Nuance jsou pouze druhotné a znamenají to, zda dotyčný je Assistant Professor, přidružený profesor, Full Professor anebo Tenure Professor, ale rozhodně to není neomezený vladař jako na švýcarských klinikách. Odtud také pramení neporozumění při porovnávání různých statistik ukazujících počet učitelů na jednoho studenta v Americe a u nás. Byl to tedy nemocniční, profesionální duch, byly to lékařské dovednosti, byla to diagnostická a terapeutická zdatnost, které určovaly profil rozvíjejících se universit. Těchto transkulturních kontrastů si musíme být vědomi, když v dnešní naší převratné době tápeme a hledáme po světě vzor, kterého bychom se mohli chytit. Naše

kořeny jsou vrostlé ve středoevropské a, přiznejme si ať již chceme nebo nechceme, německé kultuře. Náš obdiv k technologii však pošilháva po civilizaci severoamerické, což je dále posilováno tím, že esperantem vědy a lékařství se stala angličtina, která je jazykem naší odborné četby, naší komunikace a našich zahraničních vztahů. Je také určitou protiváhou německého vlivu, který máme z historických příčin sklon považovat za nebezpečný.

Ať je tomu však jakkoli, znamená sepětí university s nemocnicí vždy něco kvalitativně odlišného od pouhé university nebo od pouhé nemocnice. Nemocnice je pokladnicí dovednosti, jejichž osvojení by universita nemohla nikdy poskytnout. Universita je pokladnicí vzdělání, které by nikdy v nemocnici založené pouze na lazebnickém salónu a pojišťovně nemohlo být pěstováno. Promítneme-li si tento fakt do naší dnešní situace, nemůžeme být spokojeni. Dvoukolejné administrativní řízení zdravotnictví a školství na úrovni fakultních nemocnic neumožnilo tento vztah reflektovat, celkový pokles vzdělanosti měl dopad i na lékařské fakulty a nemocnice se nerozvíjely podle úrovně, kterou svými službami poskytovaly. To vyústilo ve stav, jehož jsme nyní svědky: celá řada zaměstnanců fakultních nemocnic nemá o universitu prakticky vůbec zájem. Někteří považují universitu za něco škodlivého, obtěžujícího, konkurenčního a překážejícího. Někdy jsme svědky i toho, že celá fakultní nemocnice včetně vedení stojí vůči universitě v opozici. To je situace, která obráží celkové nepochopení role fakultní nemocnice. Jsou země, kde být afiliován k universitě, znamená nejenom prestiž, ale i podstatně větší praktické výhody. Přívalem pacientů, kteří universitní léčbu preferují, počínaje a množstvím levných pracovních sil v podobě čerstvých absolventů, fiškusů, pomvědů, doktorandů a residentů konče. To jsou devizy, kterých si většina fakultních nebo univerzitních nemocnic ve světě cení, protože zná jejich hodnotu a za každou cenu se brání tomu, aby o ně přišla. K tomu připočítáme ještě tu skutečnost, že podle šetření nezávislých mezinárodních organizací má Československo oproti jiným evropským civilizovaným státům nesrovnatelně nižší poměr výzkumu pěstovaného na universitách a pěstovaného mimo university. Tím se stává, že naše fakultní nemocnice ještě nedokáží ocenit skutečnost, že celou řadu materiálních prostředků, ale i mzdových prostředků a někdy i investic lze získat právě díky výzkumu pěstovanému na universitách prostřednictvím grantů. Vzhledem k tomu, že tyto skutečnosti nejsou našimi fakultními nemocnicemi doceněny a našimi zřizovateli dostatečně zdůrazňovány a umožňovány, stává se to, že fakultní nemocnice není ničím jiným než obyčejným oblastním špitálem. Její pracovníci nepěstují vědy a umění. Jakoukoli jinou než zdravotnickou práci považují za nevhodnou zátěž. Málo čtou. Často však ani jejich rutinní zdravotnická práce nedosahuje nijak zvlášť špičkové úrovně. Řada Pražáků, zaměstnanců lékařských fakult a fakultních nemocnic, je-li sama nemocná, nechá se raději léčit v některé nemocnici mimo Prahu, kde je aspoň čisto a pořádek. Tuto celkovou atmosféru, zejména pražských fakultních nemocnic, ale i fakultních nemocnic ve velkých českých městech, se nedaří změnit. Mohlo by se namítnout, že se to nedaří proto, že všichni očekávají nějakou administrativní, nebo chcete-li legislativní změnu shora, zatímco vedení na úrovni resortů očekává naopak vstřícnou, aktivní iniciativu zdola. To je však téma, kterému se věnují někteří další řečníci dnešního dopoledne.

Z historického upozornění, které jsem vyslovil na začátku, vyplývá také rozdíl ve struktuře tzv. curricula. Zatímco u nás je medicína vyučována tradičně v německém duchu jako disciplína dělená na část obecnou a speciální s důrazem na postgraduální získávání dovedností, je tomu v Americe naopak. Některé školy kladou důraz na akci, tedy dovednosti (skills), osobnostní kvality a teprve od nich se zpětně odvíjejí teoretické znalosti. Je to tzv. "problem solving" nebo "problem targeted approach". My nyní hledáme mezi těmito dvěma přístupy své místo. Odtud některá nedorozumění týkající se rozvrhu a studijní reformy tak, jak se odrážejí v diskusích se studenty, kteří by výuku přizpůsobili nějraději svým vlastním zájmům a i se zaměstnanci, kteří by nějraději s ní měli co nejméně práce. Jde totiž o to, zda si zachovat středoevropskou tradici výuky obecné a speciální anebo zda osvojování dovedností předsunout do nižších výukových ročníků a změnit curriculum tak, aby nešlo ani tak o výuku, jako spíš o trénink (všimněte si také jazykových nuancí v anglosaské, německé francouzské a naší terminologii. My např. říkáme postgraduální vzdělávání, Američané říkají postgraduate training). Všem těmto otázkám jsme nyní otevření a naše vlastní zkušenost nás neopravňuje k jednoznačnému výběru. Rovněž tak vztah mezi objektivními kvalitami - mám na mysli kvalitami pojišťovnictví, vzdělávání, osvojování dovedností, vztahu nemocnice a university - a místním kontextem jsou natolik složité a psychologicky záhadné, že nás vedou k opatrnosti. Jestliže se nám něco někde líbí, ještě to neznamená, že je to pro nás použitelné.

Mohli bychom to přirovnat asi k situaci, kdy večer v hospodě většina návštěvníků si se zálibou prohlíží servírku, baží po její tělesné kráse a ochotě posloužit, ale nikdo z nich si ji nevezme za manželku. Tento paradox má své skryté, ale velmi dobré důvody. Nikdo si totiž není jist, komu by po takovém kroku její přednosti sloužily.

Na vědecké radě ministerstva zdravotnictví ČR a na řadě dalších for byl opakovaně vyslovován názor, že bychom měli jednoznačně přijmout některý z fungujících zdravotních systémů v zahraničí, když je tam přece již všechno vymyšleno. A to je právě ten problém. V zahraničí, ať již kdekoli, je přece úplně jiný poměr mezi hodnotou lidské práce, surovin, energie, technologie, než u nás. Je tam jiný poměr mezi poptávkou a nabídkou. Jiný poměr mezi produkcí a spotřebou. A všechny tyto okolnosti modifikují vnitřní poměry mezi jednotlivými úkony u nás. Máme-li odlišný vnější kontext, nemůžeme nemít odlišný systém vnitřní.

Naše touha přejímat zahraniční modely mně někdy připomíná tragikomickou historku z výuky na jedné pomocné škole. Tam jeden žáček, který měl před sebou doplňovat věty - na začátku měl vždy podstatné jméno a měl k tomu doplnit větu - se zasekl a nemohl z místa. Paní učitelka ve snaze mu pomoci povídá: "No, kůň, copak dělá kůň? No přece kůň žere seno". Tak tedy dotyčný chlapec dopsal větu "Kůň žere seno". A pod tím: "Copak dělá králíček? Žere seno". Tak chlapec napsal, že králíček žere seno. Učitelka, šťastná, že se rozhýbal, ho opustila a když pak úkoly sebrala, dočetla se: "Kůň žere seno. Králíček žere seno. Tatínek žere seno. Maminka žere seno", atd. My tedy nemůžeme administrativně rozhodnout, co je pro nás lepší.

My, kteří jsme opakovaně jednali o vztahu fakultních nemocnic a university, odnesli jsme si pocit jakési neřešitelnosti tohoto problému. Tento pocit by však neměl vést ani k nihilismu ani k fatalismu. Jsou přece jednotlivé aspekty universitního života ve fakultních nemocnicích na kterých se všichni shodneme. A tyto

aspekty můžeme všichni ze všech sil podporovat. Je to možnost vědecké práce. Je to možnost zahraničních styků a výměnných pobytů a stáží. Jsou to přednášky zahraničních odborníků u nás a obráceně. Je to rozvoj všeobecné vzdělanosti, etiky a kultury projevu. Je to kultivace vědeckých disputací. Je to neokázalá, ale opravdová činnost vědecké rady. Je to rozvoj a výuka jazyků. Je to rozvoj a umožnění výměny informací. Je to dostupnost odborné literatury. Je to stoupající náročnost na sebe i na studenty. Je to stále větší prolnutí těchto aspektů s lékařskou odborností v nemocnicích. Je to smazání statutárního rozdílu mezi vysokoškoly zdravotnickými a universitními. Znamená to povznesení fakultní nemocnice na universitní úroveň. Dále je to vytvoření stejných podmínek pro postup v zaměstnání a v odměňování jak u školských tak i zdravotnických pracovníků. To všechno jsou kroky, které jsou v našich silách. Jsou v našich silách bez ohledu na to, jaká je nebo bude legislativa. Ta může dopad našeho úsilí pouze buď prodloužit nebo modulovat, nikoli však zmařit. Vinohradská nemocnice Královské vinohrady a 3. LF, vědomy si plně všech svých neduhů a nedostatků, vykročily si úspěšně vzájemně vstříc po naznačené cestě. Přejme nám všem, aby se toto dílo podařilo. Nebudme netrpělivi. Když někteří zoufalí Češi opustili před léty svou vlast, nikdy si v cizině úplně nezvykli. Dodnes je jejich emigrace jejich vnitřním problémem. Kdo se však již zcela adaptoval, byly jejich děti. Adaptace na přechod ze socialismu do kapitalismu trvá tedy jednu generaci. My, prosím pěkně, nebudeme mít mercedesy a vily na předměstí. I v našem případě je tento přechod, a tentokrát se týká celého národa, otázkou jedné generace. To co nyní děláme, děláme pro budoucí pokolení. To není útěcha, to je prostě fakt. Děkuji za pozornost.

Praha, 12.5. 1992

### Stanovisko 3. LF UK k otázce fakultních nemocnic

Dosavadní zákonná úprava vycházející ze zákona č. 20/1966 Sb. a jeho následných novelizací a z vyhlášky č. 394/91 MZ ČR definuje Statut fakultních nemocnic v zásadě jako zdravotnická a vzdělávací zařízení určená ministerstvem zdravotnictví v dohodě s ministerstvem školství, jejichž vybraná pracoviště jsou výukovými základnami lékařských a farmaceutických fakult a mohou být akreditována pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Fakultní nemocnice patří mezi zdravotnická zařízení přímo řízená MZ ČR.

Podle našeho názoru však fakultní nemocnice nepředstavují jako jednotka homogenní celek. Část fakultních nemocnic je ve své vzdělávací části volně afilována k nějaké fakultě či ústavu pro doškolení lékařů (např. Krč, Bulovka) a jiné představují jednoznačné organizační, funkční a personální celek s lékařskou fakultou jako její jediný výuková základna (FN Motol, FN1 a FN 2 a FN KV...) Domníváme se, že funkce a tím pádem statut těchto nemocnic by měl být odlišný od fakultních nemocnic volně afilovaných a v našem chápání tyto fakultní nemocnice jsou univerzitními nemocnicemi a jejich statut by měl být v dodatku k stávajícím zákonným normám uveden samostatně.

Univerzitní nemocnici by podle této definice byly jen ty fakultní nemocnice, které představují dominantní výukovou základnu konkrétní lékařské fakulty univerzity, kde dochází k trvalé integraci činnosti pedagogické a léčebné. Základní změna stávajícího statutu fakultních nemocnic na nemocnice univerzitní by spočívala v personálním sjednocení obou institucí (fakulty a nemocnice) na úrovni vedení i zaměstnanců, kdy místo 2 řídicích systémů a dvojí administrativy by vznikl systém jediný, pro který by resort školství a zdravotnictví představoval pouze 2 složky multizdrojového financování. Zaměstnanci univerzitní nemocnice by byli špičkoví odborníci, kteří by ve své pracovní náplni měli výuku posluchačů fakult, postgraduální výuku a léčebnou péči. Kromě těchto kmenových zaměstnanců by byli v univerzitní nemocnici začínající lékaři na školicích místech v rámci akreditované výuky postgraduální.

Organizační schéma univerzitní nemocnice by mohlo vypadat následovně: v čele fakulty by byl děkan a jeden z jeho proděkanů byl byl zástupcem děkana pro vedení univerzitní nemocnice. Tento proděkan by zodpovídal za odbornou část vedení nemocnice po stránce léčebné i pedagogické. Vlastní provoz nemocnice a celý ekonomický provoz by řídil správce nemocnice, který by pro univerzitní nemocnici odpovídal tomu, co ve struktuře děkanátu představuje tajemník fakulty. Proděkan pro univerzitní nemocnici by měl poradní sbor, který by funkcí odpovídal kolegiu děkana na fakultě. Všichni kmenoví zaměstnanci univerzitní nemocnice by měli uzavřené souběžné pracovní poměry ve stejné úvazkové výši jak v resortu ministerstva školství, tak resortu ministerstva zdravotnictví. Zdroj peněz pro fakultu a nemocnici by přicházel jednak z rozpočtu univerzity (t.j. cestou ministerstva školství), jednak z rozpočtu MZ a dále pochopitelně z příjmů cestou VZP a ostatních příjmů, které fakulta a nemocnice mají nebo budou mít. Z těchto zdrojů vzniklý objem by se dělil pro potřeby nemocnice a fakulty na úrovni vedení fakulty a univerzitní nemocnice podle konkrétních pravidel, která by si fakulta spolu s univerzitní nemocnicí stanovila vnitřním předpisem.

Otázka řízení ústavů a klinik univerzitní nemocnice by byla potom velmi zjednodušena, protože jak přednosta, tak jeho zástupce ve svých souběžných pracovních poměrech by měli přímou podřízenost ve sjednocené sféře školské i zdravotnické a rovněž všichni kmenoví zaměstnanci univerzitní nemocnice by měli tyto vazby stejné.

Zdravotnický personál nemocnice (SZP, PZP atd) by v organizační struktuře nemocnice představoval podle typu pracovní náplně buď složku čisté zdravotnickou nebo rovněž smíšenou. Teoretické ústavy, které nemají žádnou vazbu k nemocnici, by představovaly složku čisté univerzitní (školskou).

#### Návrh znění dodatku:

Fakultní nemocnice, která představuje dominantní výukovou základnu konkrétní lékařské fakulty univerzity, může získat statut "univerzitní nemocnice". Zřizování financování a statut "univerzitních nemocnic" upravuje zvláštní předpis.

Pozn.: Součástí předpisu by byla i úprava role univerzity v konkursním řízení apod.

# VITA NOSTRA REVUE - LÉTO 1992

---

sborník statí, článků, dokumentů a komentářů 3.LF UK Praha.

Redakce: *Jiří Ježek, Milan Kment, Pavel Gregor, Michal Anděl,  
Petr Vidimský, Radana Königová, Milica Sklenčková.*

Vydala 3. lékařská fakulta University Karlovy v Praze  
v červnu 1992.

Adresa: *Děkanát 3. LF UK - VITA NOSTRA REVUE,  
Šrobárova 48, Praha 10 - Královské Vinohrady,  
PSC 100 42.*

*Poděkování přispívatelům.*

---

VITA NOSTRA REVUE

si můžete předplatit prostřednictvím složenky,

kterou dostanete na děkanátě 3.LF UK

n e b o

zakoupit v knihkupectvích

Hnidákovi - *areál FN Královské Vinohrady*

Knihkupectví zdravotnické literatury *v Lipové ulici*

Knihkupectví Fišer *v Kaprově ulici*

n e b o

obdržet na dobírku na adrese

Ústav lékařské etiky 3.LF UK - paní Věra Bechyňová

Kodaňská 32, Praha 10, tel. 74 77 25.

---





PODZIM '92

**Wit  
ness  
Praha**

**REVUE**

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERSITY  
KARLOVY  
PRAHA

# V I T A N O S T R A R E V U E

si můžete předplatit prostřednictvím složenk,

kteřou dostanete na děkanátě 3.LF UK

n e b o

zakoupit v knihkupectvích

Hnidákovi - areál Fakultní nemocnice Královské Vinohrady,  
pavilón Q

Prodejna zdravotnické literatury v Lipové ulici, Praha 2

Knihkupectví Fišer v Kaprově ulici, Praha 1

n e b o

obdržet na dobírku na adrese

Prodejna Hnidákovi, H + H

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, pavilón Q

Šrobárova 50, Praha 10, PSČ 100 42

## O b s a h :

### Aktuální problémy

|  |    |
|--|----|
| Podivná duševní slabost<br><i>Rainer Flöhl</i> .....                       | 4  |
| Etika nebo ekonomika?<br><i>Jana Šeblová</i> .....                         | 7  |
| Problematika ideální a dostupné medicíny<br><i>Helena Haškovcová</i> ..... | 11 |
| Dopis Craigovi - Guinnessova kniha<br><i>Milan Kment</i> .....             | 16 |

### Ze zahraničí

|  |    |
|--|----|
| Zpráva o pobytu v katetrizační laboratoři<br>soukromé nemocnice ve Zwolle [Nizozemí]<br><i>Petr Widimský</i> ..... | 22 |
| Neurofysiologické ústavy ve Vídni<br><i>Richard Rokyta</i> .....   | 28 |
| New Trends In Referred Pain And Hyperalgesia<br><i>Richard Rokyta</i> .....  | 31 |
| Ethical Problems In Mass Disasters<br><i>Radana Königová</i> .....   | 34 |

### Z domova

|  |    |
|--|----|
| Vina a odpuštění [Křesťansko-židovská spolupráce v Evropě]<br><i>Helena Haškovcová</i> .....   | 40 |
| Mezinárodní symposium o dějinách československé medicíny<br>a farmacie ve světovém kontextu [zpráva]<br><i>Helena Haškovcová</i> ..... | 43 |

### Sestřičky

|   |    |
|---|----|
| Zeptali jsme se...<br>"Myslíte si, že problematika sester patří do VN-Revue?"<br><i>Milica Sklenčková</i> ..... | 46 |
| Představujeme vám...<br>Setkání s Ludmilou Brůžkovou a Emmou Mändlovou<br><i>Milica Sklenčková</i> .....        | 47 |
| "Dopis medikům" - stanovisko kolegia sester<br>k problémům sester v nemocnici<br><i>Jana Pokorná</i> .....      | 51 |

## Studenti

|  |    |
|--|----|
| Kuriozita - z korespondence "studentů"<br>s ministrem zdravotnictví<br>anonymní autor, komentář Jiří Ježek ..... | 54 |
| Studenti a jejich přístup ke studiu<br>Jiří Beneš .....  | 55 |
| Zajímavé plody nového způsobu výuky<br>Helena Haškovcová .....   | 63 |

### SEMINÁRNÍ PRÁCE STUDENTŮ 3.LF UK:

|   |    |
|---|----|
| Alkohol v moderní společnosti<br>[Ten, kdo chodí zadem bez pozvání]<br>Markéta Bakalářová ..... | 64 |
| Nástin etické problematiky v epidemiologii<br>Pavel Slezák .....                                | 69 |
| Zdravotníci a A.I.D.S.<br>Jiří Mareček .....  | 74 |
| Problematika starostlivosti o starých občanov<br>L. Ševčík .....                                | 79 |

## Fakulta

|   |     |
|---|-----|
| Místo filosofie na lékařských fakultách<br>Jiří Ježek .....   | 84  |
| Některé zásady organizace postgraduálního vzdělávání<br>ve FN KV a 3.LF UK .....                          | 89  |
| Nabídka školicích akcí 3.LF UK a FN KV<br>pro školní rok 1992-1993 .....                                  | 92  |
| Doplnek k předhledu videozáznamů přednášek habilitovaných<br>osobností a zahraničních hostů 3.LF UK ..... | 120 |

## Doporučujeme

|  |     |
|--|-----|
| Memorix - vademecum lékaře<br>Conrad Droste, Martin von Planta ..... | 124 |
| Atlas lidských leukocytárních antigenů<br>Kristián Koubek .....      | 126 |

## AKTUÁLNÍ PROBLÉMY

# PODIVNÁ DUŠEVNÍ SLABOST

R a i n e r F l ö h l

Zdá se, že bezradnost a rezignace ochromují pražské vědce. Existuje sice skupina aktivních badatelů, kteří usilují o reformu, ale většina jejich kolegů upadá do letargie. Rudolf Zahradník, ředitel Heyrovského ústavu fyzikální chemie a elektrochemie v Praze, vidí svou zemi jako postiženou zlou nemocí, jakousi duševní AIDS-infekcí, kterou trpí i mnozí vzdělání lidé, kteří by mohli dělat něco rozumného. Chybí jim vnitřní hnací síla. To asi souvisí s tím, že "transformace" společnosti je navzdory všemu budování stále ještě zasažena rozpadem. Svědčí o tom i rozpad ČSFR. Obtíže s tím spojené mohou zhoršit už beztak mizernou pozici vědy.

Československo patřilo odedávna k čelním kulturním zemím. Věda a průmysl zde byly na počátku století vysoce vyvinuty, po založení státu r. 1918 rozkvetly. Karlova universita je nejstarší vysokou školou ve střední Evropě, ČVUT v Praze byla na kontinentě první institucí svého druhu (zde se p. Flöhl mylí, ČVUT byla budována po vzoru francouzské École polytechnique). Tato velká tradice byla přerušena Hitlerovou invazí. Vysoké školy byly r. 1939 uzavřeny, přední učenci emigrovali. Poté, co se dostali r. 1948 k moci komunisté, následovaly nové čistky, jimž padli za obětí "měšťačtí profesori". Ti často našli útulek v ústavech ČSAV.

Když skončilo pražské jaro, začaly počátkem 70. let nové čistky na universitách i v Akademii. Tak ztratily svou vitalitu především university. Podle sovětského vzoru byla badatelská činnost přesunuta převážně na Akademii. Vysoké školy se staly pouhými učilišti. Avšak ani akademický výzkum nesplnil ideologické přísliby. (snad spíše předpoklady, ne?) Za socialismu byla věda proto tak silně podporována, protože se věřilo, že objevy povedou bez nesnáží k úspěchům v průmyslu, že z každého základního výzkumu vznikne rychle přes výzkum aplikovaný užitečný produkt. Tato představa se v praxi nepotvrdila, což mělo pro obyvatelstvo těžké následky.

Podle předsedy ČSAV, polymerního chemika Otto Wichterleho, je toto zklamání příčinou všeobecné ztráty důvěry ve vědu. Tím si lze vysvětlit, že věda nezískala na vážnosti ani po sametové revoluci. Těší se jen okrajové pozornosti. Nová politika hospodářské obnovy, zcela tržně zaměřená, pozici vědy ještě zhoršuje. Mnozí v Praze se domnívají, že na vědu je škoda peněz. Zvláště když těch je málo a věda nepřináší žádný hospodářský užitek. Na několik let je tedy možno se výzkumu vzdát. Ostatně, i za německé okupace byly vysoké školy uzavřeny. Zajmout takové postoje lze tím snáze, že následky není bezprostředně vidět.

Přes tato protivenství vysoké školy i Akademie ještě fungují. Zaostalost vybavení - a tím i napojení na mezinárodní úroveň - se však dají prostředky momentálně dostupnými zlepšovat jen zvolna. Je nezbytná zahraniční pomoc. Tento fakt se nevztahuje jen na financování výzkumu, ale především na vybudování samostatné vědní kultury. Na rozdíl od východního Německa, které se "předělává" podle západoněmeckého vzoru, je třeba v Československu nejprve určit cíle, úlohy pro jednotlivé partnery - stát, politiku a vědu.

Který systém je pro zemi - už dávno jde v Praze jen o Čechy a Moravu - přiměřený? Dnes si navzájem konkurují různé zahraniční modely: americký, francouzský a německý. Přitažlivost amerického

modelu je zřejmá. Americké znamená: svobodně, demokraticky a dynamicky. Všechno, co zavání byrokracií, byť by to přicházelo třeba z Francie, je podezřelé.

To, že také svoboda i demokracie narážejí na určité hranice, se v Čechách a na Moravě ukazuje právě na vysokých školách. Ty získaly opět svou autonomii už půl roku po revoluci. To posílilo moc fakult do té míry, že nadřazené zájmy se na vysokých školách téměř nedají prosadit. Proto se uvažuje o rozšíření kompetencí pro rektory a děkany. Autonomie fakult vedla dále k tomu, že zde mohly přežít staré profesorské struktury. Celá řada zatižených ředitelů ústavů a šéfů klinik byla sice propuštěna, ale ve střední akademické vrstvě se změnilo jen málo. Špatně chápaný sociální ohled brání rozhodné personální politice právě tak jako obava z demokratických rozhodnutí. Od přežívajících grémii lze sotva očekávat reformy, které by ohrožovaly současný stav.

Důkladná personální obnova je tím znemožněna. To pak znamená, že ani vynikající mladi vědci nenacházejí místo kvůli nedostatku prostředků, jak v rozhovoru konstatoval Cyril Hoeschl, děkan 3. lékařské fakulty University Karlovy. K tomu přistupují obtížné srozumitelná, zčásti si protirečící zákonná ustanovení. Tak např. kliniky nesmí přijímat od farmaceutického průmyslu žádné prostředky, ale na druhé straně ani ministerstvo zdravotnictví nemá na léčebný výzkum peníze.

Vzhledem k těmto poměrům vycestovávají talentovaní badatelé do ciziny, "brain drain" dosahuje už takových rozměrů jako tomu bylo v šedesátých letech v BDR. Jak tvrdý je boj o místa, to ozřejmil ředitel ústavu pro mezinárodní vztahy při ministerstvu zahraničí v Praze, někdejší disident, Pavel Seifter, na tiskové konferenci v Bonnu. Nyní je to již třetí generace vědců, která se nemůže rádně rozvinout, řekl Seifter. K mladým, kteří jsou plni energie, se řadí šedesátníci, kteří by chtěli ještě něčeho docílit, a pak čtyřicátníci a padesátníci, kteří spatřují svou šanci. A co bude teprve s tou nejmladší, zcela nezatiženou, čtvrtou generací, která se právě kvalifikuje?

Jakýmsi východiskem by mohlo být rozšíření vysokých škol. Pokud jde o počet studentů, je Československo na okraji evropského seznamu, ale nikdo neví, odkud co financovat.

Ještě dlouho po revoluci byl osud ČSAV sporný. Mnozí se zasazovali o její úplné zrušení a převedení ústavů k universitám, kde se - na rozdíl od technických vysokých škol - výzkum téměř neprovozuje. Tento radikální požadavek souvisí se silným zpolitizováním Akademie, kam bylo přijato během minulých let mnoho nekvalifikovaných partajníků a vytvořila se tak vskutku mohutná byrokracie.

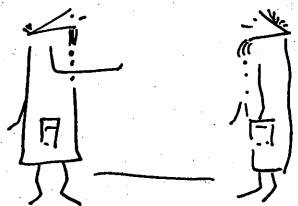
Mezitím ČSAV jakožto instituce více nebo méně zmizela. Má více předchůdců. První vědecká společnost byla v Praze založena r. 1771. Roku 1890 založil slavný fyziolog Jan Evangelista Purkyně Českou akademii věd a umění. Nyní má znovu vzniknout jako Učená společnost. Z ústavů někdejší komunistické Akademie přetrvává jen asi sedmdesát, společenské vědy byly odvrhnuty, o ekonomických vědách se diskutuje. Ostatní ústavy, mezi nimi mezinárodní renomované laboratoře, např. Ústav pro biochemii, chemii polymerů nebo Heyrovského ústav, hledají nové nositele. Dokonce i disidenti jako Seifter se domnívají, že by se mělo s tímto dědictvím opatrně zacházet a nemělo by se úspěchaně rozbíjet. Podle některých úvah by měly být některé ústavy pojaty do nové založené organizace na způsob Max-Planck společnosti. Interdisciplinární ústavy by mohly

dále existovat jako samostatná centra. Malé ústavy by mohly být nejspíše přičleněny k univerzitám.

Celkem vzato, nebyl výzkum v někdejší Československu žádnou katastrofou, ale také nic moc, čím by se bylo možno blýsknout, řekl v Bonnu Zahradník. V ČSAV je mnoho vědců, kteří by mohli ihned zaujmout vedoucí pozice. Reforma akademických ústavů je ale ztížena tím, že tam přetrvává jakási "odborářská mentalita", jak to formuloval Zahradník. Stará garnitura nechce uhnout. Podobně jako na univerzitách i zde chybí tlak na odstranění zatížených osob, neboť se chce postupovat demokraticky bez nových obětí.

Nářky na zdlouhavost transformace starých kádrů vzbuzují dojem stagnace. Tím vzniká zpitvořený obraz, neboť tam, kde byly staré bašty vymety, postupují reformy rychle. To platí o rektorech a děkanech, ale také o vládě a ministerstvech, přestože ti nevidí v podpoře vědecké práce prvořadý úkol. Vývoj půjde v naší sousední zemi očividně pomaleji než v bývalé DDR. Kdo však mluví v Praze s předními lékaři a vědci, cítí vůli získat znovu mezinárodní reputaci a navázat na velkou tradici meziválečných let. Zde si razí cestu příjemným způsobem hospodářský rozkvět, který zasáhl město a v menší míře i venkov.

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 18.8. 1992



PODARĪLO SE MI KONEČNĚ NAVÁZAT KOMUNIKACI  
S LIDSKÝMI GENY, PANE KOLEGO. ZEPTALY SE MNE,  
CO JSME VLASTNĚ ZAČ... ..

JD.

## Etika nebo ekonomika ?

Jana Šeblová

Začnu obecně známým faktem a zároveň citátem jedné z prvních příloh Lidových novin, věnované lékařské problematice: "chudé zdravotnictví".

Přes výkladní skříně tržně se chovajících lékáren hledíme dovnitř a sníme o tom, jak by se to léčilo, kdyby... Především kdyby pojišťovna přes všechna krásná televizní slova nebyla pouhou Potémkinovou vesnicí, živěnou z krátcího se státního rozpočtu, a kdyby zároveň ceny léků a veškerého zdravotnického materiálu nestoupaly do závratných výšek.

Již několikrát během letošního roku se tvrdilo, že od data "D" bude pojišťovna hradit zdravotnickým zařízením vykázané výkony, naposledy to bylo od 1.srpna. Pocvičili jsme se v několika variantách číselného kódování výkonů, a hodnota bodu, zkusmo či propočtem stanovená, se snížila úměrně tomu, kolik na zdravotnictví bude přiděleno. Budiž. Jenže paradoxně právě od data, kdy se simulovaný nácvik měl změnit aspoň na cvičnou jízdu, byly ve Vinohradské nemocnici (o situaci v jiných zařízeních nemám přehled) stanoveny nejprve rozpočty na léky pro jednotlivá oddělení, během září upřesněné na konkrétní vyčíslení částky na jednoho pacienta na den. Tato částka je vzhledem k cenám převážně dovážených léků a neexistenci domácích absurdně nízká, i když chápu, že vznikla rozdělením prostředků, kterými nemocnice disponuje. Jenže pro srovnání : pokud mi dětská lékařka při poslední nemoci mých dětí předepsala na jaře léky za zhruba 1.800 Kčs (a to ještě tehdy byly léky levnější), při dvou dětech a 100 ošetrovacích dnech mi vychází částka 90 Kčs x dítě<sup>-1</sup> x den<sup>-1</sup>. Jak se má přibližně do této částky vejít pacient, hospitalizovaný ve fakultní nemocnici,

s onemocněním, které je svou povahou, nebo závažností nezvládnutelné nejen v domácím ošetřování, ale i na nižší složce nižší zdravotní péče? Jak může být v tomto finančním limitu vyšetřen (včetně moderních diagnostických metod), připraven, odoperován a adekvátně doléčen, když náklady mohou ve vyjimečných případech dosáhnout nikoli desetinásobku, ale až stonásobku uvedené sumy, a to při léčení l e g e a r - a r t i s ?

To není bohapusté fantazírování, stačí si vzít ceník léků a spočítat, kolik např. stojí plná parenterální výživa, transfúzní přípravky, vlastní léky včetně antibiotik a zdravotnický materiál. Navíc lze těžko předpokládat, že další nemocní v úhrnu podobnou extrémní sumu sníží natolik, že se oddělení jako celek do limitu vejde, protože pak by na jednoho intenzivně léčeného pacienta muselo v nemocnici polehávat několik stínových duší, nejlépe bez jakéhokoliv léčení, kteří by pak celkem logicky žádnou fakultní nemocnici nepotřebovali.

První rozpor naší současné situace vidím mezi etickým příkazem léčit pacienta, na čemž má dosud ze zákona právní nárok a nám to na druhé straně ukládá Lékařská komora, a mezi ekonomickou nemožností toto léčení v plném rozsahu zajistit. (Respektive: zatím zajištěno je, ale za cenu stoupajících dluhů, a pak mi dovoluete otázku : kde je ta hranice, kdy nemocnice vyhlásí bankrot?).

Mechanismy finančního omezování jsou různé - od stop stavu objednávek přes počítač při překročení limitu (a v praxi pak následného komplikovaného doobjednávání léků jednotlivě na žádankách, podepsaných přednostou) až po krácení příplatků vedoucích pracovníků při přečerpání prostředků. Tímto se zcela jasně deklaruje, že nejlepší přednost je ten, na jehož oddělení se léčí levně, bez ohledu na to, jakým způsobem je to docíleno, bez ohledu na obrát pacientů, výsledky léčby, její délku, bez ohledu na to, co se vlastně kde dělá. Nezdá se mi to ani etické, ani logické; zdravému rozumu by spíš odpovídal ten postup, že při překročení či soustavném překračování finančního rozpočtu by pojišťovna

vyslala na příslušné oddělení své revizní lékaře, kteří by přímo na místě rozebrali, kde se dá ušetřit, kdy bylo co podáno zbytečně a co už pojišťovna není ochotna hradit.

Bez tohoto dialogu není možné situaci zvládnout a stanovit meze, kde na jedné straně ohrožujeme své pacienty neposkytnutím přiměřené péče, a na straně druhé, kde už se léčení stává luxusem. Navíc kolikrát není směrodatná pouhá diagnóza, ale konkrétní okolnosti, stupeň postižení, míra diagnostických pochyb a ostatní faktory včetně časových. Netvrdím, že se na lécích nedá ušetřit, ale tvrdím, že ne vždy. Navíc by toto šetření mělo být až na posledním místě ze všech možných způsobů - ne každý případ vyřeší příroda, čas a vlídné slovo.

Do druhého rozporu bychom se při snaze dodržet rozpočet ber kde ber mohli velmi snadno dostat, pokud by si pacient nebo jeho příbuzní stěžovali na neadekvátní lékařskou péči a pokud by tato stížnost byla oprávněná. Těžko bychom při eventuálním soudním sporu argumentovali tím, že pan X. se měl nechat srazit autem nejdéle do 10. dne v měsíci, protože později už není v lékařské moci dostat potřebné léky z lékárny na kliniku, která má stop stav. Přiznejme si, že pana X. nebo kohokoli jiného v ohrožení života vůbec nezajímá, jestli a jak funguje pojišťovna, ostatně celý život platil ne zrovna malé daně a má nárok být léčen podle závažnosti svého stavu, a nikoli podle předem naplánovaného harmonogramu.

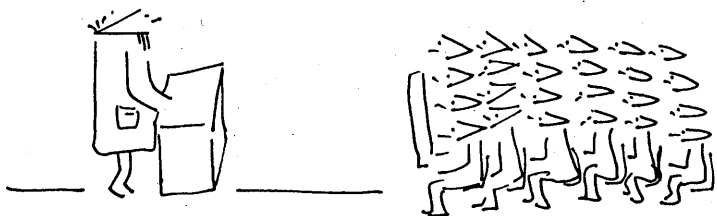
Dalším rozporem, poněkud vzdálenějším a zároveň nejen zdejší, je adekvátnost poskytovaných prostředků vzhledem k prognóze pacienta. Je to například otázka tzv. heroické medicíny nebo značná finanční náročnost dlouhodobé resuscitační péče u pacientů, kde se vyhlídky na alespoň přiměřené výsledky léčby blíží nule. Rozhodování o perspektivě pacienta, o tom, komu poskytnout jakkoli drahé léčení za všech okolností a komu de facto tuto šanci upřít je nesmírně náročné profesionálně i lidsky a ekonomické faktory v něm nesmí hrát žádnou roli - to bychom už překračovali

hranice medicíny. Tento problém nemají vyřešen ani v zemích, kde zdravotnictví funguje a nehrozi v kterémkoli okamžiku kolapsem. Jenže pokud bychom brali v úvahu finanční možnosti našeho zdravotnictví při striktně dodržovaných rozpočtech, prováděli bychom selekci na tak nízké úrovni, že by pacient neměl šanci přežít ani plně zvratný stav, který vyžaduje neodkladné a intenzivní léčení, byť jen po relativně krátkou dobu.

Myslím, že všechny uvedené otázky se dají zobecnit do rozporu mezi ideálním a reálným, neboli - podle přeživší marxistické, ale v tomto případě přílehavé terminologie - mezi teorií a praxí.

A zároveň mám pocit, že poslední dobou se nám tato propast pod nohama rozjíždí stále víc a víc. Jako lékaři - a zatím se za ně stále ještě považujeme - bychom měli především léčit a hájit práva svých pacientů, nikoli nosit v hlavě v každém okamžiku účetní stav svého oddělení. Vždyť jde o lidi...

[říjen 1992]



PTÁTE SE, ŽAK JSEM SE DOPRACOVAL KE SVÝM  
OBJEVŮM. INU, DLOUHÁ LÉTA JSEM NEMĚL  
DOST PENĚŽ NA VÝZKUM. TAK JSEM ZKOUŠEL  
PŘEMÝŠLET...

??

## Problematika ideální a dostupné medicíny

Helena Hašková

Ideální medicína je termín označující takové lékařské postupy, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky. Dostupná medicína je termín rezervovaný pro stav praktické lékařské praxe, která samozřejmě respektuje postupy lege artis, ale která se různou měrou za ideální medicínou opožďuje. Je nasnadě, že věda vždy byla, je a bude o "kousíček" dál, než od ní odvozená praxe. V našem století vědy a techniky se distance ideální a dostupné medicíny zvětšila a to paradoxně v situaci, kdy se "věda stala výrobní silou". Čím větší je propast mezi ideální a dostupnou medicínou, tím hůře pro nemocné, které trpí bolestí a umírají v čase, kdy prostředky proti jejich bolesti a způsoby jejich záchrany jsou špičkovým vědcům známy. V nelehké situaci se ovšem nacházejí i praktičtí lékaři, kteří rozpor mezi ideální a dostupnou medicínou těžce snášejí; za takového stavu záleží pouze na jejich individuálním rozhodování, komu bude poskytnuta forma ideální medicíny a komu nikoliv. Oni jsou to, kteří s definitivní platností rozhodují o tom, kdo bude žít dál a komu naopak toto "privilegium" bude odmítnuto. Tíha odpovědnosti lékařů je vysoká a nezasvěcenému se může oprávněně zdát, že řešení lze najít v postulacích jistých medicínských a především etických kritérií. Stanovení pravidel nepochybně snižuje trýzeň, kterou prožívá lékař při rozhodování. Neudivuje proto, že se v posledních desetiletích mnozí erudovaní profesionálové pokoušeli o vypracování kritérií "komu ano, komu ne". Nejruznější systémy kritérií tohoto typu bývají nazývány tzv. matematikou milosrdenství. Dlužno dodat podstatně: mnoho jasu však do složité problematiky nevnesly, a v podstatě, řekněme si to upřímně, selhaly. To proto, že došlo k záměně problémů ekonomických za etické. Jak tedy máme na problémy tohoto typu nahlížet a jak můžeme pomoci?

Ohlédneme-li se do historie lékařství, najdeme v ní bezpočet příkladů dokládajících existenci rozporu mezi ideální a dostupnou medicínou. Artikulace problémů však měla jiný ráz a byla poplatná té které době. Problém však byl týž: jak zajistit ideální medicínu, jak ji učinit dostupnou v krátkém čase mnohým, popřípadě

všem, jak výrazně snížit rozpor mezi stavem vědy a praxe. Legendární sir Alexander Fleming objevil penicilin už v roce 1928 a přesto ještě řadu dalších let umírali na světě lidé, kterým penicilin mohl pomoci nejen k záchraně, ale dokonce i k celkové úzdavě. Učinit penicilin dostupný, znamenalo zahánit jeho efektivní výrobu. Podařilo se. Ostatně mnoho dalších věcí se zdařilo.

Všimněme se však těch situací, které se nepodřilo vyřešit a co je smutnější, nezdařily se nám, v Československu.

Takovým exemplárním příkladem může být historie vzniku a vývoje umělé ledviny, jakož i její současná světová a naše praxe.

Švýcarský publicista Jurgen Thornald, specializovaný na popularizaci medicíny, kdysi napsal: "Dějiny lékařství nepsali svým potem pouze lékaři a vědci, ale také pacienti". Tato slova do písmene vystihují minulost - a žel, i československou přítomnost - léčby umělou ledvinou.

Historie vzniku umělé ledviny, tedy přístroje, který dnes dokáže plně nahradit funkci "pravých" ledvin, se začala psát již v roce 1930 v groningské fakultní nemocnici. Tehdy sedmadvacetiletý holandský lékař Villem Kolff byl odsouzen do role sekundanta smrti dvaadvacetiletého chlapce, Jana Bruninga. Mladý pacient zemřel, protože nejen jeho lékař - ale v té době žádný lékař na světě - nedokázal zvítězit nad selháním ledvinových funkcí. Citlivý Villem Kolff však z tragické smrti mladíka vyvodil závěry a rozhodl se, že "takový způsob záchrany existovat musí".

Villem Kolff začal s konstrukcí přístroje, který by byl schopen plně nahradit funkci ledvin. Bylo třeba vyřešit mnoho technických i medicínských problémů, než mohl Kolff v roce 1945 oznámit odborné veřejnosti, že první pacientka na světě, Sofie Schafstadtová, se s úspěchem podrobila dialyzační léčbě. Thorwald uvádí podrobnosti: tato žena trpěla akutním selháním ledvin a dostala na vybranou: buď se podrobí léčbě záhadným přístrojem /kterému říkali "smrtící stroj"/ a v případě úspěchu získá jako odsouzená kolaborantka svobodu, nebo ztratí život i s nadějí na svobodu. Vybrala si. Zemřela teprve v roce 1951, ve svých třiašedesáti letech.

Samozřejmě budeme dále sledovat nit historie umělé ledviny; nelze však opominout možnou úvahu, totiž zda je či není morální pokus provedený na člověku.

Villem Kolff nebyl jediný. V roce 1947 nezávisle na Holanďanovi oznámil objev umělé ledviny také Nils Alvall ze Švédska.

Vyhráno však zdaleka nebylo. Tehdejší přístroje velkých objevitelů byly primitivní a s jejich pomocí bylo možné zachránit jen ty nemocné, kteří trpěli akutním stavem selhání ledvin, tedy v těch případech, kdy přístroj překlenul dobu nefunkce a kde bylo možné předpokádat, že se funkce ledvin upraví. Jenomže jak pomoci lidem, jejichž ledviny selhaly a kde nebyla naděje na obnovení funkcí? Bylo třeba vyřešit řadu problémů s cílem umožnit nemocným trvalou substituci ledvin, tzn. chronickou dialýzu. Proto měla Kolffova i Alvallova historie dramatické pokračování.

Největší překážkou pravidelné a dlouhodobé dialýzy byl problém opakovaných vpichů. Jak lze zajistit, aby žíla "vydržela" v krátkých časových intervalech a po dlouhou dobu, tedy natrvalo, tolik zásahů jehlami? Technicky tento problém vyřešil v roce 1959 mladý americký lékař B.H. Scribner, po němž se tzv. vnější zkrat dodnes jmenuje "Scribnerův shunt". Prvním nemocným, který se podrobil chronické dialýze, byl Clyde Shils. Po deseti letech života s umělou ledvinou tento nemocný prohlásil: "Cítím se jako člověk, který se vrátil ze tmy do bílého dne."

Není možné, ani účelné vypisovat podrobně, kdo, kdy a jak přispěl k rozvoji chronické dialyzační léčby. Podstatné je, že zmíněné objevy byly základní a tvořily reálný předpoklad chronické dialýzy. V roce 1955 byla umělá ledvina senzací; až do roku 1960 se jí běžně říkalo "smrtící stroj", a to přesto, že již v tomto období měla svůj význam v léčebné praxi. Teprve v roce 1971 jí byl přiznán statut regulérní terapie. Jak postupoval technický pokrok, stoupala i kvalita dialýzy a nemocní skutečně dostávali šanci zachovat si svůj život jako individuální hodnotu.

Jenomže všechno má svůj rub a líc. Oprávněná radost zachránců i zachráněných se zkalila. Minimální počet přístrojů mohl zachránit jen odpovídající, tedy malý počet lidí. Zachránění se naopak museli potýkat s mnohými obtížemi plynoucími z omezeného života. Život s přístrojem má své zákonitosti a dominuje především časová a prostorová svázanost. Diskutujme ale prioritní otázku: jak to udělat, aby všem potřebným bylo možné nabídnout léčbu umělou ledvinou?

Prvním řešením, které bylo tzv. "po ruce", byla již zmíněná matematika milosrdenství. Problém snad trochu zrelativizovala, ale nevyřešila. Je známo, že mnoho lékařů neuneslo psychickou zátež rozhodování a proto někteří odešli pracovat do jiných oborů, jiní a nebylo jich málo, spáchali sebevraždu !/!. Řešení se nabí-



zelo v evidentně v jiné poloze.

Citujeme opět Jurgena Thorwalda: "Lékaři musejí dát politikům správná čísla". Efektivní ekonomie státu je limitujícím faktorem dostupné medicíny. Bohatý stát má zkrátka prostředky na to, aby prostor mezi ideální a dostupnou medicinou byl co nejmenší. Platí, že nikoliv každý pokrok v technice je pokrokem v humanitě; právě tak ale platí, že ve světě umělých ledvin je technický pokrok limitem života postižených. Tady je v přímoúměrném vztahu technika a humanita, tedy úroveň techniky vypovídá o úrovni ekonomie dané země. Hovoříme samozřejmě o prvním, byť nezbytném kroku. Až bude poptávka po přístrojích saturována, vyvstanou problémy další.

V Československu byl chronický dialyzační program zahájen už v roce 1955. Byli jsme první východoevropskou zemí, která zahájila tento způsob léčby. Všimněme si, s ohledem na základní znalost historie vzniku a vývoje umělé ledviny, že v onom zmíněném roce 1955 byla naše situace srovnatelná se světem: všude s chronickým dialyzačním programem začínali, všude naráželi na problémy, všude se potýkali s matematikou milosrdenství.

Jenomže v otevřeném světě, tam, kde ideologie nesvazuje ruce lékařům, tam, kde odborníci mohou říci svůj názor, tam získali politici a především ekonomové správná čísla. Zdraví, ale též o základních medicínských problémech poučení lidé, mohou vytvářet materiální hodnoty a deponovat jejich část tam, kde je naléhavě a netrpělivě očekávána; tedy do zdravotnictví. Bylo vypočteno, že teprve příjem 2 700 dolarů na osobu a rok vypovídá o ekonomické úrovni státu, který "má" také na provoz umělých ledvin. Dialyzační přístroje jsou drahé, i když s léty doznaly nejen technických proměn, ale i jiných, tedy nižších cenových hladin. Jenomže pouze přístroj nestačí; je třeba kryt - a to jak ekonomicky a technicky tak i mentálně - celý provoz dialyzačních služeb. Teprve součet těchto částí vytváří předpoklad proto, aby pacient byl nejen zachráněn, ale aby jeho zachráněný život měl smysluplnou hodnotu.

Zatímco Francie, USA, Japonsko a Izrael jsou schopny poskytnout dialyzační léčbu všem potřebným, v Československu umírá ročně asi 200 osob proto, že se nedostává dialyzačních přístrojů. Možná, že skutečné číslo odsouzených k smrti je ještě vyšší. Naši lékaři pracují v tvrdé realitě a teď už neskrývané mohou vyslovit neradostná fakta o tom, že některý nemocný je perspektivní a jiný naopak neperspektivní. Přeloženo do "lidštiny", jednoho lze za-

chránit, druhého nikoliv. Matematika milosrdenství, v ekonomicky vypělých státech světa opuštěná, je u nás aktuální a jen relativně usnadňuje každodenní rozhodování.

Doufejme, že pseudoetická kritéria už nebudou u nás dlouho v provozu. K zlepšení situace však nesmí zůstat nikdo pasivní.

Po sametové revoluci u nás začaly vznikat nejrůznější spolky pacientů stejné nebo podobné diagnózy a tudíž i shodných problémů. Jedním z nich je i Společnost dialyzovaných pacientů, jejich rodin a přátel. Členy Společnosti je i řada významných lékařů. Ti všichni na konferenci s názvem "Právo na dialýzu - mýtus či realita", která se konala 3.7.1991 v Praze, řekli politikům "správná čísla." Nepochybně je to dobrý začátek. Nemělo by však zůstat pouze u něho.

Svět dialýz je zvláštní. Laikům by se mohlo zdát, že uvedené problémy dialyzovaných pacientů jsou sice tíživé, ale týkají se relativně malého počtu osob. Tragickým omylem by bylo odvodit, že se nás to tedy vlastně netýká, protože konec konců těch "pár" potřebných ledvin nakonec někdo zaplatí. Nemylme se. Rozpor mezi ideální a dostupnou medicinou se týká naprosto každého z nás, i když v poloze různé dramatické a různé naléhavé. Nedostatek umělých ledvin má za následek přímou smrt potřebných lidí. V běžné lékařské praxi nejsou problémy zpravidla tak vypjaté, aby určitý nedostatek způsobil bezodkladnou smrt. Nicméně tentýž problém zůstává: má-li například lékař i krabičku oblíbeného Brufenu a pět pacientů, kteří by jej potřebovali, jedná se o analogickou situaci. Čtyři z nich budou totiž nadále trpět bolestí, ačkoliv je znám lék pomoci. Lze se obávat, že v současné ekonomicky obtížné době podobné situace nebudou vzácností.

Právě proto, že jsou naše prostředky omezené, musíme o věcech hovořit a z diskusí vyvodit kvalifikované závěry. Například v tom smyslu, že odlišíme podstatné od nepodstatného. Mnoho věcí mít cheme, ale nemusíme; léky, léčebné postupy a kvalitní zdravotnické služby mít musíme. Je třeba učinit všechno pro to, aby propastný rozdíl mezi ideální a dostupnou medicinou, který je u nás realitou, byl v dohledné době výrazně snížen.

*Tento text byl napsán na žádost šéfredaktora časopisu "Tvar" a původně zveřejněn v č. 28, 11.7.1991.*

Craig Shergold, 36 Selby Road, CARLSHOLTON, Surrey SM 1L D, U.K.

Prague, 6.th June 1992

Dear Craig,

my name is Milan Kment and I am living in a small country in the middle of Europe called Czechoslovakia. This country changed its political system in 1989 after 40 years of Russian supervision.

My country have 15 milion inhabitants and people are speaking quite different to your language which is called Czech language. It comes from the family of Slavonic languages.

About a half a year ago we received your wish to be on the first place in the Guinness s book in collecting of personal cards. A lot of different scientist, philosophers, doctors and artists from our country were very happy to send to you their personal cards to help you to be a winner. I was also one of the persons who sent you personal card.

In this letter it was also mentioned you are a sick boy at this momment and we wish you good health and many happy in next days.

It will be very helpful, of course only if your doctor and your parents allow you to cooperate, in writing a letter which would be published in our press organ and its copy we should like to send you back. If you can attach your photograph to this letter it would be very nice. We are waiting very urgently to your news about your place in Guinness book and also on your health.

I hope hearing about you very early.

Lovely

Milan Kment,  
Nitranská 16, 130 00 Praha 3, CSFR.

## Guinnessova kniha

M i l a n K m e n t

Nedávno jsem dostal od svého váženého přítele, vzdělaného a moudrého člověka, profesora lékařské fakulty, dopis, ve kterém mě žádá, abych svou visitku poslal na adresu nemocného chlapce ve Velké Británii. Chlapec je nevléčitelně nemocen a jeho touhou je dostat se do Guinnessovy knihy rekordů jako majitel největšího počtu navštívenek. Stejnou žádost mám dále rozmnožit, stálo v dopise mého kolegy, a poslat dalším 10 význačným osobnostem ve svém oboru. [Žádost byla otištěna i ve VN-Revue - pozn. redakce.]

Když jsem prohlédl asi 10-ti stránkový seznam, kde se skvěla jen jména význačných a známých lékařských odborníků, kteří se již do akce zapojili, neodvážil jsem se přerušit řetěz a neprokázat laskavost tomuto chlapci.

Když jsem si však představil, co zbytečné práce spojené s kopírováním, psaním a rozesiláním reprezentuje tento - snad láskyplný - akt, začal jsem pochybovat o smyslu takového počínání. Začal jsem si představovat, jak asi se při tomto pomyšlení musí stát vizitka chlapci nepříjemnou, pokud mu tuto reflexi jeho rodiče nabídnou. Vždyť i podobná akce se sbíráním lístků s čárkovými kódy na získání vozíků pro invalidy zdarma se později ukázala jako nesmysl.

Nemohu si pomoci, ale stále jsem měl před očima nesčetné dopisy řetězového typu, které každý z nás od malička dostával, v nichž se většinou ještě hrozilo trestem za přerušeni řetězu a nabízela se výhra či splnění přání.

Nevychází podobná "akce" ze stejné dílny? Nejdříve mě napadla dílna psychopata nebo skupin, které se v duchu smějí, jak ten či onen profesor nalepuje známky a posílá řetěz dál. Nebo je to skupina obchodníků, kteří chtějí, aby se kopírovací stroj dříve

opotreboval a musel se koupit nový? Nebo jde o projev náboženské sekty, která si chce udělat čárku v dobročinné aktivitě oproti společnostem jiným? Představu, že takový chlapec snad ani neexistuje, zamítám jako bohapustý cynismus.

Osobně mě připadá divné, že sedmiletý chlapec sbírá vizitky. Asi jsou dnes děti chytřejší a vzdělanější. Já jsem zcela určitě v tomto věku o existenci této kartičky nic nevěděl.

Také jsem uvažoval o tom, že které světové strany takovéhle nápady mohou přicházet. Jak plyne z chlapcova bydliště, asi to nebude z východního bloku - víme, jaké měli v SSSR potíže se získáním psacího stroje, vždyť celé lékařské zprávy byly psány ručně. Avšak jméno zprostředkovatele může pocházet odkudkoliv. Že by západní svět chtěl přivábit občany bývalého "východního bloku", aby k sobě měli blíže než dosud a právě touto cestou projevovali milosrdenství?

Možná je celý problém dán mou pohodlnou povahou. Nerad totiž dělám věci, které považuji za zbytečné. Snad nikoho ani nenapadlo o celé akci přemýšlet, a když, tak pouze v dobrém. Možná, že se jedná o jednu z dalších tisíců bezvýznamných hloupostí, které sebou přináší změněný svět. Možná, že to připadá jako hloupost jenom mně.

Ani podporování soutěživosti a touhy mít něčeho hodné se mně nezdá příliš chvályhodnou snahou. Vidíme denně, kam se dostal sport, který stále hledá rychlejší, větší, delší, a bůhvíjaké výkony, které již leží téměř za hranicí lidských možností. Jako příklad může posloužit nová disciplína v rychlém sjezdu na lyžích ze svahu, při němž závod končí ve chvíli, kdy se diváci stačili teprve shromáždit.

Je cesta za maximálními výkony hodna ocenění? Nejsme štvání spíše psychologickou reklamou firem, které musejí stále produkovat větší, barevnější, ale hlavně jiné a dražší výrobky? Nebylo by smysluplnější, jak se dnes říká (ale jen Václav Havel má na toto slovo právo, neboť on jej uvedl do našeho slovníku a skuteč-

ně naplnil obsahem), odřící si třeba posezení u piva a jít si popovídat se starým, protivným a nemocným sousedem a přinést mu řízek, který mu už hned tak nikdo neudělá? Nebo poslat svou dceru, aby šla nepohyblivé sousedce umýt okna, když její děti odjely na chatu a nemají na ni čas?

Rozdělil jsem se s vámi o několik úvah, které mě napadly při organizovaném "konání dobra". Nevím také, jak se na mou aktivitu dívali ti kolegové, kterým jsem řetěz poslal a kteří jsou již v důchodu. Pro ně to znamenalo nadbytečné finanční zatížení. Bylo to ode mne asi netaktní obtěžovat osoby, za které to již žádný úřad nezaplatí. Ale v tom by přece měl být právě smysl daru, dávat ze svého nedostatku, jak oceňuje snahu chudé vdovy evangelista (Marek, 12, 41-44). Také já jsem měl, namítnete správně, jít na poštu, zaplatit, nechat rozmnožit na vlastní náklady nebo opsat. Přiznám se, že mě vše napadlo až po skončení tohoto díla. A proto se omlouvám.

Anebo je to prostě tak, že dobrodiní musí být organizované a viditelné. Jinak by je nikdo nechtěl provádět nebo publicita by byla malá a tisk by neměl o čem psát. Jiná možnost je, že všichni považují tento akt za neškodné dobrodiní, které udělá jejich sekretářka a nic to nestojí. Hlavně, když máme zase jeden úkol hotov a chlapci, náhodně vybranému, bude jaksi pomoheno. Jen nevybočovat z řady, teď se to dělá, tak nereptat a neptat se. Už jsme odsouhlasili a udělali tolik jiných zbytečností, tak proč přemýšlet zrovna o této?

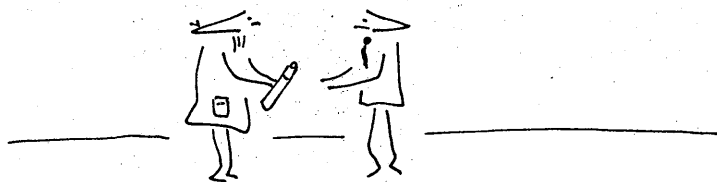
A nakonec: co mě vedlo k napsání této úvahy.

Brzy po začátku revoluce do naší vlasti začaly proudit zástupy různých osobností, které jsme do té doby nemohli respektive nesměli vidět. Často to byli misionáři různé barvy pleti a síly hlasu, hovořící většinou anglicky, propagující různé způsoby víry v Boha, často s příslibem uzdravení nebo získání řady duchovních nebo i tělesných výhod. Bylo opravdu těžké se vyznat, kdo je pravou osobností, i když tušení většinou nezklamalo. A tu se objevil

v Lidových novinách zajímavý článek, poskytující určitý návod. Týkal se jakési indické světice, která se s námi přišla rozdělit o dary svého božství. Autor článku upozornil na zajímavé pozorování. Nedokáže-li si taková významná osobnost najít ve své nové vlasti ani takovou odpovědnou skupinu přátel, která by jí zajistila vytištění plakátu ve správné češtině, pak asi ani její učení nebude dávat naději na očekávání nějakého mimořádného sdělení. Výsledek setkání této předpovědi dal za pravdu.

Podobně i přeložený dopis, vyzývající k prokázání radosti malému Craigovi, obsahoval hrubé chyby. Maličkost, snad, ale jejich souhrn? Jak naproti tomu působí neokázalá pomoc Výboru dobré vůle paní Olgy Havlové, jejíž připravovaná Zpráva pro příznivce tohoto výboru, začínající právě výše uvedeným biblickým citátem, se vyznačuje neobyčejnou skromností. Rád bych Vás seznámil s působením tohoto sdružení, jak jsem jej vyslechl z úst jejího člena pana Klementa Lukeše, v některém z příštích čísel tohoto časopisu.

## ZAHRANIČÍ



HODNĚ ORGANIZOVANÉHO ŠTĚSTÍ,  
PAVE DOKTORE !

??

**ZPRÁVA O POBYTU  
V KATETRIZAČNÍ LABORATOŘI SOUKROMÉ NEMOCNICE  
VE ZWOLLE [NIZOZEMÍ]**

P e t r   W i d i m s k ý

V období 6. - 18. září 1992 jsem měl možnost pracovat dva týdny v katetrizační laboratoři kardiologického oddělení nemocnice "De Weezenlanden" ve Zwolle (město ve středním Nizozemí, velikosti odpovídající Plzni). Toto kardiologické oddělení patří mezi 12 školících kardiologických center v Nizozemí (8 univerzitních a 4 soukromé nemocnice). Byl jsem pozván dr. Suryapranatou během jeho třídního pobytu v katetrizační laboratoři II. interní kliniky FN Praha-Vinohrady v červnu 1992. Účelem pobytu bylo získat co nejvíce praktických zkušeností v provádění PTCA na pracovišti, které provádí 1200 PTCA ročně. Od prvního dne mi bylo umožněno provádět (ev. asistovat) všechny PTCA pod vedením někoho ze zkušených zdejších kardiologů (dr. Suryapranata, dr. Zijlstra, dr. Hoorntje, dr. DeBoer), ve druhém týdnu mi již bylo umožněno provádět většinu PTCA zcela samostatně, jen s asistencí zdravotního "bratra" (viz níže). Celkem během zmíněných dvou týdnů bylo ve Zwolle provedeno 42 PTCA, s primární úspěšností 98% , bez komplikací. V této krátké zprávě se zaměřím jednak na vlastní zkušenosti ze zdejší katetrizační laboratoře, jednak se pokusím o srovnání této soukromé nemocnice se státní universitní nemocnicí (rotterdamským Thoraxcentrem).

**Kardiologické oddělení.** V nemocnici se spádovou oblastí 300 000 obyvatel pro koronární jednotku a 1 milion obyvatel pro PTCA a kardiochirurgii je kardiologické oddělení s celkem 55 lůžky (z toho 10 lůžek na koronární jednotce) a kardiochirurgické

oddělení se 45 lůžky (z toho 8 lůžek na pooperační jednotce intenzivní péče). Kardiologické oddělení je jako v celém Nizozemí úplně oddělené od interního oddělení, má mnohem bližší vztah ke kardiochirurgii, s níž je na jednom patře.

Na kardiologickém oddělení pracuje 7 kardiologů a 7 mladých lékařů ve výcviku. Všech 7 kardiologů si je postavením rovno: oddělení nemá žádného titulárního přednostu, o všem rozhoduje společně vzájemnou dohodou všech 7 kardiologů. Po 1 roce cirkulují ve vedení jednotlivých oddělení, každý má svou ambulanci a za své pacienty si je odpovědný "od A až do Z" (tj. od klinického vyšetření přes zhodnocení echokardiogramu až po diagnostickou srdeční katetrizaci). O složitých případech se samozřejmě radí společně. V nepřítomnosti se flexibilně zastupují. Nové pacienty si rozdělují mezi sebe zcela rovnoměrně, způsobem připomínajícím randomizaci (zabrání tak příp. sporům mezi sebou o "výhodné" pacienty).

Všech 7 kardiologů tvoří společně se 4 dalšími kardiology ze druhé nemocnice ve Zwolle ekonomicky samostatnou podnikatelskou jednotku (právníckou osobu, tzv. "maatschap") se smluvními vztahy k nemocnici, k pojišťovnám, i k soukromým firmám. Jediný z nich, který nekatetrizuje, se zabývá manažerskou činností pro celou skupinu. Všichni společně tvoří překvapivě dobrý tým. Veškeré smlouvy (vč. zkoušení léků pro firmy) uzavírají jako tým. Smlouva s nemocnicí stanoví, že nemocnice jim bezplatně poskytne prostory, veškeré přístrojové vybavení, léky, katetry, a též veškerý personál, a oni za to jsou povinni v prostorách nemocnice provozovat kardiologii ve smluvně daném rozsahu. Finanční úhradu za práci inkasují lékaři přímo od pojišťoven. Čili lékaři nejsou zaměstnan-

ci nemocnice, ale zaměstnává je jejich vlastní 11-členný "maatschap". Všichni ostatní pracovníci (sestry, laboranti, administrativní síly, úklid, atd.) jsou zaměstnanci nemocnice. Pojišťovny "maatschapu" vždy na rok dopředu smluvně stanoví horní limity na počty některých drahých výkonů (např. PTCA). Lékaři mohou udělat více, ale výkony nad stanovený limit jim nebudou proplaceny. Limit je však více než přijatelný - na rok 1993 činí 1400 PTCA. Za každý výkon (od ambulantního kardiologického vyšetření až po implantaci kardiostimulátoru) pojišťovna platí zvlášť nemocnici a zvlášť lékařům. Např. za 1 PTCA inkasuje nemocnice 6900.- NLG a lékaři 1500.- NLG.

**Katetrizační laboratoř.** Oddělení má dva katetrizační sály plně vybavené včetně digitální subtrakční angiografie. Na nich se ročně provádí kolem 3500 katetrizací (z toho 1200 - 1400 PTCA a cca 100 primoimplantací kardiostimulátorů). Diagnostické katetrizace provádí 6 ze 7 kardiologů, PTCA však jen 4 z nich (viz výše). O tom, kteří z těch sedmi mohou provádět PTCA se dohodli navzájem sami (viz níže). V laboratoři je zaměstnáno celkem 10 středně zdravotnických pracovníků (9 mužů a jedna žena), kteří pracují v nepřetržitém provozu. V normální pracovní době (8.30 - 17.00) jsou 3 na každém sále, v noci a o víkendy slouží jeden pro oba sály. Všichni ovládají dokonale jak sesterskou práci (injekce, infuze, kanylace periferních žil, apod.), tak i veškerou přístrojovou techniku a počítače. Jsou proto navzájem libovolně zastupitelní.

K provádění PTCA v Nizozemí se neuděluje žádná zvláštní licence - ani pro jednotlivé lékaře, ani pro nemocnice. Zatím se PTCA provádí ve 12 školících centrech. Stejně jako v Německu, Francii, a v poslední době i v USA, je i v Holandsku trend umožnit

provádění PTCA u méně rizikových nemocných i v dalších katetrizačních laboratořích (jichž je v Holandsku celkem 53 !), tj. bez kardiochirurgického krytí v rámci téže nemocnice. V některých nemocnicích se tak již děje. O tom, který lékař provádí PTCA a který nikoli, se rozhoduje výhradně uvnitř každého pracoviště vnitřní dohodou lékařů. Hlavním kritériem (znalosti jsou samozřejmou podmínkou) přitom je manuální šikovnost a pevné nervy se schopností rychlého rozhodování.

Každou srdeční katetrizaci (včetně PTCA) provádí jeden lékař s jedním sterilně oblečeným "bratrem", druhý "bratr" je k dispozici na sále pro aktuální průběžné úkoly, a třetí obsluhuje přístroje. Diagnostické katetrizace jsou vždy tentýž den posouzeny na společné schůzce s kardiochirurgy (často jen 1 kardiolog s 1 kardiochirurgem), na niž je stanoven další postup (okamžitá operace či PTCA, zařazení do čekací listiny na operaci či na PTCA, konzervativní postup).

O dalších zvyklostech laboratoře jen heslovitě:

- u hraničních stenoz (50-70%) se o jejich závažnosti před ev. PTCA přesvědčují změřením transstenotického gradientu za bazálních podmínek a po 6 mg papaverinu intrakoronárně (za významný gradient považují hodnoty nad 30 mmHg)
- valvuloplastiky a transseptální katetrizace neprovádějí, neboť počet nemocných s revmatickými vadami v Nizozemí je extrémně nízký
- délka hospitalizace koronarografie 24 hodin, PTCA 48 hodin

Výzkumná činnost laboratoře je omezená - jedna se o soukromou nemocnici, proto naprostou většinu tvoří klinická práce. Výzkum je však součástí klinické práce v největším možném měřítku - opět je však zaměřen na profit: zkoušení různých léků pro farmaceutické

firmy, vývoj počítačových programů pro katetrizační laboratoře. Nejznámějšími výsledky výzkumné práce je program "Myocardial Flow Reserve", který vyvinul dr. Zijlstra pro DCI firmy Phillips, a nejnovější randomizovaná studie srovnávající okamžitou PTCA proti intravenózní trombolýze u akutního infarktu myokardu (přednášel rovněž dr. Zijlstra na Evropském kardiologickém kongresu v Barceloně). Po katetrizacích zkouší tzv. "VasoSeal", tj. zvláštní substanci na bázi kolagenu, která se vpraví speciálním aplikátorem na otvor v tepně a za minutu je krvácení zastaveno a pacient může tentýž den začít chodit.

Srovnání soukromé nemocnice (Zwolle) s univerzitní (Rotterdam). V rozmezí 1 roku jsem měl možnost poznat detailně tato dvě pracoviště, která obě patří mezi 12 školících kardiologických pracovišť v Nizozemí. Pokusím se zde heslovitě srovnat podobnosti a rozdíly mezi nimi.

|                    | <u>Rotterdam</u> | <u>Zwolle</u>        |
|--------------------|------------------|----------------------|
| počet lůžek        | 65               | 55                   |
| počet lékařů       | 25+12(+10)       | 7+7                  |
| počet PTCA/rok     | 800              | 1200                 |
| počet operací/rok  | 1000             | 1250                 |
| role výzkumu       | prioritní        | druhořadá (hobby)    |
| výuka mediků       | ano              | ne                   |
| výchova kardiologů | 8                | 2                    |
| zahr. stážisté     | minim. 10        | ojedinele            |
| semináře           | 2x týdně         | žádné                |
| plat kardiologa    | 10 tis. NLG      | 30 tis. NLG (brutto) |

Z uvedeného je patrné, že kardiolog v univerzitní nemocnici má

pestřejší práci, méně klinických povinností, dostatek času i prostředků na výzkum, fixní plat nezávislý na počtech vyšetřených nemocných. Je hodnocen především podle kvality publikací, přednáškové činnosti, zavádění nových metod, apod. Naopak kardiolog v soukromé nemocnici je velmi vytižen klinickou rutinou (na přibližně stejný objem práce je 4x méně lékařů), výzkumnou práci dělá spíše jako hobby (byť často pro peníze). Souhrně řečeno: univerzitní kardiologové jsou slavnější, kardiologové v soukromých nemocnicích bohatší. Skutečný platový rozdíl však není tak velký, neboť státní zaměstnanci mají od státu hrazenou značnou část důchodového, nemocenského a odpovědnostního pojištění, díky nižšímu příjmu mají nižší % dani, atd. Reálný poměr příjmů je tedy asi 1:2 ve prospěch kardiologů v soukromých nemocnicích.

V této souvislosti si neodpustím ještě jeden poznatek: v Nizozemí je t.č. 580 registrovaných kardiologů, z nich však jen asi 30 (vesměs starších) pracuje solově v soukromých ordinacích. Všichni mladí kardiologové zůstávají v nemocničních zařízeních ať již soukromých nebo univerzitních. Důvod je jak ekonomický (soukromý kardiolog bez koronární jednotky a katetrizačního sálu za zády nepřiláká již dnes příliš pacientů), jednak odborný (bez praxe z akutní kardiologie, bez katetrizací, kardiostimulací, bez velkého spektra echokardiografických nálezů se ze soukromého kardiologa časem stane praktický lékař).

# Neurofysiologické ústavy ve Vídni

Richard Rokyt a

V dubnu 1992 jsem měl možnost navštívit Vídeňskou universitu. Tato universita je prakticky největší universitou v Evropě. Spojuje na 70 tisíc posluchačů, z toho 11 tisíc na lékařské fakultě. Jak mi sdělil děkan této fakulty farmakolog prof. Kraupp, jde o obrovský kolos velmi obtížně zvládnutelný. Na Vídeňské universitě má Čech velmi dobrý pocit, protože se cítí hrdý na minulost, kterou představuje Dvůr slávy Vídeňské university. Ta byla založena těsně po universitě pražské v r.1364 jako třetí nejstarší universita ve střední Evropě (na východ od Rýna a na sever od Alp) po Praze (1362) a Krakově (1362). Největší slávu českému jménu přineslo 18. a 19. století, kdy ve Vídni působila obrovská plejáda profesorů a universitních učitelů, buď Čechů či alespoň narozených v Čechách a na Moravě. V oblasti medicíny jsou známa jména jako Rokitanský, Škoda, Duchek, Albert, Wiesner, Seeger, Hebra, Chrobak, Kahler, Kiwish, Breisky, Pawlik, Molisch, Hofmann, ale i mnoho jiných vynikajících profesorů z jiných oborů, jako chemici Späth, Skraup, Ludwig, právníci Czyhlarz, Wahlberg, Exner, filosof Zimmermann a další. Lze si jen přát, aby tato tradice alespoň částečně pokračovala.

Do prvního ročníku se na vídeňské universitě přijímá 1600 posluchačů, do druhého ročníku postoupí 800-1000 posluchačů a po šesti letech promuje cca 300 posluchačů. Proto převážnou většinu celkových 11 tisíc posluchačů lékařské fakulty tvoří posluchači prvních ročníků studia. V prvních třech ročnících studia dojde k velkému výběru kvalitních studentů.

Vídeňská neurofysiologická pracoviště jsem navštívil ještě odděleně, ale zdá se, že brzo budou tato pracoviště spojena v jeden neurofysiologický ústav. Pracoval jsem v Institut für Neurophysiologie Universität Wien. V jeho čele stojí prof. Petsche, známý zejména svými výzkumy v oblasti epilepsie. V posledním období zejména svými výzkumy v oblasti epilepsie. Nyní se zabývá i neurofysiologickými projevy působení hudby.

Na tomto ústavu pracuje doc. Pockberger a prof. Rappelsberger.

Doc. Pockberger se snaží definovat anatomické a elektrofyziologické změny vznikající v epileptickém ohnisku vyvolané penicilinem. Originální počítačová metoda pomáhá zjišťovat neuroanatomické a histologické změny. Histochemicky aplikuje kyselinu kainovou a registruje její distribuci pomocí cytochromoxydázy. Tu nachází zejména v limbickém systému (především v hippokampu), v amygdale, septu, hypothalamu, v corpus mammillare, ale i v thalamu (zejména v intralaminárních jádrech, ve VB komplexi a Zona inserta). Překvapivě masivně ji našel u krys v basálních gangliích a to jak u krys, které měly křeče, ale i u těch, které je neměly. Tento nález se snaží dále vysvětlit.

Prof. Rappelsberger se zabývá zejména počítačovým hodnocením výsledků různých experimentů na ústavu a spolupracuje i s kliniky, zvláště se psychiatrickou. S ní řeší problematiku schizofrenie.

Doc. Hoyer se zabýval epileptickou problematikou u modelu aplysii, především nesynaptickým ovlivněním transmise epileptických fenomenů.

Neuropharmakologisches institut vede prof. Schrupf. Docent tohoto ústavu Dr. Huck bude organizovat kongres ENA v r.1994 ve Vídni. Ten užívá metodiku mozkových řezů a tkáňových kultur z hippokampu, mozečku a mozkové kůry. Elektrofyziologicky používá metodu patch-clamp. Studuje vlivy epileptických záchvatů a různých poranění mozku na elektrofyziologické či neuroanatomické



projevy.

V Forschungsinstitut für Neurologie pracuje asi 60 pracovníků v několika skupinách. V Československu je známý prof. Lassmann. Jeho prvním projektem je zjišťování různých změn při imunodeficitních chorobách. Používá metod molekulární biologie (především messenger RNA), doplněných imunocytochemickými a imunohistologickými metodami. V druhém projektu studuje Alzheimerovu chorobu. U ní chybí specifická mozková fosfokináza a vzniká autoimunitní reakce mozkových T-lymfocytů. Prof. Lassmann používá nejmodernější imunocytochemické metody C-FOS a C-JUN. Další pracovní skupiny tohoto ústavu se zabývají nejrůznějšími problémy v neurobiologii.

Tyto ústavy úzce spolupracují s Rakouskou akademií věd. Neurofysiologický ústav má částečně zaměstnance z Rakouské akademie věd.

Velmi úzce s těmito ústavu spolupracuje Neurologická klinika. Ta je velmi moderně vybavena všemi moderními zobrazovacími metodami (veškerá technika "dopplerovská", brain-mapping, nystagmografie, EEG telemetrie, evokované potenciály i metoda BEST (brain electrical signal topography). Stejně vynikajícím způsobem je vybavena klinika psychiatrická a neurochirurgická. Tyto kliniky ovšem nebudou součástí nového Neurofysiologického ústavu.

Z hlediska studia bolesti je velmi zajímavá Klinika anesteziologie a reanimace, která má experimentální oddělení, které vede doc. Gosch. Sledují depolarizační účinek kurareformních látek. Na této klinice vznikla i klinika bolesti. Problematika reanimace po vykrvácení se řeší na malých prasatech.

Lze konstatovat, že po vybudování nového Neurofysiologického centra ve Vídni, o jehož realizaci má zásluhu především doc. Hoyer, se bude vídeňská neurofysiologie velice rozvíjet. Videnští neurofysiologové mají upřímný zájem o spolupráci s Karlovou univerzitou při rozvoji neurofysiologie.

## NEW TRENDS IN REFERRED PAIN AND HYPERALGESIA

R i c h a r d R o k y t a

Mezinárodní konference o přenesené bolesti a hyperalgesii se konala na nové universitě v Chieti nedaleko Pescary, ve dnech 13.-15.března 1992. Presidentem této konference byl prof. Lindblom, anesteziolog ze Stockholmu. Presidenty vědeckého komitétu byla prof. Denise Albe-Fessard z Paříže a prof. Vecchiet v Chieti. Celé uspořádání konference bylo pečlivě připravené organizačním výborem s mimořádnou aktivitou své generální sekretářky Dr. Marie-Adele Giambernardino.

Tato konference měla obrovskou výhodu, že spojila zájemce o problematiku bolesti jak z řad teoretických tak klinických pracovníků. Skládala se ze tří částí: V první části, která se zabývala patofysiologickými mechanismy bolesti, bylo předneseno 12 hlavních referátů, a to autorů: prof. Albe-Fessard z Paříže, prof. Cambell z Baltimore, prof. Cervero z Bristolu, prof. Daubner z Bethesdy ze Spojených států, prof. Foreman z Oklahoma City, prof. Hanwerker z Erlangenu, prof. Janig z Kielu, prof. Lindblom ze Stockholmu, prof. Mense z Heidelbergu, prof. Sessle z Toronta, prof. Wall z Londýna a prof. Zimmermann z Heidelbergu.

V druhé části týkající se experimentálních modelů byli hlavními řečníky Jean-Marie Besson z Paříže, Karli se Sieny, Gebhard z Iowa-City, Giambernardino z Chiety, Giselle Gilbaud z Paříže, Maggi z Florencie, Scheible z Würzburgu a Vecchiet z Chieti.

V třetí části, týkající se klinických aspektů, byly předneseny práce Addisona z Chicaga, Malignaniho z Milána, Margarii

z Turina, Ochoi z Portlandu, Procacciho z Florencie, Sicuretiho z Florencie, Simonse z Huntington Beach z Kalifornie, Tienga z Milána, Tunkse z Hamiltonu.

Před vlastní konferencí byl ještě "round table" s názvem "Reffered pain and hyperalgesia - jaká terapie ?", kterého se zúčastnilo množství praktických lékařů.

Je nutno říci, že toto spojení teoreticko-klinického výzkumu vedlo k řadě inspirativních diskusí mezi teoretickými pracovníky v oblasti výzkumu bolesti a jeho strategie. Přineslo i další rozsáhlé poznatky týkající se klinických aplikací řešení různých typů bolesti. Klinické aplikace byly předmětem rozsáhlých diskusí, protože z Itálie se zúčastnilo velké množství praktických lékařů, zejména z neurologických klinik a klinik bolesti. V Itálii je velice intenzivní základní výzkum i klinický výzkum bolesti. Samostatný ústav ve Florencii (řídí jej prof.Procacci) se zabývá výlučně problematikou bolesti. Italové také vydávají svůj časopis ALGOS, který sice není tak známý jako PAIN, ale má velmi dobrou úroveň.

Jaké jsou nejzajímavější poznatky z kongresu?

Různé typy bolesti mají některé rysy společné, ale i mnoho odlišných. Proto je nutné jak v experimentu tak v klinice zkoumat jednotlivé bolestivé jevy nezávisle. Proto existují modely akutní bolesti (Schmidt, Wall, Vyklický, Rokyta), chronické bolesti se diferencují na modely bolesti útrobní (Cervero, Giambernardino a kol.), bolesti deafferentační (Nashold, Albe-Fessard a M.CH.Lombard), modely arthritické (Besson, Guilbaud). Tyto modely odpovídají i klinickým zkušenostem, protože jak průběh bolestivých jevů, provázejících jednotlivé onemocnění, tak i jejich léčení je naprosto rozdílné. V tomto směru došlo na konferenci k významnému posunu tohoto chápání.

K posunu došlo i v rozsahu řešení problémů s klinickými pracovníky. Dříve se soustřeďovala spolupráce pouze na neurology a neurochirurgy. Nyní se významně rozšiřuje o psychiatry. Řeší se

významné otázky metodami behaviorální medicíny.

Jednou z klíčových otázek je vztah deprese a bolesti. Způsobuje deprese bolest nebo způsobuje dlouhodobá nemoc depresi ?

Dlouhodobá bolest je vlastně psychotickým stavem, který může vést k rozmanitým psychiatrickým následkům. Z celé konference mi vyplynul jeden důležitý poznatek, který se mi vtírá i při studiu literatury. Že totiž při řešení zdánlivě rozdílných jevů, jako jsou stress, bolest, epilepsie, deprese, se vyskytnou některé společné patofysiologické mechanismy. To, zda dojde k vyjádření určité patologie, záleží na faktorech, které jsou zatím neznámé a které je třeba objasnit.

Celý kongres shrnul prof. Patric Wall, který vyjádřil přesvědčení, že tyto konference se budou konat častěji. V rámci Evropského společenství se připravují jednotlivé pracovní skupiny zabývající se různými aspekty problematiky bolesti. Na konferenci EUROPAIN, konané 12.-13. prosince 1991 v Bruselu byla ustavena skupina Europain.

Naše účast na konferenci v Chieti byla hodnocena velice pozitivně, poněvadž jsme prezentovali různé biochemické změny při bolesti jak použitím klasických tak některých speciálních biochemických metodik. Tento přístup označil jak přítomný americký biochemik prof.Keynes tak prof.Patrick Wal ze průkopnický.

A ještě zmínka o universitě v Chieti. Tato universita je velmi dynamická a mladá. Byla ustavena před 20 lety, ale je umístěna ve starém historickém městě blízko přístavního města Pescara, založeného již řeckými osadníky. Navíc leží v překrásném prostředí Abruzz, v němž se skví Grand Sasso Italia.

30 September - 3 October 1992, PALERMO

Second International Conference on Burns and Fire Disasters :  
Perspectives 2000

---

## ETHICAL PROBLEMS IN MASS DISASTERS

R a d a n a K ö n i g o v á

---

Burn Center, University Hospital, Prague, Czechoslovakia

In 1977 Rudolf Frey conveyed his thoughts on the missions and roles of the medical profession that include prevention, diagnosis and treatment not only of individual patients' health problems, but also of disasters which strike communities or nations and result in mass casualties.

In 1988 Peter Baskett and Robin Weller asked : **What planning might help alleviate the effects of disasters ? What can be done to help afterwards ?**

The most basic disaster response must include methods for determining which victims will receive treatment first and what type of treatment will be given during the various stages of the disaster.

Let me recall the International Symposium on burns in Padova organized by Prof. Dogo in September 1980, when one session was dedicated to psychology in association with mass burn disasters. The communication, prepared in Prague Burn Center discussed the psychological problems encountered in burn victims. Many of them perish not only because of their somatic injury, but also as a result of the mental stress and break down. They are prone to so called "blind action" or to chaotic behaviour. Often they do not realize seriousness of their injury or even the vital endangerment. This condition has been specified as "trauma agnosis". It expresses a "dead point" in the conscience of the victims under general panic, which may be the cause of death not only of the injured and burned but also of a great number of

healthy individuals. We aimed at drawing attention to the psychological aspects of the affected population. Bearing in mind this aspect that without psychological approach the patients' selection ( triage ) for treatment and transport is inadequate we start to face the first stage of the ethical problems.

**Who shall receive higher and who lower priority in triage ?**

Modern triage is based on the assessment of the patient which is completed at the accident site, as well as in conjunction with the judgement of the actual and possible severity and prognosis of the burn victims. In 1988 Howard Champion pointed out the lower priority for patients who will live without treatment and for those who will die despite treatment.

Over-response to the disaster may deplete valuable resources, while under-response may increase mortality.

Nevertheless, the over-response might result in an increased mortality as well, by depleting scarce resources wasted on hopeless cases. Some types of injury and particularly burns, require continuing use of operating room time over a period of days or weeks for dressings and grafting. Arrangements need to be made not only to provide sufficient operating room time, but also sufficient numbers of surgeons and anaesthetists skilled in the management of such cases.

Identification of savable patients - and again, in burns there are numerous factors influencing individual outcome - is difficult under the most optimal conditions, let alone under the chaotic circumstances created by a disaster.

" To treat or not to treat " was the topic of Bent Sørensen speech which he gave as Rudy Hermans Memorial Lecture at the IIIrd E.B.A. Congress in Prague in 1989. The title did not express exactly the intention of the contents, that were dealing with the most serious ethical question " how to treat " ?.

More than 200 years ago Samuel Johnson had taught medical students : " It is our duty to serve society ..". However, true service to the society has been changing during centuries and especially during the last decades. This was due to advances in

science, along with changes in the law and societal perceptions. Critical care has established its place in modern medicine, but in spite of all the accumulated knowledge and recent innovations, the successful treatment of many critically ill patients seems to be an ever receding goal. We are confronted with more complicated syndromes on one hand and with ethical, economical and social considerations on the other.

Previously inconceivable possibilities have been developed at a price. This price has included not only tremendous financial costs but the additional cost of human suffering. We cannot cure all patients, and many patients are "saved" but remain with severe disabilities, that may cause the so called "social death". Intensive therapy is very expensive and therefore its performance should be carefully examined even under normal conditions. Under disaster conditions, when not all can live, we have to decide who shall live, knowing very well, that withdrawal of medical treatment is more difficult than withholding treatment before it has commenced. Various models for prognostic predication provide rough estimates of the patients' outcome, but they cannot be applied prospectively to a single patient with any confidence. Several scoring systems try to measure severity of injury or illness and so quantify the risk of death. Their primary use in disaster is to triage patients for treatment and to allocate resources.

There are statistical reasons why predictive model may not work when tested in different populations. Another consideration needs to be given to the misclassification rate and the specificity of the rule. The model should not incorrectly predict death in patients where recovery was feasible. What level of specificity is chosen and who sets it, is a difficult problem. The balance required to set a reasonable level of specificity is not solely based on mathematics. It also includes factors such as relatives' and society's wishes and options to continue to treat such patients in contrast of the cost, both in human and financial terms.

Prediction rules suffer from criticisms not based upon their design :

1. they have not been shown to be better than clinical judgement ( APACHE III modification is developed )
2. there is a disagreement on how much computer predictions should influence clinical judgement, when the use of such rules may lead to clinical nihilism. If treatment is withdrawn on the basis of a prediction rule, the prediction will almost certainly be fulfilled.

A computer generated prediction of death is an objective statement concerning the patient's inability to overcome the initial insult despite therapy. Nevertheless, appropriately used prediction rules may represent an advanced form of audit. They will confirm early decisions about the relevance of continuing treatment.

The channelling of resources to the most appropriate patients is an important aspect of the clinical management particularly in mass disasters.

In 1991 Krob, D'Amico and Ross inquired " Do Trauma Scores Accurately Predict outcomes for Patients with Burns ? "

Baux, Edlich and Zawacki scoring systems place significant emphasis on the size of burn and the patient's age, the two most important factors in determining patient's survival outcome. Other factors that are considered in the formulae are :

burn depth

partial pressure of arterial oxygen at the time of admission

presence of inhalation injury

history of bronchorespiratory disease.

Short-term outcome is still the most commonly used measure for the efficacy of treatment, but in the disaster triage the long-term outcome must not be disregarded being influenced not only by age, but by underlying diseases and primary service ( medical or surgical or both ).

In making triage decisions, apart from age factors, the mechanism of injury should be considered. There is tendency to prolong

resuscitation in children leading to a higher survival rate but with an increased incidence of sequelae ( Miranda, 1990 ).

Concerns over management, cost and efficiency could reduce our concern for the patient as a person, but the interest in assessment of quality of life ( following ICU treatment ) provides a framework for maintaining the importance of the total patient. Quality of life measurement requires also that the clinicians make an effort to determine how the patient was functioning prior to his injury or illness - information vital for prognosis, but also potentially useful for tailoring treatment to an individual's ability to benefit.

In 1989 Reichel and Dyck published their contemplation on euthanasia - a contemporary moral quandary. They stressed that the highest goal of a community is to protect the lives of all its members. The affirmation of life is not just the concern of a particular religion or culture but is the basis for human community itself. What Albert Schweitzer called a " reverence for life " underlies all our moral principles and values of civilized society, and is the basis of professional ethic that has served humanity well over the past 2000 years. Our role as physicians should be to maximize the potential for life, even though death is inevitable. On the other hand, with limited resources in mass disasters the patients with end-stage injury or disease should not be given intensive care, although the recognition of terminal condition at emergency admission could be very difficult. Permitting death without intervening ( passive euthanasia ) avoids unnecessary distress and expenses.

When we no longer heal, our ethical duty is to palliate and comfort. We can best serve the disaster victims by considerate management of fear and pain. This has been the time-honoured tradition of medicine.

Outcome prediction, cost efficiency and quality of life assessment were not taught in medical schools nor are they emphasized in residency or postgraduate training. However, they may be among our most important tools for meeting the challenges of tomorrow.

**Z DOMOVA**

# Vina a odpuštění

## [Křesťansko-židovská spolupráce v Evropě]

Helena Hašková

Ve dnech 11.-13. září 1992 se v pražském hotelu Fórum konala mezinárodní konference, jejíž název byl shodný s nadpisem této stručné zprávy. Pořadatelem byla Nadace Konráda Adenauera a společnost B'NAI B'RITH (Synové smlouvy). Počet účastníků byl relativně malý, na jednotlivých zasedáních nebylo více než cca 60 osob. Zato obsazení bylo elitní. Konferenci zahájil Petr Čermák, ministr vnitra federální vlády ČSFR, po té promluvil Josef Zielesnec, ministr zahraničních vztahů České republiky, za českou stranu nechyběl ani pražský rabín Karel SIDON. Pozdravné projevy přednesli: Bernhard Vogel, předseda Nadace Konráda Adenauera a předsedy vlády země Durynsko, a Ernst Ludwig Ehrlich, univerzitní profesor a znalec židovské otázky, právě tak jako přední reprezentant společností Kontinentál Europa B'NAI B'RITH.

Úvodní přednášku s názvem "Nový vztah Židů a křesťanů jako paradigma tolerance" přednesl profesor vestfálské Wilhemovy univerzity v Münsteru Erich Zengler. Slavnostní atmosféru umocňovala přítomnost významných osobností našeho politického života, z nichž někteří absolvovali celé jednání (Petr Lom, ministr zdravotnictví ČR, Ján Čarnogurský, Petr Příhoda, Jan Payne, Martin Porubjak, Vilém Prečan, Ladislav Hejdánek, Jan Sokol, Jan Šimsa, Otakar A. Funda, Martin M. Šimečka a další).

Smyslem konference bylo důrazně a věcně připomenout, že Židé byli spolutvárci evropské duchovní tradice a ani v současném rozbouraném světě není možné přehlížet tuto dynamickou, zvláštní, přitažlivou, jakož i zatracovanou menšinu. Příliš mnoho let se

otevřeně nehovořilo o židovské otázce. Mladá generace většinou neví, co byly pogromy, co byla ŠOA. Lidé rádi zapominají všechno zlé, vytěsňují to, co připomíná také jejich selhání nebo selhání jejich předků. Nemá-li se v budoucnu opakovat tragédie, je třeba otevřít dialog. Ten se může odehrávat v různých rovinách, v teologické (tradiční "spor" židovství a křesťanství), politické (antisemitismus a jeho formy), kulturní (co přineslo židovství světu) atd. V těchto polohách se ostatně pohybovali všichni řečníci. Zatímco E.L.Ehrlich tématizoval problematiku židovství a kotolismu, Vilém Prečan například favorizoval kulturní přínos Židů v historickém rámci tohoto století. Ekkehard Stgemann, profesir basilejské univerzity pojednal o židovství a antisemitismu. Formuloval fenomén židovství jako tzv. asymetrický protipojem (Židy slučuje pluralita, současně difuzní komplexivita, neprohlédnutelnost, a proto nepochopitelnost), na jehož základě lze přiblížit a ozřejmit vyjimečnost vyzývající k integraci stejně tak jako k odmítání.

Vyvrcholením konference byl nepochybně příspěvek slovenského spisovatele Martina M.Šimečky, a to z několika důvodů: byl emotivní, vysoce kultivovaný a hovořil o současnosti. Ke gradaci přispěl též fakt, že Šimečka hned v úvodu prohlásil, že není ani židovského původu, ani křesťan v tradičním slova smyslu. Je to občan, obtížený roky, kdy žil "v prázdné Evropě", protože mu vládnoucí komunistická moc "ukradla" dějiny a tedy i zamlčela, že Židé na Slovensku tvořili kdysi početnou menšinu, která se významně zapsala do dějin této země. Nejen Šimečkovi byly "ukradeny dějiny". Mnozí mladí lidé dnešního Československa neznají ani dějiny judaismu, ani dramatickou historii Židů. Proto Šimečkův způsob tazání se a hledání odpovědi vyzývá k následování. Zejména proto, že Evropu zachvacuje další vlna nejen obecné xenofobie, ale i výrazného antisemitismu. Martin M. Šimečka mj. uvedl alarmující výsledky ankety provedené v současném Slovensku: více než 60% Slováků se obává ekonomické nadvlády Židů a více než 20% Slo-

váků by nesneslo mít souseda Žida. V závěru Šimečka konstatoval, že "tři milióny Slováků se bojí tři tisíc slovenských Židů". Otázka židovství, ať již je formulována jakkoliv, není určena pouze Židům, ale všem křesťanům i nevěřícím. "Je to otázka významná pro nás všechny", jak zaznělo častokrát z úst profesora Ehrlicha. Vyslovit ji a hledat odpovědi je vždy ukazatelem naší tolerance i naší schopnosti a ochoty označit vinu a hledat odpuštění.

Konference byla doplňována bohatým kulturním programem. Před recepcí, která se konala v Kounickém paláci, byl pořádán koncert, na kterém vystoupili členové společnosti Renesance, což je souhrnný název 17ti menších skupin B'NAI B'RITH, působící v Čechách, na Moravě a ve Slezsku. Zahrál i vynikající pianista Ivan Klánský, syn Jana Klánského, jehož knihu "Přežil jsem Hitlera" obdržel darem každý účastník konference. Leitmotivem činnosti společnosti Renesance je bratrství, spolupráce a snášenlivost.

A mé nejzajímavější setkání? Těžko vybírat: ale snad přece setkání s profesorem Andělem, zajímavým starým pánem, který je tč. prezidentem Konfederace politických vězňů, sdružující Čechy žijící v cizině. Profesor Anděl mě svěřil, že má "nejkurioznější" vzdělání na světě a vyprávěl mi část svého dramatického a nelehkého životního příběhu. Profesor Anděl se - samozřejmě po skončení konference - vrátil do Švýcarska a mnohé překvapí, stejně jako mě, že jeho syn je šéfem naší II. interní kliniky.

*V Praze dne 21.9.92.*

## Mezinárodní symposium o dějinách československé medicíny a farmacie ve světovém kontextu [ zpráva ]

Helena Hašková

Ve dnech 7.-10. července 1992 hostila Plzeň domácí i zahraniční odborníky z oboru historie lékařství. Organizátorem této ojedinělé a u nás první akce se stali: Lékařská fakulta UK v Plzni, Společnost pro dějiny věd a techniky ČSAV a Československá lékařská společnost J.E.Purkyně. Ke zdaru kongresu, jehož se zúčastnilo téměř 100 odborníků, přispěli četní koordinátoři. Zasedání se konalo v bývalé Krajské politické škole, jejíž budova přešla po roce 1989 do majetku plzeňské lékařské fakulty. Je ironií osudu, že právě "rodná strana" po mnoho desetiletí zabraňovala v soustavném a svobodném historickém studiu

Prof. J. Slípka, předseda organizačního výboru, v úvodní řeči zdůraznil význam lékařské historiografie pro dnešní poznání. Netajil se tím, že je třeba "ukázat hlavně naší medicínské mládeži" hodnoty minulosti. Škoda, že "medicínské mládeže" bylo na kongresu poskrovnu. Lze rovněž litovat, že 3. lékařská fakulta byla zastoupena pouzou jedním účastníkem a nemocnice na Královských Vinohradech dokonce žádným. To vše přesto, že Doc. Milan Kment v letním čísle Vita Nostra na kongresu podrobně upozornil.

Nelze vypisovat obsah mimořádné kvalitních příspěvků, kterých bylo proneseno více než devadesát. Lze pouze doporučit, aby si zájemci prostudovali referátový sborník tohoto kongresu. Část příspěvků byla věnována významným osobnostem české a slovenské medicíny, kteří přispěli do pokladnice světového vědeckého pozná-

ni. Část byla věována analogické problematice v oboru farmacie a veterinární medicíny. Pozornost byla věována též lékařům-umělcům a to především těm, kteří pěstovali výtvarné umění.

Kongres byl vědecky přínosný a společensky na výši (účastníci byli pozváni k prohlídce pamětihodností města Plzně a Karlových Varů, na komorní koncert na zámek Kozel, jakož i k návštěvě plzeňského pivovaru). Reprezentant slovenské lékařské historiografie M.Tichý navrhl, aby se další podobné setkání konalo za další dva roky v Bratislavě, což přítomní přijali s nadšením.

V Praze dne 12.7.1992.



DLOUHO NAM CHYBĚLY VELKÉ VZORY. TEĎ  
NAM ZASE CHYBÍ MALÉ...

??

## SESTRÍČKY



## Z E P T A L I J S M E S E . . .

Myslíte si, že problematika sester patří do VN-Revue a proč?

odpovídá doc. MUDr P. Widimský:

Myslím, že tato problematika do Vita nostra patří zcela určitě. Revue je určena nejen pracovníkům a studentům fakulty, ale i pracovníkům fakultní nemocnice. Fakulta a nemocnice patří k sobě, proto o problematice práce sester by měli být informováni i studenti. Pamatuji se, že když jsem jako čerstvý absolvent nastoupil, postrádal jsem (mimo jiné) znalosti dvou důležitých věcí: jednak jsem neuměl psát na stroji (a trávil zpočátku dlouhé hodiny psaním lékařských zpráv) a jednak jsem měl jen povrchní znalosti o problémech sester.

odpovídá MUDr Zdenek Pros:

Myslím si, že tato problematika tam nepatří, protože Vita nostra je zaměřena jinak a určena pro jiný okruh čtenářů.

odpovídá as. MUDr Jiří Jenšovský:

Sesterská problematika je integrální součástí medicíny a stejně tak našeho medicínského života, jak napovídá jméno revue. Z těchto důvodů sem určitě problematika sester patří.

odpovídá MUDr Svatopluk Svoboda:

vzhledem k tomu, že je Vita nostra fakultní revue, tak si myslím, že by se měla zabírat problematikou fakulty a ne sesterskou.

## PŘEDSTAVUJEME VÁM . . .

. . . ptá se Milica Sklenčková

V minulém čísle jsme slibili, že vás postupně budeme seznamovat s významnými sesterskými osobnostmi, s kterými jste se mohli setkat ve FNKV. Pojďte s námi vzpomínat.

### Setkání první: LUDMILA BRŮŽKOVÁ

Ve vinohradské nemocnici jsem pracovala od roku 1957, nejdříve na neurologické klinice, tam byl přednosta profesor Zdeněk Macek. Vzpomínám na výborné staniční sestry, Jožku Horskou, Jiřinu Májovou a Marii Lenkerovou, které velmi dobře ošetřovaly těžce nemocné. Tam jsem pracovala do roku 1969. Potom jsem byla požádána z ředitelství a hlavní sestrou Benešovou, abych šla otvírat nový pavilon S, nynější II. interní kliniku. Byl to nový pavilon a měly jsme možnost začínat s novinkami. Začala jsem s novým hygienickým režimem, používaly jsme uklízecí stroje Cymex. Se stroji se pak učily pracovat žákyně zvláštní školy ve Všešimech. Nově jsem organizovala svoz použitého prádla ze všech oddělení nákladními auty do prádelny a rozvoz čistého přímo na oddělení. I rozvoz jídla z centrální kuchyně jsme nově organizovaly. Změna nastala i ve svozu veškerého biologického materiálu do laboratoří.

Ve FNKV jsem pracovala do konce roku 1978 a potom jsem odešla na Bulovku, otevírat novou ortopedickou kliniku.

Těžko mohu hodnotit rozdíl mezi postavením sestry dříve a dnes, nepracuji již deset let a ztratila jsem kontakt. Ale myslím si, že úbytek sester je tak velký proto, že sestry odcházejí do jiných profesí za mnohem vyšším platem. Radím zvýšit platy středním zdravotníkům, jako je to v jiných profesích, a nebude tak velký úbytek sester.

Myslím, že jsem byla velmi oblíbená ve FNKV, protože vždy jsem se snažila spravedlivě jednat se všemi sestrami a jako vrchní sestra jsem rozuměla jejich rodinným i osobním problémům a vážila jsem si jejich velmi těžké práce.

Vzpomínek na práci ve FNKV je velmi mnoho. Byla jsem i několikrát vyznamenána za významné změny v provozní problematice nemocnice. Toto a moje vzpomínky mne těší v posledních deseti letech co již nepracuji.

## Setkání druhé: EMMA MÄNDLOVÄ

Do Fakultní nemocnice v Praze 10, tehdy ještě Vinohradské nemocnice, jsem nastoupila na podzim roku 1947, jako žákyně tehdejší ošetřovatelské školy. V tu dobu se přijímaly frekventantky až od 18ti let. Čtyřměsíční teoretická průprava byla velmi náročná, protože trvala od 7 až do 18ti hodin, s krátkou polední přestávkou. Navíc byla podmíněna pobytem v internátě a výchova byla napůl "řeholní", tj. nesměly jsme bez svolení opustit školu ani internát, dokonce jsme nesměly po dobu těch 4 měsíců jít domů. Po tomto trnitém začátku jsme již nastoupily do praxe na oddělení. Rozvrh praxe byl jeden den 12 hodin, druhý den 7 hodin a byl přerušován pouze přednáškami, takže teorie se doplňovala s praxí. V tu dobu byly na většině pracovišť řádové sestry, které nás zaučovaly v práci u lůžka nemocného. Škola trvala dva roky a v průběhu těch dvou let větší počet žákyň nápor neunesl a děvčata školu opustila, takže ze 70ti žákyň, které původně nastoupily, dokončilo školu pouze 30. I já jsem často bojovala s chutí všeho nechat a vrátit se domů, ale stud přiznat, že jsem v něčem neobstála a někoho zklamala, mi v tom zabránil. Píší to proto, že všechny z nás, které tuto "drezúru" vydržely, potom v tomto povolání vytrvaly.

Odborné předměty nám přednášely opravdové osobnosti, jako byl pan profesor Polák z chirurgie, profesor Syllaba internista, profesor Šebek neurolog, profesor Janků očař, docent Tachezy, později docent Padovec gynekolog, primář Stolz z patologie a řada dalších opravdových odborníků. Chci jen připomenout, že jsme k nim vzhlížely s opravdovou úctou a obdivem a trpěly těžkými komplexy méněcennosti, protože jsme přicházely ke zkouškám málo připraveny pro nedostatek času k přípravě. Všichni nás ale také sledovali na pracovištích při praktické výchově.

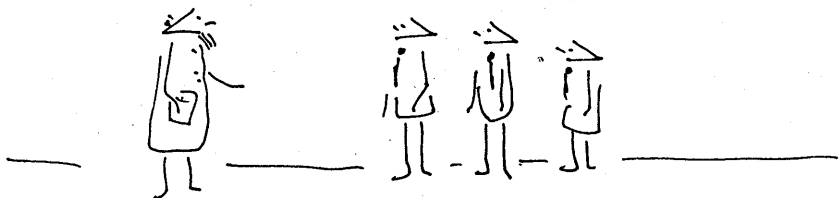
Do školy se přijímaly žákyně z celé republiky. Většina z nás, které jsme nepocházely z Prahy, se těšila, že se po absolvování školy vrátí do svého kraje. Mezitím se změnila zásadně politická situace a bylo rozhodnuto vyměnit všechny řádové sestry za civilní, takže jsme všechny musely nastoupit v Praze.

Já jsem ještě se třemi spolužačkami nastoupila na plastickou chirurgii, na které jsme nikdy nepraktikovaly. Byly to tvrdé začátky, protože na pracovišti zbylo jen málo těch, které nám mohly předávat zkušenosti. Pracovalo se v týdenních směnách, vždy

jeden den 12hodin, druhý 7 hodin. Každou druhou sobotu a neděli byly dvanáctky. S úctou vzpomínám na profesora Buriana a tehdy docentku Helenu Peškovou, kteří s námi měli velikou trpělivost. Vše toto vypisují proto, že jsem se po krátké době ocitla jako instruktorka v nové "Zdravotnické škole", kde pod náparem rychle doplnit chybějící zdravotnický personál, bylo přijato množství žákyň již 14ti letých. Ty samozřejmě o práci v nemocnici neměly ani nejmenší představu. Vznikly třídy s čtyřletým, tříletým, dvouletým, ba i jednoročním trváním. To již školy nepatřily pod Ministerstvo zdravotnictví, ale byly převedeny pod Ministerstvo školství. Výuky se měly ujmout, a skutečně se ujaly, prakticky nezkušené a pro výuku nepřipravené instruktorky, mezi které jsem patřila i já. Tuto práci jsem přijala po velkém přesvědčování a také proto, že předchozí tvrdá výchova ve škole mne naučila nastoupit tam, kde je potřeba. Tak jsem tedy uposlechla. Tento psychický i fyzický nápor jsem vydržela pouze dva roky. Mezitím jsem se provdala a s velkou úlevou jsem školu opustila. Můj manžel tehdy pracoval v Brně, nastoupila jsem na tamější plastickou chirurgii. Zde jsem pracovala necelý rok a opět jsem se vrátila do Vinohradské nemocnice, na své původní pracoviště na plastickou chirurgii. To byl už rok 1953 a začalo se budovat nové oddělení pro léčbu popálených, které jsem pomáhala zařizovat. Zde jsem potom pracovala 15 let. Nebyla to práce lehká, působila hlavně na psychiku personálu, protože mnoho postižených zůstalo s trvalými následky a těžko se s touto skutečností vyrovnávali. Protože hospitalizace těchto postižených trvala dlouho a vraceli se k opakovaným reparativním výkonům, navíc bylo mezi nimi hodně dětí, vznikaly mezi nemocnými a zdravotnickým personálem úzké vazby. Spotřebovali jsme všichni hodně duševní síly, abychom se pokusili dodat postiženým dostatek optimismu k překonávání těžkostí, které je po návratu do normálního života čekaly. Když se v roce 1967 začala chystat nová výstavba jak pavilonu plastické chirurgie, tak pavilonu pro léčbu popálených, začala jsem uvažovat o změně pracoviště. Odešla jsem tedy k 1. srpnu 1968 na menší, a jak jsem se tehdy domnívala na zdánlivě snažší, pracoviště a to na oddělení pro léčbu záření. Netřeba asi dodávat, že co se náporu na psychiku zdravotníka týče, příliš jsem si nepomohla. Přesto jsem zde setrvala až do roku 1983, tj. do mého odchodu do důchodu.

Ptáte se na rozdíl v postavení sestry dříve a dnes. Záleží na každém jednotlivci, jaké postavení si na pracovišti vybuduje. Ne vždy příliš familiární chování zdravotníků mezi sebou vytvoří ideální prostředí k práci. Také vždy nepůsobí důvěryhodně na nemocné. Mně se vždy lépe pracovalo, měla-li jsem vedle sebe pracovníky, kterých jsem si mohla vážit pro jejich pracovní a i osobní vlastnosti a mohla jsem je tak trochu uctívat. To, že by měla v každém pracovníku převažovat chuť k vykonávané práci a plná zodpovědnost, jistě netřeba zdůrazňovat. Obávám se, že mnoho absolventek zdravotních škol opouští své povolání dříve, než si stačí najít opravdový vztah ke své práci. Ale to bylo i v minulosti. Dnes bohužel v celé společnosti převažuje touha co nejrychleji a nejsnadněji se obohatit a něco prožít. Doufám, že se jedná jen o přechodné období. A aby bylo opravdu přechodné a krátké přeji všem zdravotníkům a všem jejich pacientům.

září 1992



DŘÍVE NEŽ SI ZODPOVÍME OTÁZKU, ZAKÝ JE

VZTAH LÉKÁŘE K PACIENTOVÍ, RÁD BYCH

SE ZEPTAL, ZAKÝ JE VZTAH LÉKÁŘE K ČLOVĚKU.

## STANOVISKO KOLEGIA SESTER

k problémům sester v nemocnici

### "dopis medikům"

Požádali jsme Kolegium SZP ve FNKV o stanovisko k problémům sester v nemocnici, o názor na časté odchody sester z nemocnice. Přišel nám následující dopis:

Dobrý den pane kandidáte,

nedivte se prosím oslovení, ale připadá mi správné. Jste kandidátem lékařského povolání a zakrátko také lékařem budete. Chci vás tedy připravit na ty, s kterými se setkáte anebo spíše nesetkáte až přijдете do ordinací.

Jsme sestřičky. Některé z nás pamatují rádové sestry, jiné nastupovaly na umístěnky, některé třeba proto, že nemocnice postavila internát a dala nám možnost bydlet. Společně máme jedno: všechny jsme si zvolily toto povolání s nejlepšími úmysly. Má nás být mnoho, daleko víc než vás. Jen ve vinohradské nemocnici má být z přibližně 2000 zaměstnanců téměř 1500 sester a dalších SZP. Takových, které jsou možná ve vašich očích na druhém místě, ale takových, které musí umět utěšit plačící dítě, popovídat si se staženkou, píchnout injekci a vynést bažanta. Také vyčistit podlahu a přihrát oběd, zahájit resuscitaci anebo, obrazně řečeno, zatlačit oči. To všechno byste - při veškeré úctě - bez nás asi nedokázali. Přesto pořád slyšíme jak je nutno napravit deformace minulosti v odměňování vaší profesní kategorie. Vite ale, že stejnou platovou třídu, kterou má kde kdo v administrativě, má jen málokterá z nás? Nestěžujeme si, ale máme také své zájmy a práva. Nejen povinnosti. Divíte se, že leckterá z nás, pokud není vázána rodinou a má schopnost se dorozumět, odchází za hranice za mnohonásobně větším výdělkem? Může někdo odsuzovat ty z nás, které opustí rezort zdravotnictví, když třeba jako prodavačky jsme daleko lépe finančně ohodnoceny a zbaveny odpovědnosti?

Ubývá nás. Na většině klinik je už alespoň jedno oddělení uzavřeno pro nedostatek sester. Doktorská místa jsou obsazena všechna. A právě proto jsem napsala tento dopis. Abyste pochopil, až přijдете do ordinace jako lékař a šťastný majitel čerstvého diplomu, proč se třeba už zde nesetkáte s usměvavou sestřičkou...

září 1992

Za Kolegium SZP Jana Pokorná

# STUDENTI



## KURIOZITA ...

Tento korespondenční lístek obdrželo Ministerstvo zdravotnictví od "studentů". Neříká se v něm, "jakých, kterých, čím". Pokud však jsem informován, dostalo se mu slyšení. Ministerstvo zdravotnictví si informaci telefonicky upřesnilo přímo na klinice a žádalo nápravu.

Jistě pohotový postup! Nicméně půjdeme-li k fungujícímu zdravotnictví takovýmito podivnými oklikami a s takovouto obdivuhodně konkrétní důsledností, čeká nás [zdali?!] ještě řádně dlouhá cesta...

JJ.

*PS: Pokud pisatelé skutečně pochází z řad našich studentů, navrhuji do příštího semestru zařadit předmět "Český jazyk a větná stavba"!*

|   |  |
|---|--|
| Odesílatel:<br>_____<br>_____<br>_____  | <br>19. VIII. 1992<br>Ministerstvo zdravotnictví<br>k rukám pana ministra<br>Palackého nám. č. 4<br>P R A H A 2 |
| 41469<br>21. VIII. 1992 / 166/10  |  |
| Prosíme, zda je možné v nemocnici Praha-Vinohrady, Šrobárova 48, pavilon F neurologie, kancelář č. 57, aby byly uvedeny úřední hodiny s jméno pracovníce na dveřích.<br>Nevíme, na koho se obrátit o zlepšení a jednání s námi. |  |
| <br>Děkuji je za pochopení.<br>S přátelským pozdravem  | Studenti.  |

## Studenti a jejich přístup ke studiu

J i ř í B e n e š

Chtěl bych ještě jednou vstoupit do diskuse o způsobu výuky lékařství v našich podmínkách. K tomuto rozhodnutí mě přivedly 2 články otištěné v minulém čísle VNR - na jedné straně postřehy doc. Widimského o řízení studia a vědecké výchovy na Erasmově universitě v Rotterdamu (VNR - léto 92, 22-24), na straně druhé pak tristní stať prof. Klenera, dokumentující pasivitu a nezájem mediků u nás (VNR - léto 92, 82-83).

Rozdíly v aktivitě studentů u nás a v západních zemích jsou skutečně značné a je třeba jim věnovat patriční pozornost. Chceme-li hledat kořeny současného neutěšeného stavu, můžeme svádět vinu na nevhodnou výuku na nižších typech škol, na absenci výchovy k osobní zodpovědnosti nebo dokonce na rozdíly v národní mentalitě. Všechna tato zdůvodnění, ať již pravdivá nebo ne, mají jednu společnou vlastnost: přiřítají naše stesky poměrům, které leží mimo fakultu a které fakulta nemůže ovlivnit. Hledejme proto cestu, jak by bylo možné zlepšit situaci i za stávajících podmínek.

Domnívám se, že fakulta může působit na zdárný vývoj studentů především ve dvou směrech: jednak zavedením mechanismů zvyšujících motivaci posluchačů k intenzivnějšímu studiu, jednak vytvářením podmínek pro rozvoj jejich osobnosti. Dovolte mi tuto myšlenku nadále rozvést :

Zamyslíme-li se nad průběhem studia na naší fakultě, můžeme dojít k závěru, že největší úskalí představují pro studenty přijímací zkoušky. Poté, co úspěšně projdou přijímacím řízením, mají

studenti již velkou šanci školu dokončit. Propadovost je poměrně malá, případy ukončení studia pro neprospěch nebývají rovněž častým jevem, zvláště po prvním ročníku. Lze tedy říct, že studenti postupují jako víceméně jednodolitá masa z jednoho ročníku do druhého, aby konečně po 6. ročníku získali vytoužený titul, který je bude nadále opravňovat k výkonu povolání.

Prospěch dosažený při jednotlivých zkouškách neznamena nic nebo skoro nic; peníze, které studenti mohou získat ve formě prospěchového stipendia, si mohou snadno vydělat méně náročným způsobem. Na konci studia může pak škola vybavit nejlepší studenty červeným diplomem, i toto ocenění je však sporné: jednak je příliš vyjimečné, než aby představovalo obecnou motivaci, jednak - a to především - je v praxi příliš málo uznáváno jako kritérium pro budoucí uplatnění absolventa. Platí naopak, že místo si většina studentů shání v době studií, tedy dříve, než se tímto diplomem mohou vykázat.

Jsou-li tedy studenti za této situace pasivní, nelze se jim příliš divit: chovají se svým způsobem optimálně vzhledem k přetrvávajícím nezdravým poměrům: zmizí-li v bezvýznamné mase průměrnosti, mají prakticky zaručeno absolvování školy (o nic jiného totiž nejde), a nemusejí přitom vyvíjet žádné zvláštní úsilí.

Situace na Západě je odlišná a vychází ze tří základních principů:

1) rovné šance všem uchazečům o studium, čili stejné výchozí podmínky;

2) mnohotvárnost vývoje během studia, tedy diferenciaci již během studia;

3) v závislosti na studijních výsledcích různé možnosti při ukončení studia, což představuje vlastní mechanismus, který studenti motivuje k aktivnímu přístupu.

Rozeberme nyní jednotlivé uvedené body podrobněji :

ad 1) Rovné šance všem uchazečům o studium naše fakulta formálně vykazuje. Myslím, že není potřeba pochybovat o tom, že při-

jímací zkoušky jsou vedeny snahou po maximální objektivitě. Problém je podle mého názoru zcela jinde: je vůbec zavedený systém přijímacích zkoušek správný? Je skutečně vhodné, aby o přijetí uchazeče rozhodovaly výsledky testu a krátkodobého pohovoru? Zjistíme takto takto dost spolehlivých informací o tom, kdo je a kdo není způsobilý pro studium? Zakládá například chybné vyplnění testu z fyziky oprávnění předpokládat, že dotyčný uchazeč je pro studium medicíny méně vhodný? Nepřipravujeme se takto o řadu schopných lidí, často větších osobností než jakými jsou úspěšní vyplňovatelé testů?

Představitelé fakulty samozřejmě ihned namítnou: existuje snad lepší řešení pro výběr studentů? Věřím, že neexistuje. Ale právě proto se domnívám, že jediný správný postup je umožnit vstup na fakultu co největšímu počtu uchazečů, pokud možno nevykloučovat předem z výuky nikoho. Jestliže fakulta nemá dost poslucháren, laboratoří a ostatních výukových prostor, lze tyto prostory využívat na 2 směny a zřídit dálkové nebo večerní studium, které by bylo alternativou řádného studia během prvních dvou preklinických ročníků. Vstupní počet studentů by pak byl dejme tomu dvojnásobný, odpovídajícím způsobem by však vzrostla i "úmrtnost" během prvních ročníků - podmínky přijetí by se tak staly nesporně přívětivějšími.

Přijímací zkoušky pravděpodobně v nějaké formě vždy musí zůstat, měly by však plnit pouze úlohu hrubého síta, které by odfiltrovalo jen zjevně nezpůsobilé jedince.

ad 2): Mnohotvárnost vývoje během studia je věc, kterou zatím v praxi neznáme, o které se však již vážně uvažuje. Pěkný příklad postupné diferenciaci uvádí ve výše zmíněném článku doc. Widimský (VNR - léto 92, 22-24), diferenciaci je obsažena i v návrhu dr. Ježka (VNR- jaro 92, 74-77).

Dovolím si zde uvést myšlenku, která předchází variantu do jisté míry rozvíjí: Myslím, že by bylo vhodné, kdyby studenti kteří projeví zájem o určitý obor, dostali v tomto roce rozšíře-

né, přitom však ucelené vzdělání. Představuji si, že by studenti měli možnost přihlásit se po druhém ročníku do některé specializace typu - chirurgické obory - vnitřní lékařství - teoretické obory - preventivní lékařství - apod. Každá z uvedených specializací by měla prohloubenou výuku v příslušném směru, a to jak teoretickými vědomostmi, tak i rozsahem praktických zkušeností a návyků.

Jestliže například z provozních důvodů nemocnice není reálné, aby se všichni studenti naučili asistovat u operací, ať mají tuto možnost aspoň ti, kteří se přihlásili k chirurgickému směru. Jestliže se všichni studenti nemohou naučit obsluhovat sonograf, resp. echograf, ať jsou s touto metodou blíže seznámeni aspoň zájemci o vnitřní lékařství - a tak dále.

Výuka v těchto specializacích (které by představovaly - znovu zdůrazňuji - znalosti a dovednosti navíc oproti dosavadním požadavkům) by ovšem byla podmíněna trvale dobrým prospěchem v odpovídajících předmětech. Studenti průměrní a podprůměrní by se mohli přihlásit jen do specializace, kde by na ně zbyla volná místa nebo by se nedostali do žádné a zůstali by při standardní výuce.

Je třeba připomenout, že podmínkou fungování uvedeného systému musí být opatření zaručující skutečnou smysluplnost nabízené dodatkové výuky. Nebudou-li studenti přesvědčeni o užitečnosti specializací, systém se zhroutí.

ad 3): Různé způsoby při zakončení studia: Na západě existuje celá řada způsobů, které zvyhodňují dobré studenty při nástupu do zaměstnání. Tyto způsoby jsou obvykle založeny na osobních korelacích profesorů s vlivnými lidmi z praxe (profesoři působí jako manažeři ve svém oboru) nebo vyplývají z velké odborné prestiže příslušného profesora nebo pracoviště (studenti pak mohou uvádět, že jsou žáky tohoto profesora, resp. pracoviště a nositeli jeho školy).

Oba jmenované způsoby nejsou u nás zatím příliš rozšířeny.

V modelu, který navrhuji, by medicí koncem studia mohli od fakulty získat osvědčení o navíc nabytých znalostech a dovednostech, které by sloužilo jako příloha k lékařskému diplomu a které by dokládalo jeho nadstandardní úroveň. Toto osvědčení, garantované fakultou, by mělo zdravotnickým pracovištím signalizovat, že jeho nositel je lépe a rychleji prakticky využitelný než jiní absolventi - mohlo by se tedy uplatnit jako významný preferenční faktor při shánění zaměstnání. [Pozn.: Z důvodů uvedených výše by osvědčení mělo být vydáváno již před koncem studia - např. po složení příslušné státní zkoušky].

Domnívám se, že zřízení takovýchto nebo podobných opatření by přispělo k větší motivaci posluchačů a současně by vedlo i k větší soutěživosti a následnému výběru nejlepších studentů, snad možno říci i nejlepších osobností. Podle výpovědi mnohých mediků na naší fakultě, ale i na jiných lékařských fakultách, vypadá průběh studia následovně:

Když se absolvent střední školy prvně octne na lékařské fakultě, je zpravidla brzy šokován množstvím faktů, které si musí v krátké době osvojit. V prvních ročnicích proto mnoho mediků doslova obětuje svoji myšlenkovou kapacitu jen proto, aby mohlo v hlavě uchovat co nejvíce energie popisných informací. Toto období bývá pravidelně spjato s regresí zájmů a zájmových činností. U mimopražských studentů přistupuje navíc citelné ochuzení v oblasti sociálních vazeb v důsledku vytržení z domácího prostředí. Většina posluchačů je nicméně během prvních ročníků studia ještě natolik odolná, že se u nich nevyvinou známky neurotizace, i když mnozí pociťují narušení psychické integrity. Naštěstí toto období netrvá dlouho.

S nástupem klinických oborů se charakter studia začíná měnit: tempo výuky se zmírňuje, studenti mají více volného času a méně učebních povinností, zkoušky začínají být benevolentnější. Současně však studenti zjišťují, že zatímco doposud byli středem zájmu pedagogů oni, nyní se středem zájmu stává pacient a oni

jsou odsouváni k pasivní roli: smějí přihlížet, vždy ale tak, aby nepřekáželi, čili většinou z pozadí, a smějí se i ptát na to, co je zajímavé, ne však před pacientem - obvykle se dotazy i odpovědi odbyvají na rušné chodbě nebo v krátkých přestávkách mezi vyšetřeními jednotlivých pacientů. Takové prostředí však nevytváří příležitost pro hlubší diskusi. Přirozený zájem mediků o klinické obory jako vyvrcholení studia se tak postupně otupuje, až nakonec škola přestane být chápána jako zdroj zajímavých a potřebných znalostí a stane se prostě jen nutným zlem na cestě k zvolenému povolání.

Odpovídá-li takto načrtnutý obraz reality, je třeba považovat stávající situaci za neúnosnou a urychleně hledat cestu k nápravě.

Možností se nabízí několik:

V prvních ročnících se nejdůležitějším opatřením jeví omezení memorování a naopak důraz na samostatné a tvůrčí myšlení. Nemělo by docházet k jednostrannému přetěžování mysli záplavou nových a nových pojmů, které znemožňují probranou látku skutečně zažít a naučit se s ní aktivně pracovat. Dostáváme se zde ke klíčovému problému: je třeba si vyjasnit, v čem vidíme účel studia tzv. teoretických oborů.

V zásadě jsou možné dvě přístupy:

První varianta směřuje hlavní důraz na to, aby se student skutečně naučil celé systémy popisných údajů - tak, aby je měl pokud možno trvale v paměti a aby na ně mohla bez obtíží navazovat výuka klinických předmětů a později praxe.

Podle druhé varianty stačí pouze dobrá orientace v oboru, s tím, že student - či později lékař - si potřebné detaily vždy ad hoc doplní z učebnice. Co z každé z uvedených variant vyplývá?

Chceme-li, aby si student podržel v paměti co nejvíce popisných údajů, měla by být výuka tomuto rozhodnutí podřízena. V takovém případě je nutné především pečlivě vybrat rozsah informací, které si student musí osvojit (kapacita paměti je omezená) a dále

věnovat dostatek času opakování a procvičování, aby se probíraná látka opravdu vstúpila. V podstatě se jedná o intenzivnější středoškolský způsob výuky.

Druhá varianta spočívá ve snaze seznámit studenta s oborem v co nejširším rozsahu, ale bez nároků na dokonalé ovládnutí látky. Těžiště studia spočívá tentokrát v pochopení základních principů a v nácviku jejich účelné aplikace. Budeme-li preferovat tento druhý systém výuky, pak by tomu měly být přizpůsobeny i zkoušky: student by měl být hodnocen především podle toho, jak přistupuje k řešení určitých problémů - třeba i s pomocí odborných textů.

V současnosti se nezdá stávkou, že výuka sice probíhá "vysokoškolsky", tj. seznamuje studenty s celým oborem, ale zkoušení je pak "středoškolské", tedy s hlavním zaměřením na znalosti faktů. (Je nutno přiznat, že tento systém zkoušení je v podstatě jednodušší a snáze objektivizovatelný než posuzování "přístupu k řešení problémů"). Studenti ovšem jednají účelově: jestliže zkouška je vedena "středoškolsky", zaměří se zejména na zvládnutí faktografie a event. "špeků" zkoušejícího, a přitom jim snadno unikne to nejcennější, totiž nadhled nad celou problematikou.

Jestliže hlavní nedostatek výuky teoretických oborů spatřují v nepřiměřeném rozsahu znalostí požadovaných u zkoušky a v nevhodném způsobu zkoušení, pak hlavní nedostatek výuky klinických oborů spočívá podle mě v nedobrych podmínkách, v nichž se výuka musí odbyvat [mám na mysli oba významy tohoto slova].

Učebních prostor je málo a mnohdy jsou nevyhovující; při výuce na oddělení jen vyjimečně existuje prostor kde by bylo možné v klidu probrat vyučovanou látku. Medici by měli chodit po odděleních v malých skupinkách po 3-5 studentech na jednoho pedagoga a každá by měla mít k dispozici alespoň relativně klidné zákoutí, kde by studenti s pedagogem mohli nerušeně a vsedě diskutovat. Naše fakulta má oproti 1.LF výhodu v menším počtu posluchačů; domnívám se, že uvažovaná opatření by u nás mohla být technicky



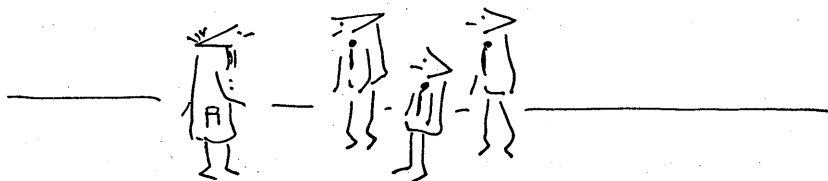
zajistitelná.

Dalším problémem zůstává motivace pedagogů v klinických oborech. Při jejich trvale nabitém programu [vedle výuky též věda, výzkum, organizační povinnosti, rutinní zdravotnická práce] je často obtížné zajistit pro studenty dostatek času. Je třeba upravit systém preferencí, aby výuka nestála u pedagogů mezi ostatními zájmy až na jednom z posledních míst. Na toto téma bylo však již napsáno dost [VNR - jaro 1992, str. 74-77, VNR - léto 1992, str. 11 - 12].

Posledním námětem, který s kritikou výuky bezprostředně nespočívá, je doporučení zřít v areálu fakulty prostory, které by sloužily jako útulek pro studenty. Kam se mohou uchýlit studenti v době mezi přednáškami a semináři, když učebny jsou zavřené nebo v nich probíhá jiná výuka? Kde v nemocnici nebo v areálu SZÚ mohou studenti v klidu diskutovat o zajímavém problému, který je třeba vyřešit? Myslím, že by bylo dobré, kdyby fakulta mohla svým posluchačům poskytnout kulturnější prostředí pro přečkání volného času, než jaké nabízejí okolní restaurace.

Závěrem bych chtěl zdůraznit, že účel tohoto článku nespočívá v předložených návrzích. Ty mohou být dále rozpracovány, nebo naopak zcela zavrženy - to není podstatné. Důležité je, aby se nějakým způsobem naplnily zmíněné obecné principy směřující k oživení výuky. To je podle mého názoru podmínka zdárného vývoje naší fakulty.

V Praze, 7.9.1992



MÁME MNOHO METOD, ŽAK SE STÁT LEPŠÍMI.  
NAVŔHNUJÍ NA NĚ ZAPOMENOUT A PROSTĚ TO ZKUSIT.

## ZAJÍMAVÉ PLODY NOVÉHO ZPŮSOBU VÝUKY

Helena Hašková

Na Ústavu lékařské etiky naší fakulty je zápočet podmíněn napsáním seminární práce. Návod, jak takovou práci "správně" napsat, je uveden v podmínkách k zápočtu, který jsme v plném rozsahu uveřejnili v jarním čísle VN-Revue v souvislosti s diskusí mezi studenty a pedagogy. Domníváme se, že tento návod je příkladem nového typu práce mediků. V zahraničí se jí většinou říká eseje a je běžnou součástí většiny zkoušek. Rozhodli jsme se, že několik zvláště zdařilých seminárních prací z oblasti lékařské etiky zveřejníme, jednak jako projev uznání, jednak jako vzor pro ostatní.

Do roku 1989 měla většina písemných prací z různých oborů převážně formální ráz, kandidátské práce nevyjímaje. Postavení slova se v nové společnosti změnilo. Můžeme mít radost z toho, že to byl právě Václav Havel, který tuto změnu presentoval úspěšně a přesvědčivě celému světu.

Vysokoškolský student, tedy i student lékařství, přestal být pouze učedníkem ve svém oboru, ale byl přinucen přemýšlet, a to i o tom, zda svým konáním musí vždy dělat pouze dobro, jak byl o tom dosud přesvědčen. K novému způsobu reflexe své práce přispěl i nově zřízený obor lékařské etiky. Je chloubou naší fakulty, že byl na ní založen jako první.

Jak důležité je přemýšlet o etických důsledcích svých činů lze demonstrovat na postoji vynálezce sovětské atomové bomby Andreje Sacharova, který se v roce 1953 ve svých 35 letech dokázal rozplakat při smrti Stalinově.

Budeme se snažit, abyste se s tím, jak se našim medikům daří dívat na různé etické problémy, seznamovali na stránkách VN-Revue pravidelně.



## Semestrální práce

Téma: Alkohol v moderní společnosti

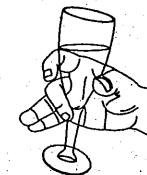


Autor: Markéta Bakalářová

Ročník: čtvrtý

Fakulta: III. lékařská, U.K.

Kruh: osmý



## TEN, KDO CHODÍ ZADEM BEZ POZVÁNÍ

Někdy míř, znamená víc. O co méně krásné jsou květy z čertovy zahrádky, o to více bychom se jich měli obávat. Věci, které se kolem nás odehrávají a na první pohled již vzbuzují hrůzu a obavy, nejsou většinou tak nebezpečné a zákeřné, jako ty, které zahaleny ve své všednosti a samozřejmosti děláme běžně každý den. Proti prvním zcela jistě povstaneme a budeme se bránit, ale těm méně zjevným dáváme zelenou a necháváme je na nás vytrvale pracovat a negativně nás měnit, aniž si toho všimneme. Co třeba alkohol?

Zní to jako začátek hororu a z jistého pohledu, to horor vlastně je. Jsou kupříkladu známé a ověřené podvědomé reakce člověka, které se využívají zejména v reklamě. K tomu, aby se v nás výrobci zasili přesvědčení, že ten a ten prášek či živýkačka, nám dodá tu pravou svěžest, stačí málo, jen častokrát a dlouhodobě opakovat stejný slogan, mít jej na očích a sžít se s ním. Chlapské řeči náctiletých i těch "zkušených" o pijáckých radovánkách přivedou nezkušeného a svým způsobem naivního mladého člověka k alkoholu mnohem snáze nežli jeho chuť samotná.

Často totiž ne sama věc, ale okolnosti za kterých se s nimi setkáváme určují jakým způsobem s nimi budeme nakládat a jakou hodnotou se pro nás posléze stanou.

Ale nechme promluvit alespoň několik hororových faktů. Ze studií [1] vyplývají jednak obecně známé faktory, které přispívají k tzv. syndromu závislosti na alkoholu (závislost rodičů, rodinný rozvrat, poruchy chování ve školním věku, sociální prostředí, osobnostní rysy nezdrženlivosti) a pak méně známé překvapující fakta: V sledované populaci pražských mladých mužů pije alkoholické nápoje denně víc než jedna třetina a třikrát týdně více než jedna polovina. Přitom za zdravotně rizikovou spotřebu se považuje denní příjem 50g alkoholu. Téměř polovina sledovaných mužů oceňuje alkohol pro jeho účinky na psychiku jako drogu.

K podobným závěrům dochází i polský psychiatr A. Kepinski ve své knize "Rytmus života" [2]. Dívá se na alkoholika, jako na člověka, kterému něco chybí a především pátrá proč vlastně pije.

---

V léčbě alkoholismu se používá jednak negativního posilování a pak podle mého názoru účinnějšího pozitivního posilování, tj. vytváření situací, kdy nepožívání alkoholu je spojeno s něčím příjemným, člověka motivuje k něčemu, co ho začne bavit a může se realizovat. Tím se snižuje jeho "dolor existencie".



Tuto "bolest být" se člověk vždycky snažil utišit. Jedním z nejstarších a nejjednodušších způsobů byl a je alkohol.

Existuje několik způsobů pití:

**1. Neurastenický styl** spočívá v tom, že člověk pije sice málo, zato často, když je unaven nebo podrážděn. Léčebný účinek alkoholu je zde přirozeně zdánlivý, protože stále požívání alkoholu neurotické příznaky znásobuje. Člověk je jeho vlivem stále unavenější a podrážděnější, což ho opět nutí pít. Je to typický příklad začarovaného kruhu.

**2. Dionýský, všeobecně rozšířený styl.** Pije se hodně, neboť cílem je stav omámení, v němž by se člověk mohl odtrhnout od každodenní šedivosti.

Z filosofie víme, že to, co je jasné, vyrovnané, dokonalé a harmonické tvoří apollónský životní postoj. Naproti tomu dionýský postoj si cení především naplnění a plodnosti života. Dynamika je pro něj důležitější než harmonie.

Člověk se obvykle pohybuje mezi těmito dvěma póly. Proto toužíme občas po jiném vidění světa, světa odtrženého od skutečnosti. Alkohol a narkotika jsou nám tam vstupní branou.

Kepinski se zmiňuje o polském národním charakteru a o jeho vztahu k pití. Nazývá jej heroicko - sebevražedným stylem.

Polsko sice zaujímá první místo co do počtu opilců, ale ne co do množství alkoholu na hlavu. Poláci rádi pijí a pijí až do dna.

Na celém světě se hodně mluví a píše o negativních vlivech technické civilizace na lidské zdraví. Znečistila vodu, vzduch, zem. Zkomplikovala mezilidské vztahy, změnila životní prostor člověka. Odtud pramení i vzrůst jeho negativních pocitů vůči bližním. Ve své činnosti člověk naráží na odpor, proto často upouští od tvůrčích postojů ve prospěch jednoduššího konzumního. Tak žije v nesouladu s tím co by sám chtěl dělat a s tím, co opravdu dělá.

---

Neurotický syndrom, který z toho vyplývá se snaží nejdříve řešit sám autoterapií, například kontaktem s přírodou, koníčky, sexuální výstřelky a v neposlední řadě alkoholem.



Důležitým prvkem technického prostředí je jeho asexuálnost. V přírodě se reprodukce zajišťuje neobyčejnou diferenciací. Individuálnost je vlastní živé přírodě, v technickém prostředí je tomu naopak - reprodukce má seriový ráz. Protože člověk patří k přírodě, vyhledává taky individuálnost, neobvyklost. Tam, kde ji nenachází ve světě reálném, tvoří si pomocí alkoholu svět iluzorní plný barev a pohody. Podle Pavlovových výzkumů orientačních reflexů, přestávají identické podmínky po určité době vyvolávat reakci organismu, projeví se obranný mechanismus útlum, spánek.

To vše opět souvisí s motivací pití - nuda.

V Polsku se často říká: "Napijem se nebo usnem". Nuda má mnoho příčin, ale vždy je jejím základem negativní postoj k tomu, co nás obklopuje. Člověk, kterého něco zajímá, prožívá současnou situaci, svět jej přitahuje.

Člověk, který se nudí nebo pospíchá, se chce vymanit z toho co ho obklopuje a přítomný čas je pro něho překážkou.

Například člověk stojící ve frontě, nic vlastně nedělá jenom se nudí, prožívá negativní pocity, které aktivují jeho vegetativně - endokrinní systém a člověk se pak cítí unaven, jako po těžké práci.

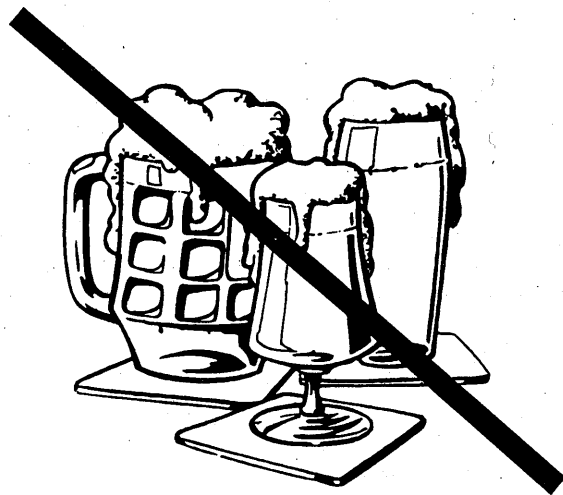
Důvody, které vedou lidi k nadměrnému pití alkoholu by se především měly hledat v kvalitě společnosti, co od lidí společnost vlastně vyžaduje a nabízí, především mladým lidem, kteří si hledají svoje uplatnění a realizaci svých schopností.

Jedním z nedostatků zdravotní výchovy je tendence útočit na sebehodnocení příjemce. Metody, které alkoholika zsměšňují vedou k typickým reakcím jejího odmítnutí v rámci sebeobrany napadeného vlastního já.

Dalším důležitým faktem je uvědomit si, že konzum alkoholu má pro mladé lidi významnou sociální funkci, že symbolizuje jejich lidskou vzájemnost a solidaritu. Jen za velmi vzácných okolností se setkáme s názorem absolutního odmítnutí pití alkoholu.

Proto by se mělo diferencovat mezi konzumem rizikovým a nerizikovým.

Je nelehké zhodnotit na několika stranách, které mám k dispozici všechny vlivy a důsledky nadměrného pití alkoholu. Pokusila jsem se spíš uvést několik zajímavých psychologických i faktických momentů, které dohromady napomáhají vytvářet postoj lidí k této problematice, neboť každý máme právo svobodné volby. Záleží na nás, čemu uvěříme, co pro nás bude mít vyšší prioritu a jaké názory ovlivní náš postoj k alkoholu. V každém případě je jasné, že lámání věcí přes koleno tak, jak se o to pokoušel Gorbačov v Rusku nebo dříve v jiných zemích lidské povahy nezmění. Prohibice a jiné zákazy nejsou lékem na alkoholismus. Tím lékem může být pouze odstranění příčin pití alkoholu, zbavení alkoholu jeho mystičnosti a nálepky zakázaného ovoce. Vyškrtněme ho z jídelníčku normální společnosti všude tam, kde k pití není důvod. Pokud se konzumace alkoholu stane ve všeobecném podvědomí nepřijatelným, něčím zahanbujícím, ponižujícím, pak budeme mít v rukou zbraň, jak s touto drogou skoncovat.



## Nástin etické problematiky v epidemiologii

(Seminární práce z lékařské etiky)

P a v e l S l e z á k , s t u d e n t 3 . L F U K

Během prvotních úvah o obsahu své práce jsem uvažoval o řadě témat týkajících se lékařské etiky, která je bezesporu bolavým místem snad ve všech oborech medicíny. Na 3. lékařskou fakultu jsem vstupoval se zájmem o preventivní medicínu a tento zájem mne dosud nepustil. Kromě toho, preventivní medicína je ve světě obor na vzestupu svého významu a i v ČSFR se takový vzestup nezadržitelně blíží (alespoň doufám). Protože bych rád, aby moje práce měla svůj význam i v budoucnu, rozhodl jsem se nakonec pro téma, které by sdružovalo jak předmět mé povinnosti, tedy lékařskou etiku, tak předmět mého zájmu, tedy preventivní medicínu. Objevil jsem tak podle mého názoru docela zajímavou problematiku - problematiku etiky v epidemiologii. Vzhledem k rozsahu své práce i oboru a vzhledem k časovým omezením si nedělám v žádném případě nárok na úplné vyčerpání problému. Stejně tak případné profesionály oboru musím upozornit, že můj pohled, byť podložený literaturou, je relativně laický a stočený spíše do roviny lékařsko - etické, než epidemiologické.

Jestliže jsem již uvedl epidemiologii jako lékařský obor, vyplývá z toho zcela jasně, že i pro ni budou platit základní pravidla biomedicínské etiky:

- samostatnost (autonomy): lidská práva, důstojnost, svoboda jedince...
- nepoškozování (non-maleficence): ochrana dat, riziko z vyšetření
- směřování k dobru (beneficence) : význam epidemiologických šetření pro zdraví jedince ...
- spravedlivost (justice): ekvita, poctivost, ... .

Máme-li dodržet pravidlo biomedicínské etiky č. 1 - samostatnost,

znamená to, že musíme dát právo každému jedinci rozhodnout o sobě samém. Tedy například u "výzkumných screeningových studií" musíme žádat od zkoumaných jedinců "informovaný souhlas" (5). Výzkumnou screeningovou studii mám přitom na mysli v podstatě sledování určitého zdravotního znaku v populaci zcela běžné, tedy bez předpokladu nějakého zdravotního rizika. Informovaný souhlas by pak měla být instituce, kdy vyšetřovaný prohlásí "ano, souhlasím, abych abych byl vyšetřen takovým a takovým způsobem a za takovým účelem, které mi byly objasněny".

Poněkud jiná situace nastává u "preventivního screeningu" - tedy jedná-li se o skupinu osob potencionálně nějakým rizikem ohrožených. Zde splňuje požadavky etického přístupu i "informovaný nesouhlas" (5). Tedy totéž, co reverz při nemocničním ošetřování. U obou případů však právě epidemiologie naráží na problémy :

1. Obvykle bývá vyšetřena velká skupina lidí, často i na relativně rozsáhlém území. Získání "informovaného souhlasu" s vyšetřením však vyžaduje co nejtěsnější kontakt s vyšetřovatelem. To ale právě vzhledem k rozloze screeningu nebývá většinou ani technicky možné. V praxi se pak získávání souhlasu děje (předpokládáme-li, že se děje) přes prostředníka, což nepřispívá k přílišné etičnosti postupu (5).

2. Naopak postoj vyšetřovaného se zhorší ještě tím, že jako laik nevidí v relativně teoretickém pojetí epidemiologie okamžitý, přímý užitek (samozřejmě ne jen pro sebe). Pak celkem pochopitelně ztratí zájem se podobné akce účastnit.

3. Výsledkem obou předchozích problémů je jev, který je zas nežádoucí pro samotné epidemiology: původně pracně vykonstruovaný statistický model náhodného výběru vyšetřovaných se zhroutl ve skupinku lidí, kteří mají nějaký důvod být vyšetřeni. (Např. screeningové vyšetření čípku děložního se "zvrhlo" ve "službu" ženám, které trpěly karcinofobií [USA-vyšetření dotována lidovými nadacemi]. (5))

Trochu jiná problematika nastává u druhého pravidla - nepoškozování. Zde se spíše jedná o širší problém :

Specifikem epidemiologie je často práce s velkými skupinami dat, které představují vysoce "intimní" údaje o lidech. Z toho vyplývá nutnost zabezpečení ochrany dat nejen před zneužitím, ale vůbec před možností, aby do nich nahlédly neoprávněné osoby. Naproti tomu je druhou specifikou, že "oprávněných" osob bývá velmi mnoho. Jednak samotný

epidemiologický tým je široký a jednak - aby byl zachován preventivní význam epidemiologie - je třeba tato data a výsledky jejich zpracování nějakým způsobem zveřejnit. O nepoškozování však budeme mluvit i v případě méně obvyklém - jedná-li se o dva jedince v jednom - tedy o matku a plod. Přičemž může nastat situace odstartovaná třeba prenatalním screeningem: abychom zachránili plod (jednoho jedince), je nutné "poškodit" matku (tedy druhého jedince), například při císařském řezu (5). Je samozřejmé, že většina matek toto "poškození" pro záchranu svého dítěte ráda snese. To však není argument, kterým by se dal tento problém smést z "etického stolu". Může nastat opačná situace, a co pak? (Příklad opět z USA (5) : matka s výše uvedenou diagnosou byla nakonec přinucena soudně podrobit se operaci pro záchranu svého dítěte.)

Posledním případem o kterém chci mluvit v souvislosti s poškozováním/nepoškozováním pacienta v epidemiologii jsou invazivní vyšetření. Pro příklad postačí rtg vyšetření na malý formát ("snímkování ze štítu") pro diagnostiku TBC a bronchogenních CA. Zde bylo prokázáno, že poškození absorbovaným zářením je větší, než diagnostická výtěžnost u jedinců mladších 50 let. Proto také bylo od paušálního screeningového snímkování upuštěno.

Jiným příkladem je určování kostního věku u dětí z rtg snímků zápěstních kůstek. I zde je zapotřebí pečlivě zvážit výtěžnost a diagnostický význam získaných výsledků vůči riziku, které vyšetření přináší.

Jako třetí pravidlo jsem uvedl "směrování k dobru" (beneficence - osobně bych spíše přeložil jako "prospěšnost"). To znamená, že výsledek činnosti by měl znamenat pro jednotlivce i společnost "dobro", tedy prospěch. O tom, že preventivní medicína, potažmo epidemiologie, je pro lidskou společnost prospěšná, nehodlám pochybovat (i když tak činí ještě řada lidí v naší společnosti). Uplatňuje se zde však faktor, již zmíněný v předchozích odstavcích, a sice ona "nepozorovatelnost" výsledků práce preventivních lékařů (epidemiologů) přímo a ihned. To pak budí pochyby o smyslu a významu těchto oborů.

Existuje kromě toho také oblast výzkumu v oboru epidemiologie (a možná jich je i více), kde je "směrování k dobru" sporné nejen relativně [jako u předchozího případu], ale i skutečně. Jedná se opět

o prenatalní screening a jeho důsledky :

Zjistí-li se totiž v prenatalním screeningu vývojová vada plodu velmi závažného charakteru, je tím často indikován potrat. Což je in-stituce z hlediska plodu a jeho života zcela jistě k "dobru" nevedoucí.

Kupodivu ve skutečnosti je počet potratů provedený v souvislosti s prenatalním screeninem nižší než počet potratů provedených na vlastní přání matky (v zemích, kde to zákonodárství umožňuje). To je vysvětlováno dvěma důvody (5): jednak časovou náročností většiny metod prenatalní diagnostiky (kromě ultrazvukového vyšetření), takže pak již nezbyvá čas na provedení potratu, a jednak psychickým fenoménem "ztráty anonymity" plodu. Ten charakterizuje jev, kdy vyslovením diagnózy přestává být plod pro matku "cosi", ale stane se identifikovatelným jedincem - "mým chudáčkem nemocným...". Pak je zcela pochopitelné, když matka k potratu nesvolí.

Posledním pravidlem biomedicínské etiky uváděným v souvislosti s epidemiologií je "spravedlnost". Tím je, alespoň se domnívám, požadováno dodržování těch nejzákladnějších norem humánního přístupu. Stejně jako v kterémkoliv jiném lékařském oboru. Zde je však nutné si skutečně uvědomit fakt, že i epidemiologie je lékařský obor a že i v ní se přichází do kontaktu s živými lidmi - a je třeba se podle toho chovat.

Tento výčet etických problémů v epidemiologii nemá význam, pokud se příslušná pravidla nebudou dodržovat nebo pokud alespoň nebude patrná snaha o jejich řešení. Výklad pravidel závisí ale do značné míry na osobní morální vyspělosti každého lékaře. Proto lze kvitovat s povděkem iniciativu pokoušející se o sestavení etického kodexu pro epidemiology (Guidelines on ethics for epidemiologist (4)), který by sjednotil názory a možná řešení v této problematice.

Prvním pokusem o jeho vytvoření byl seminář "Epidemiologie a etika", který proběhl na kalifornské universitě v Los Angeles v USA 3. - 5.8.1990. Projednával se zde scénář tohoto kodexu a bylo vzneseno mnoho zajímavých připomínek zejména z řad epidemiologů (4).

V těchto řadách se rozpoutala diskuse i na následném vědeckém shromáždění Mezinárodní epidemiologické asociace tamtéž, a také později v odborném tisku (1,2,3). Je zajímavé, že hlavními otázkami projed-

návanými v souvislosti s přípravou těchto pravidel nebyly ani tak vlastní otázky etiky, ale problematika definice okruhů spadajících pod obor epidemiologie, problematika účasti jednotlivých národních epidemiologických asociací na procesu přípravy pravidel a specifika (špecifiká) jednotlivých zemí, způsobená rozdílnými právními předpisy v těchto zemích (4). To se na jednu stranu může zdát jako určitý únik od skutečného problému. Já si však myslím, že je to naopak právě důkaz seriózního zájmu epidemiologů o věc. Pokud by tento zájem skutečně vyústil do vytvoření etického kodexu pro epidemiology a pokud by byl přijat ve většině zemí světa, mohl by být opět o něco povznesen morální charakter lékařského povolání.

1.



OTEVÍRÁME NA KATEDŘE NOVÝ OBOR.

2.



BUDE SE JMENOVAT "EPIDEMIOLOGIE  
SLUŠNÉHO CHOVÁNÍ".

77.

# Zdravotníci a A.I.D.S.

(Seminární práce z lékařské etiky)

J i ř í M a r e č e k , s t u d e n t 3. L F U K

Syndrom získaného selhání imunity (AIDS) se stal v posledním desetiletí společenským fenoménem číslo jedna. Zdravotnictví je tou oblastí, kde je dopad nové choroby samozřejmě nejmarkantnější.

AIDS, resp. HIV, nezná státní hranice, a tak se stal nemocí, se kterou bojují v různých státech a v různých podmínkách týmy zkušených odborníků. Ty se, zeměpisně vzato, dělí na západní, které se potýkají s ohromným množstvím nových případů onemocnění (AIDS je již pandemií), a ty na východě, včetně našeho státu, které musí - kromě hrozby náhlého vzplanutí nemoci - čelit i velkým finančním těžkostem. Často právě nedostatek peněz zabraňuje lékařům (nejenom v případě AIDS) v aplikaci té nejvhodnější terapie.

Již zmíněné týmy nejsou pouze špičková výzkumná pracoviště, ale též řadoví lékaři, sestry, laboranti a ostatní zdravotnický personál. Ti všichni jsou potencionálně ohroženi infekcí HIV více než kdokoli jiný. Velmi často je toto nebezpečí podceňováno a riziko roste.

Názorům lékařů, sester, laborantů a pomocného personálu a diskusí o některých problémech s AIDS ve zdravotnictví je věnována tato práce. Zahrnuje i nerozsáhlý průzkum mezi zdravotníky (30 osob). Jejich odpovědi na jednotlivé otázky jsou rozvedeny v dalších částech.

## Názory zdravotníků (průzkum)

Tato kapitola je zhodnocení mini-průzkumu mezi zdravotníky a diskusí k němu.

Akce se zúčastnilo 30 osob (10 lékařů, 14 sester, 4 laborantů a 2 pomocní pracovníci) z jedné nemocnice okresního typu.

Zúčastnění se měli odpovědi ANO/NE vyjádřit ke 4 jednoduchým otázkám:

1. Setkal/a jste se již s pacientem HIV - pozitivním nebo s pacientem s manifestním AIDS?
2. Připouštíte si možnost vlastní profesionální nákazy virem HIV?
3. Dodržujete v každodenní praxi preventivní opatření proti AIDS, resp. HIV?
4. Jste za všech okolností ochoten/a pečovat o HIV-pozitivního pacienta?

Číselné údaje jsou uvedeny v příložené tabulce. Pro malý počet osob v testu zúčastněných jsou uvedena konkrétní čísla a ne vyjádření v procentech.

Již první pohled do tabulky naznačuje velice znepokojivou skutečnost. 2/5 lékařů, 1/2 sester a 3/4 laborantů by se odmítlo starat o pacienta pozitivního HIV. To zjednodušeně znamená, že téměř polovina [!] zdravotnického personálu na všech stupních kvalifikace by přestala fungovat. Zvláště tristní je toto zjištění u lékařů, kteří jsou vázáni Hippokratovou přísahou. U SZP a laboratorních pracovníků jsou zjištěná čísla též neočekávaně vysoká.

Možná hraje významnou roli nezkušenost dotazovaných v kontaktu s HIV+ (pouze jeden lékař má vlastní zkušenosti). [V tomto směru by stála za uváženou větší informovanost zdravotníků, zvláště na úrovni SZP, o AIDS, hlavně z hlediska možného přenosu viru a vedení pracovníků k vyšší profesionalitě.]

## TABULKA:

|                  |        |     | ANO | NE |
|------------------|--------|-----|-----|----|
| LÉKAŘI           | otázka | č.1 | 1   | 9  |
|                  |        | 2   | 6   | 4  |
|                  |        | 3   | 1   | 9  |
|                  |        | 4   | 6   | 4  |
| SESTRY           |        | 1   | 0   | 14 |
|                  |        | 2   | 10  | 4  |
|                  |        | 3   | 7   | 7  |
|                  |        | 4   | 7   | 7  |
| LABORANTI        |        | 1   | 0   | 4  |
|                  |        | 2   | 4   | 0  |
|                  |        | 3   | 4   | 0  |
|                  |        | 4   | 1   | 3  |
| POMOCNÝ PERSONÁL |        | 1   | 0   | 2  |
|                  |        | 2   | 1   | 1  |
|                  |        | 3   | 1   | 1  |
|                  |        | 4   | 2   | 0  |

Dalším ožehavým bodem je dodržování bezpečnostních opatření proti infekci HIV.

Pouze pracovníci laboratoře udávají všichni udržování preventivních opatření. Naproti tomu opatření nedodržuje polovina sester (čísla by však při větším rozsahu průzkumu byla jistě vyšší - pozn. autora) a 9 z 10-ti lékařů. Snad to souvisí s neutěšenou finanční situací v našem zdravotnictví nebo s přesvědčením o vlastní nedotknutelnosti? Nad tím by se měli lékaři i sestry zamyslet, neboť vžitá přesvědčení o přenosu HIV pouze z krve je dnes již dávno překonané. Virus HIV, jak je již známo, proniká do všech sekretů produkovaných lidským tělem a nevylučuje se též možnost přenosu HIV přes intaktní sliznice!

Pro dojem vlastní nedotknutelnosti svědčí i odpovědi na otázku č.2, kdy 3/5 lékařů, přes 2/3 sester a všichni dotazovaní laboranti jsou přesvědčeni o nemožnosti vlastní profesionální nákazy. Srovnáme-li si to s nedodržováním preventivních opatření a s nezkušeností v kontaktu, je výsledek nepříliš lichotivý.

Myslím, že eticky nejproblematičtější je přeci jen otázka neposkytnutí péče. Ta se stává aktuální ve chvíli neodkladného zákroku ve službách RZP a při resuscitaci na oddělení. Chirurgie má v to mto ohledu pro svůj každodenní styk s krví primát.

Z průzkumu vyplývá, že zdravotníci jsou ochotni pečovat o HIV+ člověka, pokud je jeho pozitivita skryta v anonimitě. Jakmile jeho onemocnění vejde ve známost, velká část personálu se od něj odvrátí (viz výše).

## VZTAHY LÉKAŘŮ

Mezi lékaři platí - a v době AIDS musí začít platit dvojnásob - zásada informovat kolegu, ke kterému pacienta posíláme. Je to důležité nejen pro správný postoj k terapii, ale - pokud hovoříme o zdravotnictví - i pro samotného lékaře. Ten jistě bude u pacienta HIV+ klást důraz na bezpečnost svou i personálu (ne na úkor pacienta) a bude moci k pacientovi přistoupit s jasnou terapeutickou i psychoterapeutickou rozvahou a ne pouze s nejasným tušením hrozičeho nebezpečí.

Na druhé straně musí lékař zachovávat tajemství a tak chránit pacinta. Tomu může mnohdy hrozit i fyzické napadání ze strany "zdravých" radikálních občanů.

## LÉKAŘI - SESTRY

Zde je problematickou otázkou nařízení provedení nějakého výkonu (např. odběr krve) u HIV+ pacienta sestře lékařem. Lékař je v ošetřujícím týmu vůdčí silou, ale obávám se, že již zanedlouho budou lékaři narážet na nezáměr a zřejmě i strach ze strany SZP. Pravděpodobně by sami lékaři měli jít sestrám příkladem a mít na ně morální vliv. Prosté nařízení něčeho nebo vymáhání výkonů silou se asi těžko setká s úspěchem.



## LÉČBA HIV+

Lékaři jsou povinni poskytnout pomoc. V budoucnu však pravděpodobně přibude mnoho lékařů, kteří se budou snažit vyhnout ošetřování HIV-pozitivních lidí, pokud ho nebudou přímo odmítat. Tento etický problém by bylo vhodné rozpracovat v rozsáhlejší studii. Výsledky studie, spolu s řádně připravenou osvětou, by neměly být potom zpětně poskytnuty lékařům a jiným zdravotnickým pracovníkům. Zjištění aktuálního stavu v postojích zdravotníků k AIDS (HIV) je, myslím, velmi nutné.

- K léčbě:
- symptomaticky velmi pečlivě léčit veškerá drobná onemocnění u HIV+ pacienta;
  - psychoterapie - důležitý článek pro kontakt s nemocným i pro další úspěchy klasické léčby;
  - nutné je (a pacient má na to právo) informovat nemocného o jeho stavu a prognose. Nemocný HIV musí o své nemoci vědět, aby nenakazil druhé.

## OSVĚTA , INFORMACE , INFORMACE...

Lékař má povinnost informovat lidi o závažnosti AIDS (HIV), varovat před možnými riziky a zdroji nákazy a doporučovat, jak se proti HIV chránit. Stálo by však za zamýšlení obrátit osvětové působení i do vlastních řad, působit na zdravotníky. O vhodnosti tohoto postupu jasné hovoří i výše uvedený nerozsáhlý průzkum.

## ZÁVĚR

V práci byly uvedeny názory zdravotníků různého stupně kvalifikace na AIDS (HIV) v jejich praxi. Dále byly formou diskuse načrtnuty některé z palčivých problémů nepřiliš vzdálené budoucnosti v našem zdravotnictví.

Rozsáhlejší studie na toto téma by nepochybně by přiměla nejširší odbornou zdravotnickou veřejnost k zamýšlení nad současným stavem.

## Problematika starostlivosti o starých občanov

E . Š e v č í k , študent 3.LF UK Praha

Problematika starostlivosti o starých občanov je otázkou celosvetovou a značne komplikovanou. K napísaniu seminárnej práce na túto tému ma viedol práve tento fakt, ako i skutočnosť, že sme sa ňou zaoberali v rámci výuky lekárskej etiky. Zúčastnil som sa stáže vo Fakultnej nemocnici Kráľovské Vinohrady v Prahe, venovanej starým občanom hospitalizovaným v liečebniach pre dlhodobu chorých /LDCh/. Moje pocity boli zmiešané. Na jednej strane pocit uspokojenia, že sa problematika starostlivosti o starých občanov rieši, venuje sa jej pozornosť, ale na druhej strane poznatok, že súčasná geriatrická starostlivosť má mnoho nedostatkov a rezerv.

Za základnú vlastnosť geriatrického pacienta je možno označiť krehkosť, ľahkú dekompenzovateľnosť, zníženú adaptabilitu. Priamym dôsledkom je náročnosť a rizikovosť každej hospitalizácie, a to ako pre chorého, tak pre ošetrojúci personál [náročnosť fyzická i psychická, komunikačné problémy a konflikty] i spoločnosť [ekonomická nákladnosť] /4/. Naliehavú nemocničnú starostlivosť však potrebuje menšina staršej populácie; sú pre ňu indikovaní predovšetkým tí, ktorí vyžadujú špeciálnu a urgentnú terapiu a tí, ktorí na bežnú terapiu doma nereagujú alebo sa pri nej horšia /9/. Realita je však iná. Napríklad v LDCh, kde by mali byť zdravotne nesebestační občania potrebujúci dlhodobú liečbu, zostáva rada ľudí i po doliečení choroby, ktorá ich sem priviedla, pretože v pôvodnom domove nemajú nikoho, kto by sa o nich postaral a poskytol im príslušnú pomoc. Pozorovania a skúmania za posledné obdobie potvrdzujú veľmi podobnú skladbu obyvateľov LDCh a domovov dôchodcov /DD/ /5/. Dokonca sa možno stretnúť i s celkovým mýlnym tvrdením, že starí ľudia patria do LDCh a nikde inde /2/.

Potreba zvýšenej pozornosti geriatrickej problematike sa ukazuje v súčasnej dobe veľmi naliehavou. Má to svoje opodstatnenie.

Na lekárskech fakultách sa osobitne vyučuje odbor pediatrie. Na proti tomu geriatrickej sa venuje pozornosť minimálna. Detstvo i staroba majú svoje špecifiká, takže by im mala byť venovaná zvláštna pozornosť, čo však v prípade geriatrickej u nás zatiaľ nie je. Pritom kvalifikované odhady napríklad uvádzajú, že osoby staršie ako 60 rokov predstavujú okolo 60 percent dennej klientely územného obvodného lekára /3/.

Akú starostlivosť môže považovať za ideálnu chorý starý človek? Musí mať predovšetkým "pocit zdravia", čo v jeho prípade znamená neexistenciu obťažujúcich ťažkostí, aby bol sebestačný a nezávislý, aby bol sociálne integrovaný. Geront chce mať ďalej "pocit uspokojenia potrieb". Nechce mať nedostatok niečoho, čo je pre jeho individuálny život dôležité, ba nevyhnutné. Dôležitou zložkou ideálnej geriatrickej starostlivosti je i "pocit sociálnych istôt a psychickej pohody". Moderná klinická gerontológia zdôrazňuje komplexné hodnotenie chorého geronta. Terapia bez odstránenia sociálnych neistôt a psychických obáv je málo účinná /8/.

Iné predstavy o ideálnej geriatrickej starostlivosti majú tí, ktorí v tejto oblasti profesionálne pracujú. Dôležitou úlohou a cieľom je predovšetkým vyriešenie daného problému, či už lekárskeho a ošetrovateľského, psychologického či sociálneho, spravidla však všetkých súčasne. Nemôže byť ideálna geriatrická starostlivosť bez poňatia chorého geronta ako bio-psycho-sociálnej entity /8/.

Aké sú hlavné príčiny rozdielov medzi ideálnou a reálnou geriatrickou starostlivosťou? Sú to spoločenská atmosféra percepcie starých ľudí, obmedzené možnosti a limitované zdroje geriatrickej medicíny, objektívne odborné limity [platí napríklad perspektíva krátkodobých cieľov, úsilie o udržanie sebestačnosti skôr než uzdravenie atp.]. V neposlednom rade sú to chyby profesionálneho myslenia a jednaní v dôsledku pretrvávania nesprávnych predstáv a mýtov o starobe /8/.

Starostlivosť o geriatrického pacienta by mala byť komplexná a tímová. Tímová spolupráca má priaznivý dopad na celkovú atmosféru na oddelení a významný psychoterapeutický vplyv na jednotlivých

pracovníkov, minimalizuje riziko rezignácie, depresie a skepsie, ktoré geriatrická medicína opakovane prináša. Treba sa zbaviť predstavy akejsi homogénnosti starej populácie. Starí ľudia tvoria najheterogénnejšiu vekovú subpopuláciu. Z hľadiska sociálneho, psychologického a iných je každý starý pacient individualitou /4/. Medicína bude tým ľudanejšia, čím viac zdravotnícky personál bude prihliadať na zvláštnu realitu, jedinečnosť každej chorej osoby. Prejsť od "medicíny tela" na "medicínu človeka" bude veľkým pokrokom /1/.

Prínosom pre zlepšenie spolupráce s rodinou by mohla byť možnosť každodenných návštev s aktívnym zapojením príbuzných do ošetrovateľského a rehabilitačného plánu s možnosťou pohovoru s lekárom a ostatným zdravotníckym personálom /4/. Príbuzní majú možnosť poznať neľahkú prácu zdravotníkov na geriatrickom oddelení, pochopiť ich problémy a ťažkosti /2/.

Čo sa týka starostlivosti o starých občanov, fungujú u nás v súčasnej, dosť neujasnenej dobe okrem pomoci rodiny iba formy pomoci organizované štátom. V zahraničí vedľa seba koexistujú ďalšie formy sociálnej starostlivosti, založené predovšetkým na báze svojpomoci, charity a na báze komerčnej. Očakáva sa, že i u nás dôjde k rozvoju ďalších foriem tejto starostlivosti. Rozsah týchto ďalších služieb na celkovej starostlivosti, ani rýchlosť, s ktorou budú zavedené nie je možné v súčasnej dobe reálne odhadnúť /5/.

Intenzívne sa starostlivosťou o starých občanov zaoberajú napríklad vo Švédsku, ktoré je známe ako "vzorný sociálny štát", predovšetkým pre starých občanov. Rokom 1992 začalo Švédsko cestu reformy starostlivosti o starých občanov, ktorej cieľom je poskytovať väčšiu pomoc jednotlivcovi, zaistiť integritu jedinca, aby poskytované služby boli v jeho blízkosti, garantovať poskytovanie starostlivosti, poskytovať pomoc týkajúcu sa právnych otázok /7/.

Progresívnym štátom v tomto smere je i Izrael, ktorý sa snaží o poskytovanie pomoci starým ľuďom hlavne doma. Jednou z ľudových organizácií bez finančných nárokov je MISHAN, ktorého hlavnou funkciou je poskytovať služby starým ľuďom. Vedie ubytovne, ktoré zahŕňajú bunky, domy pre dôchodcov, služby pre starých nesebestač-

ných ľudí a oddelenia starostlivosti a psychiatrickej služby. Okrem týchto služieb MISHAN zahrňuje i tzv. kluby tretieho veku, ktorých princíp spočíva v tom, že starí ľudia nehendikepovaní a sebestační v rámci programu "priateľských návštev" poskytujú konkrétnu a morálnu podporu ostatným starým ľuďom - osamelým a ne-sebestačným /10/. Aj v našom štáte je mnohoročná tradícia klubov dôchodcov, Akadémií tretieho veku, a od roku 1987 dokonca Univerzít tretieho veku.

Mnohé aktuálne problémy sociálnej starostlivosti o starých občanov u nás sú dané rozpadom starého modelu štátnej správy, vvierajú z pocitu neistoty, ktorý je daný neexistenciou novej koncepcie fungovania sociálnych služieb. Opodstatnené sú obavy z prechodu na trhovú ekonomiku ako takú, v rámci ktorej môže dochádzať k bankrotom DD; očakáva sa agresívne chovanie novovzniknutých súkromných podnikov, ktoré odčerpajú kvalitné pracovné sily a platy, s ktorými ústavy sociálnej starostlivosti nebudú môcť súťažiť. Problémy pramenia i z koncepcnej neistoty v dôsledku reprivatizácie majetku, z následkov organizačného chaosu /6/.

Na záver treba zdôrazniť, že základnou požiadavkou pre prístup k starým ľuďom v súčasnej dobe je postupovať tak, aby sa necítili chystanými zmenami ohrození. Druhou požiadavkou je garancia primeranej životnej úrovne v starobe. Z toho vyplýva, že hlavným garantom by mal byť štát. Táto hlavná rola štátu nevylučuje možnosť ďalšieho skvalitnenia starostlivosti za úhradu, nevylučuje vznik alternatívnej starostlivosti o starých ľuďoch, ktoré - vychádzajúc z konkrétnych podmienok príslušnej komunity - budú poskytovať požadované služby efektívnejšie, než centrálné riedené inštitúcie štátu /5/. Hlavným záujmom ale je, aby komplexná zdravotno-sociálna starostlivosť bola poskytovaná predovšetkým v domácom prostredí. Je požadované, aby maximálnym rozvojom ambulantných služieb [komplementárna rodinná starostlivosť] bol umožnený i osobám so značnou mierou závislosti čo najdlhší pobyt v súkromí a zvyknutom prostredí /3/.

**FAKULTA**

# MÍSTO FILOSOFIE NA LÉKAŘSKÝCH FAKULTÁCH

J i ř í J e ž e k

Lékařské vzdělání ztratilo v posledních desetiletích některé ze zásadních atributů, které patřily zcela neodmyslitelně k formování osobnosti lékaře. Osobnosti lékaře mám na mysli osobnost v plném slova smyslu - tedy nejen po stránce odborné, ale též po stránce lidské, morální, mravní. Obor lékařská etika řeší spíše konkrétní problémy, s nimiž se lékař nutně setkává, přičemž důraz klade ponejvíce na praktická řešení. Problémy pojmenovává a dokonce se je s větší či menší mírou vhodnosti pokouší systematizovat. Otázky po příčinách a smyslu jsou však často řešeny pouze v rovině psychologie či přímo medicíny, což samo o sobě usvědčuje tuto koncepci z nedostatečnosti, neboť ani jedna z těchto disciplín nezahrnuje v sobě metody, jak zkoumat a osmyslňovat sebe sama. Ukazuje se tak nutnost vycházet z podstatně pevněji budovaných filosofických pozic.

K růstu "osobnosti lékaře" v silném významu, tj. k růstu osobnosti profesně zdatné a zároveň lidsky a společensky vyhraněné a pevné, nemůže vést sebelépe zkoncipovaná soustava názorů, jsou-li víceméně umělým kompromisem mezi "lidskostí" a profesionálním pragmatismem. To není výtka lékařské etice, ale poukaz k potřebě budovat tyto etické postoje na půdě hlubšího, fundamentálního filosofického vědomí vyššího sjednocujícího smyslu.

Absence důrazu na tento "vyšší smysl" se projevuje jak v samotné koncepci lékařského vzdělávání, tak i v praktické výuce jednotlivých oborů. Tzv. "humánní" přístup k medicíně zůstává ve svém obsahu pro značnou část mediků - a často i lékařů - nevyplněný, matný, vágní, někdy dokonce frivolní.

Je nasnadě otázka, v jaké půdě je vlastně zakořeněna ona tolik zvýrazňovaná zodpovědnost lékaře, jeho žádoucí humanistická úloha a autoritativní pozice ve společnosti.

Po příčinách této filosofické nedostatečnosti nutno pátrat daleko před vstupem studenta na vysokou školu. Svou roli zde jistě hraje jak slabá úroveň nižšího a středního vzdělání, tak pro-

fil celé výchozí společenské situace, již byli současní studenti lékařství formováni. Jejich dospívání se odehrávalo v době devastace veškerých morálních hodnot, která se často odrážela i v samotném rodinném zázemí. Toto konstatování však nemůže být věčnou omluvou pro nedůslednost, s níž k těmto otázkám současné vysoké školství přistupuje.

V přípravě budoucího lékaře zřetelně chybí tyto prvky:

1. *přímá účast studentů medicíny na vědecké či klinické práci fakultních pracovišť;*
2. *otevřený kontakt pedagogů se studenty; jak na basi profesionální, tak osobní;*
3. *vytváření plastického obrazu medicíny jako živého, tvůrčího a neuzavřeného vědeckého oboru;*
4. *interoborové výukové disciplíny, semináře, přednášky;*
5. *volitelné [tzv. "nadstavbové"] předměty, které by přesahovaly rámec výuky medicíny;*
6. *důraz na zastoupení předmětů filosofického zaměření ve výuce, jejich emancipace a pluralita.*

V této stati se budu zabývat pouze posledním z uvedených bodů - přechozím jsem se věnoval v několika příspěvcích v minulých číslech tohoto časopisu. Zopakují pouze svůj názor, že soustavné zanedbávání prvních pěti bodů, které je snad nejvýrazněji demonstrováno naprostou absencí pedagogických osobností-vzorů u současných studentů, je indukováno vposledku právě opomíjením bodu posledního.

V povědomí mediků i značné části lékařské veřejnosti figuruje filosofie jako poněkud nejasně vymezená, neverifikovatelná a abstraktní disciplína, odehrávající se na ryze teoretickém poli - tedy disciplína s velmi spornými dopady do každodenní praxe. Takový obraz činí pak filosofii pro lékařskou profesi víceméně nepoužitelnou. I samotná lékařská etika je pokládána spíše za souhrn norem a zákonů, postavených vesměs na jakési dohodě, konvenci v daném společenském systému a historické době.

Je třeba zde zdůraznit, jaké místo do nedávných dob filosofie ve společnosti zaujímala, neboť právě ona byla jako první programově vykázána na samý okraj vzdělávacího procesu. Místo ní

byla podsouvána její deformovaná a zideologizovaná odrůda, která se vyznačovala uzavřeností, hotovostí a nepřístupností kritice a která si nárokovala právo na konečnou a zákonitou pravdu. Toto pojetí vštěpovalo svým žákům přesvědčení, že filosofie je v podstatě ideologií, se vši zaručenou nezáživností, nestravitelností a nepoužitelností v "normálním" životě.

Potřeba vrátit filosofii "dobré jméno" je tedy naléhavá. Přesto způsob, jakým se naše vysoké školství s touto pozicí filosofie "svobodně" vyrovnává, k resuscitaci skutečné filosofie v povědomí studentů zatím příliš nevede.

Problém je v tom, že ačkoliv z výukových osnov zmizela ona jednostranná a uzavřená ideologie, uzavřenost i jednostrannost v pojetí filosofie zůstaly. *Uzavřenost* v tom smyslu, že filosofie je nadále prezentována jako pro každou epochu historicky podmíněný a završený systém, v němž posléze vždy dojde k převratu a k překonání, a je pouze otázkou času, kdy bude toto "překonání" opět završeno a překonáno. Takto se do filosofie zavléká pojem jakéhosi "pokroku", s nímž přichází pochopitelné přesvědčení, že ono staré, "překonané" a "završené" nemá co říci dnešku. *Philosophia perennis* - věčná filosofie, filosofie otázek stále znovu zaznívajících ze samotné existence člověka - se z tohoto pojetí zcela vytrácí. *Jednostrannost* je pak už jen logickým důsledkem, neboť každému takto vyloženému filosofickému systému je možno - ba nutno - přidělit shrující stanovisko: jaké jiné než naše dnešní, vědeckým poznáním zdůvodnitelné a dokázané! Filosofie se v této podobě stává mírně atypickou a nedokonalou "vědou".

Je pochopitelné, že taková filosofie do "běžného" života nejen nepromlouvá, ale hůře: ani promlouvat nemůže. Nemůže vstupovat do každodenních problémů a situací a tím méně může nárokovat jakoukoli reflexi na jiné obory. Zůstává nadále "nadbytečnou" pro studium lékařství i pro život.

V naší společnosti existuje zakořeněná představa, že ze střední školy vychází zralý, dospělý, "hotový" člověk. Tak lze lacině obhájit názor, že vysokým školám další "péče o duši" nepřísluší, že jejich úkolem je vzdělávat studenty pouze odborně.

Ponechme stranou pochybenost samotného pojmu "hotovosti člověka". Chci zde poukázat na nezbytnou kontinuitu, již musí vysoká škola v návaznosti na školu střední dostát: Je-li úkolem střední školy vybavit člověka do života širokým a obecným vzděláním

a mravními hodnotami, pak na vysoké škole se tento úkol spíše prohlubuje a konkrétním způsobem orientuje a vyhraňuje. Úkol, který si klade za cíl střední škola - úkol zvaný "člověk" - zde pokračuje. Je pouze obohacen o určitý specifický přívlastek: např. "člověk - lékař", "člověk - pedagog" apod. Je však patrné, že základní cíl - cíl osvětlovat ono vpravdě "lidské" v našem bytí - z poslání vysoké školy nevypadává. Ba naopak, úkol péče o duši vyvstává ve spojení s praktickým posláním a zodpovědností budoucího lékaře, zacházejícího s lidskými životy, o to naléhavěji. Úzkou spjatost odborného a filosofického vzdělání není snad po tomto výkladu třeba dále dokazovat.

Nedomnívám se, že náplní výuky filosofie na vysokých školách by měly být jakési filosofické "úvody" či historické přehledy. Vysoká škola by se tím nadále stavěla do role suplenta školy střední, což není žádoucí ani únosné. Má-li mít filosofie své plnohodnotné a smysluplné místo ve vysokoškolské výuce, pak se musí stát nikoliv řadovým předmětem, ale legitimním způsobem myšlení - zprvu základním, tj. takovým, z něhož se metodika a myšlení klinické i vědecké odvíjí, vposledku pak integrujícím a sebereflekтуjícím.

Dle mého názoru je třeba zajistit výuku filosofie následujícím způsobem:

1. výukou filosofie vyplnit kontinuálně celou dobu studia;
2. jednotlivé filosofické bloky pojímat tématicky a jejich nabídku pluralizovat jak ve smyslu pestrosti témat, tak ve smyslu neomezování jejich návštěvy na určité ročníky. Místo toho je možné vypsát povinně jeden tématický blok v každém semestru dle studentova samostatného výběru.
3. témata bloků zaměřit na problémy akcentované druhem školy. V případě lékařské fakulty předpokládá tento bod vybrat základní filosofické problémy, které nacházejí bezprostřední odezvu v lékařské a vědecké praxi [např. otázka smrti a celkový význam faktu konečnosti lidského života, problém existence, otázka svědomí, zodpovědnosti, některé kapitoly z "přírodní filosofie", tělesnost, ale též téma tradice, kultury, předsudků, náboženství a další].

Takto koncipovaná výuka filosofie nijak nediskvalifikuje obor vlastní lékařské etiky, která může na takto získaném fundamentu rozvést řešení etických problémů v praxi.

Na závěr bych chtěl poukázat na jeden stěžejní moment, v němž se význam pozornosti k výuce filosofie a nutnost jejího docenění zřetelně ukazuje. Tímto momentem je tolik diskutovaná pasivita valné části studentů na naší fakultě, jež stojí i v kořenech příčin kolapsu akademického senátu po abdikaci jeho části studentské.

Euforie, již bylo studentské hnutí poháněno v polistopadovém období, nenašla díky absenci základního vědomí zodpovědnosti u studentů svůj přirozený ekvivalent. Nemodifikovala se do stálého úsilí a angažovanosti ve veřejném životě, neboť neměla dostatečně pevný a hlouběji zdůvodněný terén, na němž by mohla podobnou transformaci provést. Zde se podle mého mínění dopustila fakulta největších chyb: přecenila soběstačnost studentského zájmu a schopnost jeho dalšího samostatného vývoje. Aniž by si to v plném rozsahu uvědomila, postavila mezi sebe a studenty opět bariéru, která zde byla po léta záměrně udržována. Mezi studenty opět zaznívá fenomén strachu a nedůvěry, obava jakkoliv na sebe upozorňovat, vyčnívat z průměru. Tendence tento stav přehlížet je zčásti pochopitelná: anonymní masa se lépe spravuje, eviduje, hodnotí. Lépe se s tímto přístupem čelí námitkám proti neobjektivitě a protekci. Jsou to argumenty, které zdánlivě racionalizují a ospravedlňují tzv. "objektivní" přístup pedagogů i fakulty ke studentům. Výchova ale není objektivní proces. Je to vždy záležitost dvou otevřených subjektů, komunikace mezi nimi, naslouchání a snahy porozumět sobě navzájem. Snažit se - byť z "dobrých důvodů" - odstranit toto subjektivní hledisko z akademické půdy může vést pouze k jedinému: k vzájemnému neslyšení a nepochopení se. Ke vzniku dvou protilehlých táborů, které mezi sebou vedou drobné války, aniž by si byly vědomy toho, že válčí především každý sám proti sobě.

Je třeba bezokladně hledat cesty, které vedou z tohoto bludného kruhu ven. Porozumění východiskům našich vztahů a našeho konání ve světě je pro takové hledání jistě nezbytným předpokladem. A je to právě filosofie, která toto porozumění nabízí.

## Některé zásady organizace postgraduálního vzdělávání ve FNKV a 3. LF UK

Úvodem je nutno konstatovat, že jde o zásady předběžné, jejichž platnost bude do značné míry limitována dokončením dalších legislativních opatření v oblasti postgraduálního vzdělávání. Definitivní podobu mohou nabýt až po dokončení a zveřejnění podmínek pro akreditaci jednotlivých lékařských oborů, jejichž splnění bude určující pro fungování pracovišť jako oficiálních doškolovacích zařízení.

V současných podmínkách lze postgraduálně zaměřené akce organizovat podle možností a zájmu jednotlivých pracovišť. Je v zájmu FNKV prezentovat se tímto způsobem z důvodů prestižních, finančních a řady dalších. Hlavním předpokladem je, že půjde o akce, které především intelektuálně splní své poslání: poskytnout zájemcům kyslené informace a sobě pak povést univerzitního pracoviště na odpovídající úrovni. Nemalý význam má vytváření dobrých kontaktů s lékaři v terénu, kteří vědí, kam poslat své pacienty na specializované léčení při správných indikacích.

Poplatek za kurs navrhuje jeho vedoucí (koordinátor). Tento poplatek je odrazem "tržní hodnoty" kursu, jeho délky, doby trvání (pracovní dny, mimopracovní doba apod.), jeho náročnosti, přitažlivosti pro posluchače atd. Vedení FNKV na základě předloženého syllabu připraví cenu s ohledem na kalkulaci skutečných nákladů včetně nákladů na koordinační a propagační činnost související s kursy ve FNKV. Tytéž náklady doplní 3. LF UK. Upozorňujeme, že náklady na kursy probíhající v pracovní době budou vyšší než v pozdních odpoledních hodinách. Po odečtení nákladů včetně mzdy či odměny pro vyučující budou případné přebytky přičítány k příjům nákl. střediska s cílem při pozitivní hospodářské bilanci použít prostředky pro investice příslušné kliniky.

Propagaci zajistí odpovědná pracovnice (ROPA) paní Klimová, l. 3010, pavilon "L", rozesláním nabídky kursů různým zdravotnickým zařízením. Další formy propagace (v odborném tisku, na bázi odborných společností apod.) jsou velmi žádoucí a předpokládá se, že jich organizátoři akcí využijí. Rovněž je vítána účast sponzorů, kteří mohou dále přispět k pozitivní bilanci jednotlivých akcí a vylepšení finanční situace pracoviště.

K sestavení plánu akcí na každý následující školní rok: pracoviště budou každoročně v březnu až dubnu vyzvána, aby předložila referátů postgraduální aktivity (ROPA) plán připravovaných akcí. Plán musí obsahovat název kursu, termín konání, jméno a místo hlavního zodpovědného organizátora a jména školitelů a podrobný syllabus včetně časového harmonogramu a nároků na prostory a pomůcky. Každý kurs musí být ukončen hodnocením odborné a organizační úrovně školicího pracoviště a hodnocením účasti a znalostí frekventantů s výjimkou dlouhodobých pobytů. ROPA zpracuje jednotné formuláře. Návrh schválený přednostou kliniky je zaslán do ROPA. Na základě uvedených návrhů a jejich koordinaci v rámci celé FNKV bude vytvořen definitivní plán školicích míst a akcí pro následující školní rok. Vedení FNKV a 3. LF UK si vymezuje právo úpravy plánu též s ohledem na odbornou úroveň školitelů.

ROPA může výjimečně (v případě volné kapacity) zajistit ubytování mimopražským účastníkům v ubytovně FNKV (cena 45 Kčs za osobu a noc). ROPA na základě písemné žádosti zajistí ubytování jinde, stravování ve FNKV, společné večere apod. ROPA dále zajistí potřebné vyučovací pomůcky (reprografickou dokumentaci IS).

*Administrativní postup při organizaci* bude následující: Před započítím dříve schválené akce převezme koordinátor v pokladně FNKV bloček prázdných stvrzenek o zaplacení kursu. Originál každé z nich vydá účastníkovi proti zaplacení poplatku. První kopii předá pokladně FNKV s vyúčtováním celé akce. Poslední kopie zůstává v bločku, který se po skončení akce předá rovněž pokladně FNKV. Všechny použité stvrzenky včetně třetí kopie, předávané pokladně FNKV, musí být opatřeny razítkem pracoviště včetně čísla zákl. střediska.

Před začátkem akce zašle vedoucí kursu ekonomické správě FNKV a ROPA oznámení o jejím konání na formuláři "Rozpočet postgraduálního kurzu", obsahující hlavní údaje o kursu samotném, plánovaných příjmech při určitém počtu přihlášených účastníků a výši registračního poplatku se zohledněním plánu vydání s organizací kursu.

Po skončení akce koordinátor zpracuje podklady pro "Vyúčtování kursu" a zašle paní Klimové. Organizaci vyúčtování mezi pohledávkami ES a ZS a 3. LF UK zajistí ROPA.

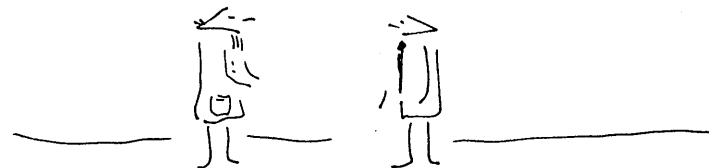
Vedení FNKV dbá na organizační a odbornou úroveň kursů pořádaných na půdě nemocnice. FNKV si vyhrazuje právo udělit vnitřní licenci zodpovědným školitelům pro určité kursy s ohledem na úroveň a rozsah LPP na pracovišti a s ohledem na předložený syllabus.

1.



NAŠE FAKULTA OTEVÍRÁ ŘADU KURSŮ, VE  
KTERÝCH SI LÉKAŘI BUDOU MOCI  
DOPLNIT VZDĚLÁNÍ...

2.



... KTERÉHO SE JIM BĚHEM STUDIA  
NEDOSTALO ...

## NABÍDKA ŠKOLÍCÍCH AKCÍ

3. lékařské fakulty University Karlovy v Praze  
a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

pro školní rok 1992 / 1993

---

### Postgraduální kurs v kardiologii

Určení: pro lékaře

Místo konání: II. interní klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
jednou měsíčně v mimopracovní době a to pátek od 16.30 do  
19.00 hodin a v sobotu od 8.30 do 13.00 hodin.

Termín: říjen - červen 1992/1993

počet účastníků: 30 /již plně na termín 1992-93 obsazen)

Odborný vedoucí kursu: Doc.MUDr. Pavel Gregor,Csc. tele-  
fon: 7162724,7162707,7162762

---

### Stážový pobyt na koronární jednotce

Určení: pro lékaře

Místo konání: I. a II. int. klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
1-6 měsíců nebo dle dohody

Termín: říjen - červen 1992-1993

Počet účastníků: 2 na každé pracoviště

Odborný školitel: as. MUDr. Ivan Hes CSc., telefon:  
7162616,7162353 (I. int. klinika)

Doc. MUDr. Petr Widimský, CSc., telefon: 7162792,7162700  
(II. int. klinika)

---

### Stážovací pobyt na jednotce intermediární kardiologické péče

Určení: pro lékaře

Místo konání: II. int. klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
délka stáže podle dohody (doporučená je 6 měsíců)

Termín: říjen - červen 1992/93

Počet účastníků: 3

Odborní školitelé: Doc, MUDr. Pavel Gregor,CSc, telefon:  
7162724, 7162707

---

### Stážovací místo v katetizační laboratoři

Určení: pro lékaře

Místo konání : II. int. klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
dle dohody, v průměru 2 měsíce

Termín: říjen - červen 1992/93



Počet účastníků: 2  
Odborný školitel: as. MUDr. Jar. Dvořák, telefon:  
7162766,7162707

---

#### Stážovací místo v elektrofyziologické laboratoři

Určení: pro lékaře  
Místo konání: II. int. klinika FNKV  
Doba trvání:

---

1 den v týdnu (čtvrtek) po dobu 6 měsíců, před zahájením  
2 den. soustředění (délku stáže lze ind. domluvit)

Termín: říjen - červen 1992/93  
Počet účastníků: 2  
Odborní školitelé: as. MUDr. St. Hrdlička, telefon  
7162762,7162764,7162715  
MUDr. Martin Herold, telefon: 7162761,7162762,7162707

---

#### Výuka v echokardiografii

Určení: pro lékaře  
Místo konání: I. a II. int. klinika FNKV  
Doba trvání:

---

1-6 měsíců - podle dohody

Termín: říjen - červen 18992/93  
Počet účastníků: 2 - 3 na každé pracoviště  
Odborní školitelé: MUDr. Rudolf Špaček, tel.: 7162616  
(I.interna)  
Doc,MUDr. Pavel Gregor,CSc.  
Doc,. MUDr. Petr Widimský, CSc. tel.: 7162707,7162762

---

#### Výuka zevní kardiostimulace

Určení: pro lékaře  
Místo konání: I. a II. interní klinika FNKV  
Doba trvání:

---

dle dohody

Termín: dle dohody  
Odborní školitelé: as. MUDr. Ivan Hes, CSc.,  
tel.7162616,7162353 (I.interna)  
as.MUDr. St. Hrdlička, tel.: 7162762,7162715 (II.int.)

---

#### Postgraduální kurs z vnitřního lékařství

Určení: pro lékaře  
Místo konání: I. int. klinika FNKV  
Doba trvání:

---

2 dny v měsíci (pátek odpoledne a sobota dopoledne)

Termín: říjen - červen 1992/93  
Počet účastníků: 20  
Odborný školitel: prof. MUDr. Jiří Horák,CSc.,tel.:7162357

---

#### Výuka gastroscopie

Určení: pro lékaře  
Místo konání: I. a II. int. klinika FNKV  
Doba trvání:

---

1 - 2 dny v týdnu po 2 měsíce

Termín: říjen - červen 1992/93

Počet účastníků: 1 - 2  
Odborní školitelé: MUDr. Pavel Trunečka, tel.:  
7162317,7162313 (I.interna)  
Doc.MUDr. Milan Kment, CSc., as. MUDr. Jiří Novotný,  
tel.: 7162719,7162700,7162706 (II.int.)

---

### Výuka břišní sonografie

Určení: pro lékaře

Místo konání: I- a II. interní klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
1 - 2 dny v týdnu po dobu 2 - 6 měsíců

Termín: říjen - červen 1992/93

Odborní školitelé:

MUDr. B. Pokorná, tel.: 7162313,7162338

MUDr. Pavel Trunečka, tel.:7162317,7162313,(I.int.)

MUDr. Hana Srchová,Doc.MUDr. Lubomír Kužela,

tel.: 7162703,7162760,7162727 (II.int.)

### Výuka laparoskopie

Určení:pro lékaře

Místo konání: I. a II. int. klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
1 den v týdnu po dobu 1 roku

Termín: dle dohody (říjen - červen 1992/93)

Počet účastníků: 1

Odborní školitelé: prof. MUDr. Jiří Horák,CSc.

tel.:7162357 (I.int.)

MUDr. Hana Srchová, tel.: 7162760, 7162703 (II. int.)

### Výuka punkční jaterní biopsie

Určení: pro lékaře

Místo konání: I. a II. int. klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
dle dohody

Termín: říjen - červen 1992/93

Počet účastníků: 1-2

Odborní školitelé: MUDr. Bl. Pokorná, tel.  
7162313,7162338 (I.interna)

as. MUDr. Hana Srchová, tel.: 7162760,7162703 (II. interna)

### Výuka koloskopie

Určení: pro lékaře

Místo konání: II. int. klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
15 týdnů a to jeden den v týdnu. Na začátku a na konci  
stáže týdenního soustředění

Termín: říjen - červen 1992/93

Počet účastníků: 1

Odborní školitelé: Doc.MUDr. M. Kment,as. MUDr. J.Novotný,

tel.: 7162700,7162719,7162706

### Výuka endoskopické polypektomie

Určení: pro lékaře

Místo konání: II. int. klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
3 - 5 výukových dnů, týdenní soustředění před a po ukonče-  
ní kursu v případě, že kurs navazuje na výuku koloskopie.

V případě kursu samotného se počítá s 8 výukovými dny.

Termín: říjen - červen 1992/93

Počet účastníků: 1

Odborní školitelé: doc. MUDr. M.Kment,CSc.,as.MUDr.  
J.Novotný, tel.: 7162700,7162706,7162719

Výuka endoskopické léčby maligních a benigních stenóz jícnu

Určení: pro lékaře  
Místo konání: II. int. klinika FNKV  
Doba trvání:

-----  
15 výukových dnů vždy 1 den v týdnu. Týdenní soustředění na začátku a na konci kursu  
Termín: říjen - červen 1992/93

Počet účastníků: 1  
Odborný školitel: as. MUDr. Jiří Novotný, tel.: 7162700, 7162719

-----  
Endoskopické výkony na jícnu a žaludku (Sklerotizace jícnových varixů, léčba krvácení)

Určení: pro lékaře  
Místo konání: II. int. klinika FNKV  
Doba trvání:

-----  
1 dopoledne v týdnu, 20 sezení, na začátku a na konci týdenního soustředění  
Termín: zahájení říjen 1992  
Počet účastníků: 1  
Odborní školitelé: Doc.MUDr. M. Kment, CSc, as:MUDr. J. Novotný, tel.: 7162700, 7162719, 7162706

-----  
Kontinuální pH metrie jícnu

Určení: pro lékaře  
Místo konání: II. int. klinika FNKV  
Doba trvání:

-----  
5 jednodenních sezení  
Termín: zahájení říjen 1992  
Počet účastníků: 2  
Odborní školitelé: MUDr. Vlad. Kodat, tel.: 7162750, 7162703

Postgraduální kurs v diabetologii, metabolických chorobách a klinické výživě pro praktické lékaře

Určení: pro lékaře  
Místo konání: II. int. klinika FNKV  
Doba trvání:

-----  
3 denní (čtvrtek, pátek, sobota)  
Počet účastníků: 30  
Odborní školitelé: prof.MUDr. Michal Anděl, CSc., prim.MUDr. Ludmila Trešlová,  
tel.: 7162820, 7162765

-----  
Postgraduální kurs v nefrologii

Určení: pro lékaře  
Místo konání: I. int. klinika FNKV  
Doba trvání:

-----  
1 krát měsíčně sobota 8.30 - 12.30 hod.  
Termín: říjen - červen 1992/93  
Počet účastníků: 20  
Odborný školitel: Doc.MUDr.M.Jaroš, CSc. tel.: 7162318, 7162314

-----  
Praktická školení před závěrečnými zkouškami PSS z imunohematologie a krevní transfuze (laboranti)

Určení: SZP obor zdrav. laborant  
Místo konání: transfuzní odd. FNKV  
Délka trvání:

-----  
1 týden

Termín: září - říjen 1992  
Počet účastníků: 3 na 1 týden  
Školitelé: Marta Martinovská, tel.: 7163044,  
Jana Pospíšilová, tel.: 7163042

Praktická školení před držení pohotovostních služeb (laboranti)

Určení: SZP obor zdrav. laborant  
Místo konání: transfuzní odd. FNKV  
Doba trvání:

-----  
1 týden

Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 1  
Školitelé: Ivana Nunevová, tel.: 7162650, Simona Nováková,  
tel.: 7162653

-----  
Školení transfuzních lékařů naší spádové oblasti před nástupem do funkce

Určení: pro lékaře  
Místo konání: transfuzní odd. FNKV  
Doba trvání:

-----  
1 měsíc

Termín: dle potřeby  
Počet účastníků: 2  
Odborní školitelé: prim.MUDr. Jitka Kracíková, tel.7163053  
MUDr. V. Růžičková, tel.:7163039

-----  
Teoretické a praktické školení v odběru autologní krve - autotransfuze

Určení: lékaři a SZP - obor zdrav. sestra  
Místo konání: transfuzní odd. FNKV  
Délka pobytu:

-----  
1 týden

Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 2  
Odborní školitelé: MUDr. R. Brudňáková, tel.:7163070  
sestra L.Vanková tel: 7163069

Předatestační kurs pro SZP "Hematologie"

Určení: pro SZP  
Místo konání: odd. klinické hematologie FNKV  
Doba trvání:

-----  
1 týden

Termín: listopad 1992  
Počet účastníků: 10  
Školitel: vrchní laborantka paní Eva Havelková, tel.:  
7162292

-----  
Nástavbový kurs obor cytochemie

Určení: pro SZP  
Místo konání: oddělení klinické hematologie FNKV  
Doba trvání:

-----  
1 - 2 týdny

Termín: říjen 1992  
Počet účastníků: 2 - 3  
Odborný školitel: RNDr. Dagmar Kadlecová, tel.: 7162352

-----  
Pro lékaře a VŠ "cytochemie"

Určení: pro lékaře a VŠ  
Místo konání: odd. klinické hematologie FNKV  
Doba trvání: 2 dny  
Termín: listopad 1992  
Počet účastníků: 2 - 3  
Odborný školitel: RNDr. Dagmar Kadlecová, tel.:  
7162352,7162292

Kvantitativní analýza clearančních křivek radiofarmak s extravaskulární distribucí  
Komplexní počítačová analýza kinetiky preparátů typu IDA hepatobiliárním systémem

Určení: pro VŠ pracující na diagnostických úsecích ONM  
Místo konání: odd. nukleární medicíny FNKV  
Doba trvání:

-----  
2 dny

Termín: říjen - prosinec 1992

Počet účastníků: 3 v jednom běhu

Odborní školitelé: prof. MUDr. V. Bláha, CSc. tel.: 7162626

Ing. F. Niček, tel.: 7162748, (Diagnostický úsek ONM FNKV)

-----  
Možnosti a limity radionuklidové diagnostiky ve vnitřním lékařství, indikace a klinická interpretace

Určení: pro lékaře, internisty I. a II. st.  
Místo konání: oddělení nukleární medicíny FNKV  
Doba trvání:

-----  
2 dny

Termín: říjen - prosinec 1992

Počet účastníků: 5 v jednom běhu

Odborný školitel: prof. MUDr. Václav Bláha, CSc. tel.: 7162626

-----  
Využití radionuklidové diagnostiky obvodním, závodním a rodinným lékařem

Určení: lékařům zákl. stupně zdrav. péče  
Místo konání: odd. nukleární medicíny FNKV  
Doba trvání:

-----  
1 den

Termín: říjen - prosinec 1992

Počet účastníků: 5 v jednom běhu

Odborný školitel: prof. MUDr. Václav Bláha, CSc., tel.: 7162626

Základní kurs magnetické resonance

Určení: pro lékaře indikující MRI v rámci předatestačního školení

Místo konání: Radiodiagnostická klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
2 týdny

Termín: 4 krát ročně, září, listopad 1992, únor, duben 1993

Počet účastníků: 2

Odborný školitel: MUDr. Helena Šteňhová,  
tel.: 7162713, 7162269, 7162296

-----  
Školící kurs magnetická resonance diagnostice

Určení: pro lékaře provádějící MRI jako zaškolení

Místo konání: Radiodiagnostická klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
4 týdny

Termín: 2 x ročně, říjen 1992, březen 1993

Počet účastníků: 1

Odborný školitel: MUDr. H. Šteňhová, tf. 7162713, 7162269

-----  
Kurs magnetická resonance spektroskopie

Určení: pro lékaře

Místo konání: Radiodiagnostická klinika FNKV

Doba trvání:

-----  
1 týden

Termín: 2 krát ročně, prosinec 1992, únor 1993

Počet účastníků: 1

Odborný školitel: MUDr. H. Šteňhová, Ing. Milan Hájek,  
tf. 7162713, 7162269, 7162296

#### Základní kurs výpočetní tomografie

Určení: pro lékaře  
Místo konání: Radiodiagnostická klinika FNKV  
Doba trvání:

2 týdny

Termín: 4 krát ročně, říjen a listopad 1992, duben a květen 1993

Počet účastníků: 2

Odborný školitel: MUDr. F. Čáp, tel.: 7162713

---

#### Kurs ortopedické radiodiagnostiky

Určení: pro lékaře  
Místo konání: Radiodiagnostická klinika FNKV  
Doba trvání: 1 týden  
Termín: 2 krát ročně, listopad 1992, květen 1993

Počet účastníků: 2

Odborný školitel: Doc. MUDr. Jan Šprindrich, CSc., tel.: 7162400

---

#### Implantologický kurs ve stomatologii

Určení: pro lékaře stomatologie  
Místo konání: Stomatologická klinika FNKV  
Doba trvání: 3 dny

Termíny: 2. - 4.11. 1992 (Bonefit)

11. - 13.1. 1993 (Bonefit)

Počet účastníků: 25 (kurs již plně obsazen)

Odborný školitel: prim. MUDr. V. Zábrodský, tel.: 7163286

---

#### Kurs estetické stomatologie

Určení: pro lékaře stomatologie  
Místo konání: Stomatologická klinika NKV  
Doba trvání: 3 dny

Termíny: 14. - 16.9.1992

5. - 7.10.1992

19. - 21.9.1992

9. - 11.11.1992

Počet účastníků: 30 - 35 (kurs již plně obsazen)

Odborný školitel: as. MUDr. Eva Gojišová, tf.: 7163277, 7163284

---

#### Problematika onkochirurgie (diagnostika a dispensarizace) postgraduální kurs

Určení: pro lékaře  
Pořadatel: Chirurgická klinika  
Doba trvání: 4 x 1 týden ročně

Termín: dle dohody

Počet účastníků: 3

Odborný školitel: as. MUDr. Tomáš Rubeš, tlf. 7162283, 7162475

---

#### Intenzivní péče v chirurgii - postgraduální kurs

Určení: pro lékaře  
Pořadatel: Chirurgická klinika FNKV  
Doba trvání: 4 x 1 týden ročně

Termín: dle dohody

Počet účastníků: 3

Odborný školitel: doc. MUDr. Frant. Vyhnánek, CSc., tel.: 7162428, 7162470

---

**Problematika chirurgických infekcí - postgraduální kurs**

Určení: pro lékaře  
Pořadatel: Chirurgická klinika FNKV  
Doba trvání: 4 x 1 týden ročně  
Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 3  
Odborný školitel: Doc. MUDr. Frant. Vyhnánek, CSc., tel.:  
7162428, 7162470

---

**Problematika chirurgických infekcí - postgraduální kurs**

Určení: pro lékaře  
Pořadatel: Chirurgická klinika FNKV  
Doba trvání: 4 x 1 týden ročně  
Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 3  
Odborný školitel: Doc. MUDr. Frant. Vyhnánek, CSc.  
tel.: 7162428, 7162470

---

**Endokrinochirurgie se zaměřením na léčení tyreopatií -  
postgraduální kurs**

Určení: pro lékaře  
Pořadatel: Chirurgická klinika FNKV  
Doba trvání: 3 - 4 týdny  
Termín: jaro, podzim - po dohodě  
Počet účastníků: 2  
Odborný školitel: Doc. MUDr. Václav Vlasák, CSc., tel.:  
7162412, 7162410

---

**Endoskopie horní části zažívacího traktu z pohledu chirur-  
ga - postgraduální kurs**

Určení: pro lékaře  
Pořadatel: Chirurgická klinika FNKV  
Doba trvání: 1 měsíc

Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 2  
Odborný školitel: as. MUDr. Miroslav Ryska, CSc., tel.:  
7162413, 7162472

---

**Endoskopie tlustého střeva, kryochirurgie, koloproktologie  
- postgraduální kurs**

Určení: pro lékaře  
Pořadatel: Chirurgická klinika FNKV  
Doba trvání: 1 měsíc  
Termín: jaro, podzim - po dohodě  
Počet účastníků: 2  
Odborný školitel: Doc. MUDr. Jaroslav Faltýn, CSc.,  
telefon: 7162423, 7162475

---

**Chirurgie žlučových cest a pankreatu  
postgraduální kurs**

Určení: pro lékaře  
Pořadatel: Chirurgická klinika FNKV  
Doba trvání: 3 týdny  
Termín: jaro, podzim - po dohodě  
Počet účastníků: 2  
Odborný školitel: Doc. MUDr. Jiří Skála, CSc., tel.:  
7162471, 7162410

---

**Cévní chirurgie - postgraduální kurs**

Určení: pro lékaře  
Pořadatel: Chirurgická klinika FNKV  
Doba trvání: 1 měsíc  
Termín: jaro, podzim - po dohodě  
Počet účastníků: 2  
Odborný školitel: MUDr. Martin Bernat, Tel.: 7162413, 7162476

---

#### Perkutánní výkony na ledvině

Určení: pro lékaře  
Místo konání: urologické oddělení FNKV  
Doba trvání: 14 dní  
Termín: září - říjen 1992, duben - květen 1993  
Počet účastníků: 1 - 2  
Odborní školitelé: MUDr. Šalda, MUDr. Grill, tel.:  
7162609, 7162465

---

#### Ureterorenoskopie

Určení: pro lékaře  
Místo konání: urologické oddělení FNKV  
Doba trvání: 14 dní  
Termín: září - říjen 1992, duben - květen 1993  
Počet účastníků: 1 - 2 v jednom běhu  
Odborný školitel: MUDr. Poch, tlf. 7162609, 7162465

---

#### Urologická sonografie

Určení: pro lékaře  
Místo konání: urologické oddělení FNKV  
Doba trvání: 14 dní  
Termín: září - říjen 1992, duben - květen 1993  
Počet účastníků: 1 - 2  
Odborný školitel: MUDr. Grill, tlf. 7162609, 7162465

---

#### Nitrodřeňové zajištěné hřebování

Určení: postgraduální doškolování lékařů  
Místo konání: Ortopedická klinika FNKV  
Doba trvání: 1 den  
Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 200 - 250 ortopedů a traumatologů

Odborní školitelé: ve spolupráci s Mezinárodní společností  
pro osteosyntézu zahraniční ortopedi a traumatologové  
prof. MUDr. O. Čech, DrSc., tlf. 7162431

---

#### Doškolování ortopedů před druhou atestací

Určení: pro lékaře před druhou atestací  
Místo konání: Ortopedická klinika FNKV  
Doba trvání: 1 týden  
Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 8 - 10  
Odborný školitel: prof. MUDr. O. Čech, DrSc., tel.: 7162431

---

#### Školící místo pro traumatologii

Určení: pro lékaře  
Místo konání: Ortopedická klinika FNKV  
Doba trvání: 2 - 3 měsíce  
Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 5  
Odborný školitel: prof. MUDr. O. Čech, DrSc., tlf. 7162431

---

#### Kurs prodlužování dlouhých kostí

Určení: pro lékaře  
Místo konání: dle dohody  
Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 6  
Odborný školitel: prof. MUDr. O. Čech, DrSc., tlf. 7162431

---



### Kurs alergologie pro lékaře

Určení: pro lékaře

Místo konání : odd. alergologie a lékařské imunologie FNKV  
Doba trvání: 14 dní (2 semináře, praktické stáže v jednotlivých ordinacích a v laboratoři, účast na vizitách na lůžkovém oddělení)

Termín: 3 x do roka, listopad 1992, leden, duben 1993

Počet účastníků: 3 - 5

Odborní školitelé: prim. MUDr. Eva Antošová, tel. 7162671,  
MUDr. Petr Kučera, tf.: 7162680, MUDr. J. Poupě,  
tf.: 7162672, MUDr. Alena Vránová, MUDr. J. Zmrhalová,  
tf. 7162252

---

### Školení SZP v oboru alergologie

Určení: SZP obor zdravotní sestra

Místo konání: odd. alergologie a lékařské imunologie FNKV  
Doba trvání: 2 - 3 týdny nebo stáž 1 x týdně po delší období

Termín: dle dohody

Počet účastníků 3 - 5

Odborný školitel: vrchní sestra Alena Voříšková, tf. 7162254

---

### Kurs cestovní a transkulturální medicíny

Určení: pro lékaře a vysokoškoláky

Místo konání: odd. geografické medicíny FNKV (pavilon M)

Doba trvání: 4 dny

Termín: dle dohody

Počet účastníků: 8 - 10

Odborní školitelé: prof. MUDr. V. Šerý, DrSc.,  
tel.: 7162688, prim. MUDr. J. Kožnerová, tel.:  
7162688, MUDr. L. Nesvadbová, CSc., tel. 7162688

Školící místa v péči o čs. občany pracující v zahraničí a v zdravotní péči o cizince

Určení: pro lékaře

Místo konání: odd. geografické medicíny FNKV (pavilon M)

Doba konání: 1 týden

Termín: dle dohody po celý rok

Počet účastníků: 1 - 2

Odborní školitelé: prim. MUDr. J. Kožnerová, MUDr. L. Nesvadbová, CSc., MUDr. E. Lapková, tel.: 7162688

---

### Školící místo v oboru nemocí z povolání

Určení: pro lékaře

Místo konání: klinika nemocí z povolání FNKV (pavilon M)

Doba trvání: 6 měsíců až jeden rok

Termín: dle dohody po celý rok

Počet účastníků: 1

Odborný školitel: Doc. MUDr. A. David, CSc., Tel. 7162690

---

### Školící místo v intenzivní neurologické péči

Určení: pro neurology s I. nebo II. atestací

Místo konání: neurologická klinika FNKV

- JIP neurologické kliniky

zásady intenzivní péče v neurologii

obecné aspekty intenzivní péče

Doba trvání: 2 nebo 4 týdny

Termín: dle dohody

Počet účastníků: 1 - 2

Odborný školitel: MUDr. Jan Jirout, tel.: 7162243

---

### Školící místo v ultrazvukové diagnostice mozkových cév

Určení: neurologům s atestací I. nebo II. stupně

Místo konání: neurologická klinika FNKV

Doba trvání: 1 týden

Termin: podzim 1992, jaro 1993, dle dohody  
Počet účastníků. 1 - 2 na jeden turnus  
Odborný školitel : MUDr. Jaroslav Korza, tf. 7162297

---

#### Školící místo v likvorologii

Určení: pro neurology a biochemiky  
Místo konání: neurologická klinika FNKV  
Doba trvání: 2 týdny  
Termin: v průběhu roku 1992, dle dohody  
Počet účastníků: 1  
Odborní školitelé: MUDr. Jaromír Kupka, CSc., MUDr. Jiří Piřha, tlf.: 7162394, 7162297

---

#### Speciální školení v EEG

Určení: pro neurology (zaměření na problematiku neurotraumatickou - EEG u kranio-cerebrálních poranění, se zaměřením na problematiku působení průmyslových škodlivin na CNS. EEG v klinické neurotoxikologii  
Místo konání: neurologická klinika FNKV  
Doba trvání: každá předchozí akce 1 týden  
Termin: podzim 1992, jaro 1993  
Odborný školitel: Doc. MUDr. Kellerová V., DrSc., tel. 7162386

---

#### Školící místo v neurotoxikologii

Určení: pro lékaře  
Místo konání: neurologická klinika FNKV  
Doba trvání: 2 týdny  
Termin: podzim 1992, jaro 1993  
Počet účastníků: 1  
Odborní školitelé: MUDr. P. Krabec, tlf.: 7162378, MUDr. O. Chumchal, ordinář pro průmyslovou neurologii, tlf.: 7162274, Doc. MUDr. V. Kellerová, DrSc., tf. 7162386

---

#### Školící místo v oboru klinická neurologie

Určení: pro neurology s I. nebo II. atestací. Možnost školení i pro praktické lékaře  
Místo konání: neurologická klinika FNKV  
Doba trvání: 3 týdny, nebo dlouhodobý kurs 3 měsíce  
Termin: dle dohody, v průběhu roku 1992  
Počet účastníků: 2  
Odborní školitelé: MUDr. T. Sereghy, tf. 7162380, prim. MUDr. R. Bembenek, tf. 7162388, MUDr. O. Chumchal, tf. 7162274, MUDr. S. Grammetbauerová, CSc., tf. 7162297, MUDr. J. Piřha, tf. 7162394, 7162297

---

#### Školící místa na problematiku - Mysthenia gravis Cévní onemocnění mozku Roztroušené sklerozy Vertebrogenní algický syndrom

Určení: pro neurology s I. nebo II. stestací, případně pro lékaře před zákl. specializací v neurologii. Možnost školení i pro praktické lékaře

Místo konání: neurologická klinika FNKV

Doba trvání: 2 týdny  
Termin: dle dohody, v průběhu roku 1992  
Počet účastníků: 2  
Odborní školitelé: MUDr. T. Sereghy, tf.: 7162380  
prim. MUDr. R. Bembenek, tf. 7162388  
MUDr. O. Chumchal, tf. 7162297  
MUDr. J. Piřha, tf. 7162394, 7162297  
MUDr. S. Grammetbauerová, tf. 7162297

---

#### Kurs komplexní péče o rozštěpové vady

Určení: pro pediatry  
Místo konání: Klinika plastické chirurgie  
Doba trvání: 1 den  
Termin: 22. září 1992, 24. listopadu 92

Počet účastníků: 35  
Odborný školitel: prof. MUDr. M. Fára, DrSc.  
as. MUDr. J. Kuderová, tf. 7163252

---

#### Kurs muskulokutánní laloků

Určení: pro chirurgy a ortopedy  
Místo konání: Klinika plastické chirurgie  
Doba trvání: 2 dny  
Termín: září, listopad 1992  
Počet účastníků: max. 10  
Odborný školitel: Doc. MUDr. M. Tvrdek,  
as. MUDr. M. Dušková, tf. 7163252

---

#### Kurs chirurgie kury

Určení: pro chirurgy a ortopedy  
Místo konání: Klinika plastické chirurgie  
Doba trvání: 1 den  
Termín: 22. říjen 1992  
Počet účastníků: 20 - 30  
Odborný školitel: Doc. MUDr. M. Tvrdek,  
as. MUDr. S. Svoboda, tf. 7163252

---

#### Kurs chirurgie prsu - redukce, augmentace, rekonstrukce po ablaci

Určení: pro chirurgy  
Místo konání: Klinika plastické chirurgie  
Doba trvání: 1 den  
Termín: 11. listopad 92  
Odborný školitel: MUDr. A. Nejedlý, as. MUDr. J. Kuderová  
tel. 7163252

---

#### Stáže mimořádné

Určení: dle dohody pro chirurgy, ortopedy a stomatochirurgy  
Místo konání: Klinika plastické chirurgie  
Doba trvání: 1 - 3 měsíce  
Termín: dle dohody  
Odborný školitel: Doc. MUDr. M. Tvrdek, tf. 7163252

---

#### Postgraduální kurs v komplexní a kontinuální péči o popáleninové trauma

Určení: pro chirurgy před atestací II. stupně  
Místo konání: Klinika popáleninové medicíny FNKV  
Doba trvání: 3 týdny (od 7-15 hod) v průběhu celého školního roku  
Termín: dle dohody  
Počet účastníků: v každém třítydenním období 3-4 lékaři  
Odborný školitel: prof. MUDr. Radana Konigová, CSc.  
prim. MUDr. Ludomír Brož, tf. 771500

---

#### Postgraduální kurs v medicíně katastrof (hromadná popáleninová neštěstí - burn disasters)

Určení: pro lékaře určené Institutem MEKA v Brně a odborem obrany MZ  
Doba trvání: 2 měsíce v průběhu celého školního roku  
Termín: 31.8. - 23.10. 92  
26.10. - 18.12. 92  
4.1. - 26.2. 93  
1.3. - 23.4. 93  
26.4. - 18.6. 93  
Počet účastníků: v každém období 2  
Odborný školitel: prof. MUDr. R. Konigová, CSc. tf. 771500

---

Stážový pobyt na jednotce intenzivní péče pro těžce popálené (dlouhodobá péče v interdisciplinárním přístupu)

Určení: pro lékaře připravující se k nást. at. z plast. chirurgie

Místo konání: Klinika popáleninové medicíny FNKV

Doba trvání: 3 měsíce

Termín: dle dohody

Odborný školitel: MUDr. J. Kripner, MUDr. Z. Kapounková  
tel. 7818832

Stážový pobyt v kožní bance (výuka odběru biologických krytů, kryokonzervace)

Určení: pro lékaře

Místo konání: Klinika popáleninové medicíny FNKV

Doba trvání: 1 den v týdnu po 2 měsíce

Termín: dle dohody

Odborný školitel: MUDr. Dagmar Vogtová, tf. 771500

Stážový pobyt ve výzkumné laboratoři provizorních krytů

Určení: pro lékaře

Místo konání: Klinika popáleninové medicíny FNKV

Doba trvání: 1 den v týdnu po 2 měsíce

Termín: dle dohody

Odborný školitel: MUDr. Eva Houšková, MUDr. Burianová  
tf. 771500

Stážový pobyt v kultivační laboratoři (kultivace epethelu)

Určení: pro lékaře

Místo konání: Klinika popáleninové medicíny FNKV

Doba trvání: 1 den v týdnu po 2 měsíce

Termín: dle dohody

Odborný školitel: RNDr. Barbora Dvořánková, tf. 771500

Postgraduální kurs v problematice elektrotraumat

Určení: pro chirurgy, anesthesiology, internisty, pediatri

Místo konání: Klinika popáleninové medicíny FNKV

Doba trvání: 1 dne v týdnu po 3 měsíce

Termín: dle dohody

Odborný školitel: prim. MUDr. Ludomír Brož, as. MUDr. M. Puls,  
MUDr. Jiří Kripner, tf. 771500

Postgraduální kurs systémů transplantací

Určení: pro chirurgy, traumatology, orthopedy

Místo konání: Klinika popáleninové medicíny FNKV

Doba trvání: 1 měsíc

Termín: dle dohody

Odborný školitel: MUDr. Zuzana Kapounková,  
mudr. Mir. Dahlanová, tf. 7818832

Postgraduální kurs systému rehabilitačního u popáleninového traumatu (péče fyzioterapeutická a psychologická)

Určení: pro lékaře všech oborů včetně obvodních lékařů

Místo konání: Klinika popáleninové medicíny FNKV

Doba trvání: 1 měsíc

Termín: dle dohody

Odborný školitel: MUDr. Josef Bláha,  
PhDr. Kateřina Svobodová, tf. 771500

Kurs anesteziologie + resuscitace - problematika rozsáhlých popálenin

Určení: pro lékaře i SZP  
Místo konání: Klinika anesteziologie a resuscitace FNKV  
Doba trvání: 1 týden  
Termín: říjen 1992  
Počet účastníků: 2 - 3  
Odborní školitelé: MUDr. Jan Šturma, CSc.  
MUDr. Jaroslava Jandová, tf. 7163361

Stáž v oboru anestézie a neodkladné péče

Určení: pro lékaře  
Místo konání: Klinika anesteziologie a resuscitace FNKV  
Doba trvání: dle dohody  
Termín: dle dohody  
Počet účastníků: 2 - 3  
Odborný školitel: MUDr. Jan Šturma, CSc.  
MUDr. Jaroslava Jandová  
tf. 7163361

Anesteziologická problematika NMR

Určení: lékaři - anesteziolog.  
Místo konání: Klinika anesteziologie a resuscitace FNKV  
Doba trvání: 1 den  
Termín: pondělky - dle předchozí dohody  
Počet účastníků: 1  
Odborný školitel: MUDr. Jan Šturma, CSc. tf. 7162451  
MUDr. Jiří Málek, CSc. tf. 7162478

Školící místo středoušní chirurgie

Určení: pro lékaře  
Místo konání: klinika pro nemoci ušní, nosní, krční FNKV  
Doba trvání: 14 dnů

Termín: dle dohody v průběhu roku 1992  
Počet účastníků: 2  
Odborní školitelé: MUDr. M. Navara, MUDr. V. Hofman,  
tf. 7162330, 7162587

Kurs preparace spánkové kosti

Určení: pro lékaře  
Místo konání: Klinika pro nemoci ušní, nosní, krční FNKV  
Doba trvání: 3 dny  
Termín: prosinec 1992 (30.11. - 2.12.1992)  
Počet účastníků: 6  
Odborní školitelé: MUDr. M. Navara, as. MUDr. V. Hofman,  
tf. 7162330, 7162587

Imunohistologické metody v soudním lékařství

Určení: pro lékaře  
Místo konání: Soudní lékařství FNKV  
Doba trvání: 2 týdny  
Termín: listopad 1992  
Počet účastníků: 1  
Odpovědný školitel: prof. MUDr. J. Štefan, DrSc., tf. 7162535  
Doc. MUDr. P. Klír, CSc. tf. 7162538

Thanatochemická vyšetření v diagnostice chorobných stavů

Určení: pro lékaře  
Místo konání: Soudní lékařství FNKV  
Doba trvání: 1 týden  
Termín: září 1992, říjen 1992  
Počet účastníků: 1  
Odpovědný školitel: RNDr. Dagmar Volcová, tf. 7162511

**Doplněk k přehledu videozáznamů přednášek předních odborníků z různých oborů pro habilitační a profesorské řízení na 3.LF UK a význačných zahraničních hostů, kteří přednášeli na 3.LF UK**

Všechny videozáznamy jsou natočeny na systému VHS. Jsou to přímé reportážní záznamy z přednášek v posluchárnách naší fakulty.

Objednávky na adrese: Klárka Svobodová  
3.LF UK  
Šrobárova 48  
100 42 P R A H A 10

Cena kazety : pro pracovníky habilitované na naší fakultě a studenty : 399 Kčs  
pro ostatní zájemce : 499 Kčs + poštovné.

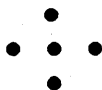
*Upozornění : na všechny přednášky má 3.LF UK výhradní autorské právo .*

Délka přednášky je horní časový údaj, délka diskuse je dolní časový údaj (v minutách).

|  |       |          |           |                        |
|--|-------|----------|-----------|------------------------|
| MUDr.Jaroslava Moserová,DrSc.  | doc.  | 8<br>42  | 20.6.1991 | Plastická<br>chirurgie |
| Výzkum popálenin   |       |          |           |                        |
| MUDr.Ivo Přerovský,DrSc.   | doc.  | 15<br>26 | 20.6.1991 | Interna                |
| Prevence tromboembolické<br>nemoci   |       |          |           |                        |
| MUDr.Pavel Gregor,CSc.   | doc.  | 25<br>19 | 20.6.1991 | Interna                |
| Hypertrofická kardiomyopatie<br>klinické EKG a echokardiografické<br>projevy a jejich vztah k rozsahu zbytnění |       |          |           |                        |
| Doc.Dr.Bohumír Stojan,CSc.   | prof. | 21<br>18 | 12.9.1991 | Interna                |
| Chronická Polyartritida, Role<br>imunního systému při vzniku<br>a rozvoji tohoto onemocnění                    |       |          |           |                        |
| Doc.RNDR.PhDr.Zdeněk Neubauer<br>CSc.  | prof. | 33<br>54 | 12.9.1991 | Obecná<br>biologie     |
| O vztahu biologie a filosofie<br>k medicíně  |       |          |           |                        |

|   |       |          |            |  |
|---|-------|----------|------------|--|
| Doc.MUDr.Radana Königová,CSc.   | prof. | 49<br>14 | 31.10.1991 | Plastická<br>chirurgie a<br>popáleninová<br>medicína |
| Psychologické problémy<br>pacientů s popáleninami   |       |          |            |  |
| MUDr.Miroslav Tvrdek  | doc.  | 20<br>20 | 31.10.1991 | Plastická<br>chirurgie                               |
| Replantace na horní<br>končetině  |       |          |            |  |
| MUDr.Petr Widimský,CSc.   | doc.  | 15<br>20 | 31.10.1991 | Interna  |
| Echokardiografické<br>hodnocení funkce a perfuze<br>levé komory   |       |          |            |  |
| Doc.MUDr.Luboslav Stárka,DrSc.  | prof. | 26<br>30 | 28.11.1991 | Patologická<br>fyziologie                            |
| Kam směřuje endokrinologie<br>steroidních hormonů   |       |          |            |  |
| MUDr.Václav Filip, CSc.   | doc.  | 20<br>22 | 28.11.1991 | Psychiatrie  |
| Léčba senilní demence<br>Alzheimerova typu<br>selegilinem   |       |          |            |  |
| Doc.MUDr.Richard Jelínek,CSc.   | prof. | 28<br>20 | 28.11.1991 | Histologie a<br>embryologie                          |
| Dysrafické defekty neurální<br>trubice na světle principů<br>teratogeneze   |       |          |            |  |
| Doc.MUDr.Jiří Horák, CSc.   | prof. | 30<br>14 | 19.12.1991 | Interna  |
| Vývoj hemoperfuzních<br>kolon řady hemosorb a jejich<br>použití v hepatologických indikacích  |       |          |            |  |
| Doc.MUDr.Jiří Schindler,CSc.  | prof. | 25<br>20 | 19.12.1991 | Mikrobiol.   |
| Geometrie a model růstu<br>bakteriální kolonie  |       |          |            |  |
| Doc.MUDr.Karel Chromý,CSc.  | prof. | 19<br>22 | 19.12.1991 | Psychiatrie  |
| Přínos lékařské sociologie  |       |          |            |  |
| Doc.MUDr.Michal Anděl,CSc.  | prof. | 28<br>40 | 23.1.1992  | Interna  |
| Intensifikovaná konvenční<br>terapie diabetu I.typu inzulinem<br>( příklad možností a hranic průniku<br>fyziologického principu do klinické medicíny) |       |          |            |  |
| MUDr.Jan Hradec,DrSc.   | doc.  | 19<br>29 | 23.1.1992  | Biochem. a<br>patobiochem.                           |
| Chemická karcinogeneze<br>jako podklad primární<br>prevence zhoubných nádorů u člověka  |       |          |            |  |

|   |    |           |                |
|---|----|-----------|----------------|
| <b>Doc.MUDr.Kamil Provazník, CSc.</b> prof.                             | 23 | 5.3.1992  | Hygiena        |
| Studium zdraví a nemoci<br>v populaci. Bílá místa v našich<br>šetřeních | 60 |           |                |
| <b>Doc.MUDr.Zdeněk Modr, CSc.</b> prof.                                 | 26 | 26.3.1992 | Farmakologie   |
| Příspěvek klinické<br>farmakologie v terapeutické<br>praxi              | 25 |           |                |
| <b>Ing.dr.Ivan Havel, CSc.,PhD.</b> doc.                                | 24 | 26.3.1992 | Biofyzika      |
| Umělé myšlení - od umělé<br>inteligence ke konekcionismu                | 48 |           |                |
| <b>MUDr.Jan Martínek, CSc.</b> doc.                                     | 17 | 23.4.1992 | Chirurgie      |
| Cestou lékařské etiky   | 45 |           |                |
| <b>RNDr.PhDr. Helena Haškovcová, CSc.</b> doc.                          | 17 | 23.4.1992 | Lékařská etika |
| Budeme hamletizovat<br>medicinu ?                                       | 47 |           |                |



**Prof.Dr.A.Villeneuve**  
Datum: 8.10.1990  
Téma: Forensic Psychiatry  
Jazyk: anglický

*Délka: 1 hod. 29 min.*

**Prof.Dr.A.Villeneuve**  
Datum : 10.10.1990  
Téma: Neuroleptics and Extrapyrmidal System  
Jazyk: anglický

*Délka: 1 hod. 45 min.*

**Prof.J Zehner**  
Datum : 8.10.1991  
Téma: Novinky v léčbě vředové choroby  
Jazyk: anglický

*Délka: 1 hod. 6 min.*

**MUDr.Jan Müller**  
Datum: 29.4.1991  
Téma : Radioimunoscintigrafické metody,  
jejich současné možnosti a limity  
Jazyk: český

*Délka: 1 hod. 27 min.*

**MUDr.Richard Koch**  
Datum: 27.5.1991  
Téma: Maternal PKU  
Jazyk: anglický

*Délka: 1 hod. 4 min.*

**Přednáška " Gama nůž "**  
(Úvodní přednáška vysvětlující práci a činnost GAMA nože)  
Datum: 21.10.1991  
Jazyk: anglický s českým překladem

*Délka: 1 hod. 45 min.*

**Dr. John Masel**  
Datum: 7.5.1992  
Téma: Why Bone Dysplasias Interest Me  
Jazyk: anglický

*Délka: 1 hodina*

**Prof. Syllaba**  
Přednáška při příležitosti 90.narozenin  
prof.Syllaby - předání medailí 3.LF UK a J.E.Purkyně  
Datum: 9.3.1992  
Téma : Diabetes I.stupně a II. stupně  
Jazyk: český

*Délka: 31 min.*

**Prof.Dr.M.Anděl, CSc.**  
Datum: 9.3.1992  
Téma: Historie léčby diabetes  
Jazyk: český

*Délka: 12 minut*

**MUDr. Jenčovský**  
Datum: 9.3.1992  
Téma: Endotelie a její produkty  
Jazyk: český

*Délka: 13 minut*

**Doc.MUDr.Málková**  
Datum: 9.3.1992  
Téma: Hyperinsulinismus  
Jazyk: český

*Délka: 22 minut*

**Doc.Dr.Čechák**  
Téma: Fenyketonurie  
TV pořad pojednávající o letním táboře dětí postižených touto nemocí.  
Pořad je určen široké veřejnosti a osvětluje nutnost dodržování spec. diety.  
Jazyk: český

*Délka: 16 minut*

d o p o r u č u j e m e . . .

## MEMORIX - vademecum lékaře

Conrad Droste, Martin von Planta

Nakladatelství SCIENTIA MEDICA, spol.s r.o., si Vás dovoluje upozornit na publikaci "Memorix", jejíž český překlad vyšel v létě 1992.

Forma zpracování a vhodný kapesní formát knihy vzbudily velký zájem již při prvním vydání v Německu a také v zahraničí. Podle našich předběžných průzkumů byla česká verze netrpělivě očekávána našimi lékaři i studenty medicíny. Vyplníte-li objednávací lístek, knihu obdržíte přímo z nakladatelství.

Publikace obsahuje nejnovější důležité údaje ze všech oborů současné medicíny. Forma jejího zpracování je velmi názorná: obsahuje krátké, výstižné texty, převážně uspořádané do přehledných tabulek, schémat a grafů poskytují rychlou orientaci důležitou pro diagnostiku, diferenciální diagnostiku a terapii a současně i základní poznatky z teoretických oborů nutné pro pochopení podstaty onemocnění.

Do hloubky jsou z interního a chirurgického hlediska uvedeny údaje o etiopathogenesi, klinickém obrazu, vyšetřovacích metodách, diferenciální diagnostice, terapii a prevenci chorobných stavů v kardiologii a angiologii, pneumologii, gastrentrologii, hematologii, imunologii, onkologii, endokrinologii, diabetologii, revmatologii, infektologii (včetně zevrubných informací o AIDS), neurologii, ortopedii, toxikologii, biochemii atd.

Nejsou opomenuty ani kritické stavy spojené s ohrožením života. Pro potřeby praxe jsou uvedeny i základní poznatky z dermatologie, otorinolaringologie, stomatologie a dalších oborů. Ve všech kapitolách je věnována pozornost moderním diagnostickým metodám (ultrasonografie, výpočetní tomografie, rentgenové, radionuklidové a biochemické metody), neinvazivním i invazivním léčebným technikám, včetně specializovaným postupů, jako je např. kardiostimulace a sledování nemocného s kardiostimulátorem.

MEMORIX stimuluje medicínskou úvahu při stanovení diagnózy, při stanovení nálezů z laboratorních, rentgenových, elektrokardiografických, ultrasonografických a dalších vyšetření, při sestavování písemné dokumentace apod. Jako vynikající pomůcka pro denní práci na klinice i praxi by tato publikace neměla chybět v kapse žádného lékařského pláště.

Přeloženo z 2. opraveného vydání německého originálu MEMORIX, vydaného VCH Verlagsgesellschaft, Weinheim, BRD.

Objednávky zasílejte na adresu :

SCIENTIA MEDICA, spol. s r.o.

Na Zámecké 11

Praha 4 - Nusle

PSČ 140 00

V objednávce nezapomeňte uvést celou Vaši adresu včetně PSČ, datum a podpis!).



PROZATÍM SE NĀM PODARĚLO DĀT LĚKĀŘŮM DO KAPSE TO,  
CO NEMĀJÍ V HLAVĚ. NYNÍ SE ZANĚJĚME NĀB TĪM,  
JAK TUTO SITUACI OBRĀTIT... 22.



Kristián Koubek :

## ATLAS LIDSKÝCH LEUKOCYTÁRNÍCH ANTIGENŮ

Odborná publikace shrnuje základní poznatky o lidských leukocytárních antigenech v jednotné a přehledné tabulkové formě.

Publikace obsahuje :

- úvodní vysvětlující schémata: transmembránového glykoproteínu, orientace antigenů, membránových dimérů a antigenních komplexů
- tabulární část s následujícími údaji o jednotlivých antigenech:
  - CD nomenklaturu, jiný název
  - standartní monoklonární protilátky
  - struktura antigenu, molekulární hmotnost, počet epitopů, typ molekuly, chromozomální lokalizace, klonace
  - schema antigenu
  - schema distribuce antigenu na hemopoetických buňkách
  - hlavní nález antigenu a jeho další výskyty
  - funkce antigenu a jeho protilátky
  - klinické aplikace
  - průtoková cytometrie
  - imunohistologie
  - začlenění antigenu do rodiny a jiné poznámky
- přehled HLA antigenních specifit
- přehled výskytu membránových antigenů na buňkách a na aktivovaných elementech
- schéma komplexů antigenů
- interakci antigenů s T lymfocyty
- přehled membránových antigenů dle synonym, molekulových hmotností, lokalizace a přehled chromozomálních lokalizací
- přehled rodin antigenů
- výčet dalších leukocytárních antigenů

V závěru publikace je bohatá literární dokumentace a odkazy k jednotlivým problematikám.

Publikaci si můžete zakoupit v knihkupectvích:

Prodejna zdravotnické literatury v Lipové ulici č. 7

nebo

Prodejna Hnidákovi, H + H, FN Královské Vinohrady, pavilón Q.

Cena: 90 Kčs.

# TENORMIN atenolol

'Tenormin' je na světě nejčastěji předepisovaným  
betablokátozem

- Více než 35 mil. pacient-roků zkušeností  
v zemích celého světa

Spolehlivý u širokého spektra nemocných

- Účinný u všech stupňů hypertenze
- Účinný ve všech věkových skupinách dospělých



REFERENČNÍ STANDARD  
ANTIHYPERTENZNÍ LÉČBY

# IN HYPERTENSION TENORMIN

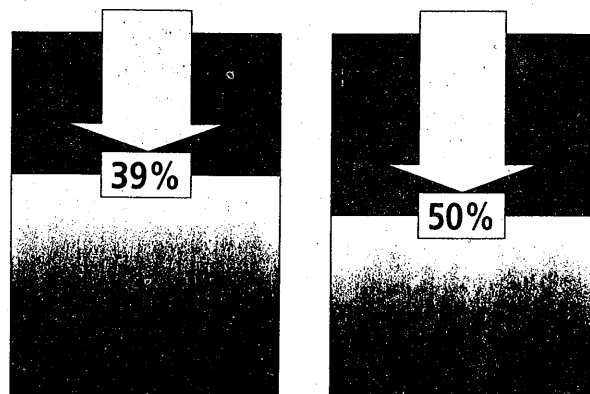
Snižuje morbiditu a mortalitu hypertoniků

V desetileté studii 939 hypertoniků léčených antihypertenzivou jejichž základem byl Tenormin<sup>®</sup>:

Oba údaje vycházejí ze srovnání s předpokládaným výskytem u neléčené hypertenze

**Snížení mortality v clattebridgeské studii**

Vybráno z údajů Cruickshanka a spol.<sup>8</sup> (n = 939)



Vyrábí a distribuje Lachema Brno ve spolupráci s Imperial Chemical Industries PLC, Anglie, vlastníkem ochranné známky Tenormin<sup>®</sup>



LACHEMA, s. p.  
Karásek 28  
621 33 BRNO



ICI CZECHOSLOVAKIA  
Dlouhá 39  
110 00 PRAHA 1

FIRMA ICI CZECHOSLOVAKIA

sponzorovala cestu studentů 3.LF UK

na Mezinárodní sportovní universitní hry

"Groningen 1992".

O průběhu těchto her jsme psali v letním čísle.

## VITA NOSTRA REVUE - PODZIM 1992

sborník statí, článků, dokumentů a komentářů 3.LF UK Praha.

Vydává 3. lékařská fakulta University Karlovy v Praze.

Cena: 15 Kčs, studenti 5 Kčs.

Předplatné na 1 rok: 60 Kčs.

Redakce:

Jiří Ježek, Pavel Gregor, Milan Kment, Petr Widimský,  
Radana Königová, Jana Šeblová, Milica Sklenčková.

Adresa redakce:

VITA NOSTRA REVUE

Doc.MUDr. Pavel Gregor, CSc.

II. interní klinika FN KV, pavilón S

Šrobárova 50, 100 42 PRAHA 10

Své příspěvky pište v textovém editoru T602

a na disketě posílejte na adresu redakce.

Diskety Vám budou po zkopírování vráceny.

Toto číslo vyšlo v listopadu 1992.

Počet stran: 128.

Poděkování přispívatelům.

