

*f. kovář*



**vita  
nos  
-tra**

**1 - 2 / 94**  
**časopis**  
**3. lékařské**  
**fakulty**  
**university**  
**karlovy**  
**praha**

**e v u e**

VITA NOSTRA REVUE 1 - 2 / 94  
sborník statí, článků, dokumentů, komentářů a textů  
3. lékařské fakulty University Karlovy v Praze.

Cena: 30 Kč, pro studenty 10 Kč.

Předplatné na 1 rok: 60 Kč.

Složenkou k předplacení obdržíte na děkanátě fakulty.

Redakce:

Jiří Ježek, Pavel Gregor, Milan Kment, Petr Widimský,  
Radana Königová, Jana Šeblová, Milica Sklenčková

Sazba a grafická úprava:

DIVUS

Kontaktní adresa:

VITA NOSTRA REVUE

Doc. MUDr. Pavel Gregor, DrSc.

II. interní klinika FN KV, pavilón S

Šrobárova 50, 100 42 PRAHA 10

Své příspěvky zasílejte pouze na disketě  
v textovém editoru T602 na kontaktní adresu.  
Diskety Vám budou po zkopírování vráceny.

Poděkování přispívatelům.

Časopis si můžete zakoupit v knihkupectví

H+H, Hnidákovi,

budova děkanátu 3. LF UK,

Ruská 87, Praha 10, Královské Vinohrady.

## F a k u l t a

<b>Studijní a zkušební řád 3. LF UK</b>	<b>4</b>
<b>Přehled nabídky volitelných kurzů pro školní rok 1994/5</b>	<b>10</b>
<i>S komentářem J. Horáka</i>	
<b>Habilitační a profesorské jmenovací řízení</b>	<b>18</b>
<i>Cyril Höschl, Richard Rokyta</i>	

## A k t u á l n í o t á z k y

<b>Výhledy postgraduálního vzdělání</b>	<b>24</b>
<i>Zdeněk Bystřický</i>	
<b>Obrana proti krotitelům duší</b>	<b>26</b>
<i>Petr Beneš</i>	
<b>"Máme málo studentů vysokých škol!"</b>	<b>28</b>
<i>(přejato z "Horké linky RUK", č. 13/93)</i>	
<b>UK students offered Czech medical training</b>	<b>32</b>
<i>Richard Tranter</i>	

## S e s t ř i č k y

<b>Domácí péče - Home Care ve FNKV</b>	<b>36</b>
<i>Eva Šiplová, hlavní sestra FNKV</i>	

## E t i k a

<b>K čemu jsou etické komise?</b>	<b>42</b>
<i>Jiří Šimek</i>	
<b>Kdo chce pomáhat druhým, měl by rozumět sám sobě</b>	<b>45</b>
<i>Pavel Řičan</i>	
<b>Dostanou laboratorní zvířata šanci?</b>	<b>49</b>
<i>Richard Jelínek</i>	

## Studenti

<b>Studenti a seminární práce z lékařské etiky</b>	<b>52</b>
<i>Helena Haškovcová</i>	

### Práce studentů z lékařské etiky:

<b>Interrupce - vražda nebo alternativa?</b>	<b>54</b>
<i>Viera Žabková</i>	
<b>Interruptio graviditas</b>	<b>58</b>
<i>Martin Křivohlávek</i>	
<b>Psychosociální problematika dialyzovaných pacientů a dialyzačních sester</b>	
<i>Ester Forgačová</i>	<b>61</b>
<b>Některé etické a právní problémy euthanasie</b>	<b>68</b>
<i>Eva Valová</i>	

## Z e z a h r a n i č í

<b>VII. světový kongres o bolesti, Paříž 1993</b>	<b>78</b>
<i>Richard Rokyta</i>	

## R o z h l e d y

<b>Fragmenty k filosofii výchovy</b>	<b>88</b>
<i>Zdeněk Pinc</i>	
<b>Jaký by měl být pedagog? (Příspěvek ke koncepci učitelského vzdělávání)</b>	
<i>Vladimír Šimek</i>	<b>93</b>
<b>Rozdíl mezi teologem a religionistou</b>	<b>99</b>
<i>Otakar. A. Funda</i>	

## T e x t y

<b>The Past, The Present And The Future Of Medicine</b>	<b>104</b>
<i>Radana Königová</i>	
<b>International Cooperation: From Mound Dressing To Humanitarian Aid</b>	
<i>S. William A. Gunn</i>	<b>107</b>
<b>OPINIONS: It's All Right, Ma. I'm Only Bleedin'...</b>	<b>112</b>
<i>Jan Urban</i>	



## Studijní a zkušební řád 3. LF UK

# FAKULTA

## § 1

### Přijetí na fakultu

- 1.1. 3.LF UK umožňuje
  - 1.1.1. řádné
    - a) šestileté denní studium,
    - b) tříleté denní bakalářské studium,
    - c) čtyřleté distanční bakalářské studium,
  - 1.1.2. mimořádné (externí) studium (viz 12.1.)
    - a) teoretických předmětů,
    - b) celoživotní vzdělávání.
- 1.2. Ke studiu uvedenému v bodě 1.1 písm.a), b) mohou být přijati pouze absolventi středních škol s maturitou, resp. učňovských oborů s maturitou.
- 1.3. Ke studiu uvedenému v bodě 1.1 písm. c) se mohou hlásit pouze absolventi středních zdravotnických škol - absolventky sesterských oborů, s minimální délkou praxe v oboru dva roky.
- 1.4. Přihlášky k řádnému studiu oborů otevíraných v příslušném školním roce fakulta přijímá vždy do termínu určeného fakultou. Náležitosti, kterými musí být přihláška vybavena, stanovuje děkan fakulty.
- 1.5. Podmínky k přijímacímu řízení sdělí uchazeči studijní oddělení děkanátu dva měsíce před jeho zahájením.
- 1.6. V průběhu přijímacího řízení musí uchazeč o studium prokázat způsobilost ke studiu.
- 1.7. O přijetí uchazeče ke studiu rozhoduje děkan fakulty. O výsledku přijímacího řízení se rozesílá písemné rozhodnutí ve lhůtách stanovených děkanem fakulty.
- 1.8. Proti rozhodnutí děkana, které musí být odůvodněné, se uchazeč může odvolat do osmi dní ode dne doručení rektorovi UK prostřednictvím děkanátu fakulty.

## § 2

### Průběh a ukončení studia

- 2.1. Studentem fakulty se přijatý uchazeč o studium stává dnem zápisu.
- 2.1.1. Při zápisu do ročníku zapíše student povinnou část studijního plánu příslušného ročníku, nepovinný předmět si může vybrat podle nabídky nepovinných předmětů určených pro jeho ročník.

- 2.1.2. Zápis do studia probíhá dva týdny před zahájením výuky. Student je povinen dostavit se k zápisu a předložit index ke kontrole splnění studijních povinností. Student, který splnil předepsané studijní povinnosti příslušného ročníku, je řádně zapsán do vyššího ročníku.  
Student, kterému chybí maximálně dvě studijní povinnosti/(2 zkoušky, 2 zápočty nebo 1 zkouška a 1 zápočet), je zapsán podmíněně. Datum platnosti podmíněného zápisu je uvedeno v indexu. Po splnění poslední chybějící studijní povinnosti je student povinen dostavit se k řádnému zápisu nejpozději do jednoho týdne. Student může písemně požádat o odložení termínu řádného zápisu z vážných důvodů (pobyt v zahraničí, nemoc ap.) Řádný zápis všech studentů je ukončen pět týdnů po zahájení výuky.
- 2.1.3. Studentovi, který nesplnil maximálně dvě studijní povinnosti, může děkan povolit opakování ročníku. Student může během studia opakovat nejvýše dva ročníky. Opakování jednoho ročníku dvakrát se nepovoluje.
- 2.1.4. Pokud studentovi chybí více než dvě studijní povinnosti, přestává být studentem podle § 20 a § 26 odst.4 zák. 172/90 Sb. o vysokých školách.
- 2.1.5. V případě, že studentovi bylo povoleno opakování ročníku z důvodu nesplnění jedné studijní povinnosti, může mu děkan fakulty povolit převedení nejvýše dvou studijních povinností z vyššího ročníku s režimem studia podle individuálního studijního plánu (viz 2.4)
- 2.2. Termín zahájení výuky stanoví děkan.
- 2.3. Studentovi, který z vážných osobních, zejména zdravotních důvodů, nemůže během školního roku splnit všechny studijní povinnosti, může děkan povolit přerušeni studia (student však nesmí mít vyčerpány všechny termíny k vykonání zkoušky). Studium lze přerušit nejdéle na 3 roky. Po dobu přerušeni studia zůstává student zapsán v evidenci školy, ale nemá práva a povinnosti studenta. Přerušeni studia nelze povolit studentovi, který je podmíněně zapsán.
- 2.3.1. Bez udání důvodů může být povoleno přerušeni studia pouze studentům třetího až šestého ročníku, a to jedenkrát za za studium nejdéle na 1 rok.
- 2.3.2. Student může během studia přerušit studium maximálně dvakrát.
- 2.3.3. Po uplynutí doby přerušeni studia se student zapisuje do ročníku, kde bylo studium přerušeno. Všechny splněné povinnosti a čerpané termíny zkoušek před přerušeni studia se započítávají, tzn. student po návratu ke studiu pokračuje v ročníku. V případě, že došlo ke změně ve studijním plánu, studuje podle novelizovaného plánu.
- 2.3.4. Jestliže pomínou důvody pro přerušeni studia, lze na žádost studenta přerušeni studia ukončit i dříve. Pokud bylo studium přerušeno ze zdravotních důvodů musí být k žádosti o ukončení přerušeni studia přiloženo vyjádření lékaře.
- 2.3.5. Děkan fakulty může přerušit studium z vlastního podnětu studentovi, který splnil studijní program šestiletého studia všeobecného lékařství nebo tříletý studijní program bakalářského studia a do konce školního roku nevykonal státní zkoušku. Doba přerušeni studia odpovídá lhůtě, ve které lze nejpozději zkoušku vykonat (viz 10.3).
- 2.4. Individuální studijní plán může povolit děkan fakulty na základě žádosti studenta:
- z vážných osobních důvodů,
  - z důvodů souběžného studia na jiné vysoké škole,

- z důvodů studia na jiné vysoké škole v zahraničí,
  - mimořádně talentovaným studentům a vrcholovým sportovcům,
  - studentům opakujícím ročník pro nesplnění jedné studijní povinnosti (viz 2.1.5)
- Schválený individuální studijní plán je pro studenta závazný. Student, který nesplnil podmínky individuálního studijního plánu, opakuje příslušný ročník.
- 2.5. Uzavře-li student úspěšně ucelenou část studia stanovenou studijním programem pro daný obor bakalářského studia a složí-li úspěšně státní zkoušku, obdrží titul "BAKALÁŘ". Tím ukončuje řádně studium na vysoké škole (§ 20 a § 21 odst. 1 zákona 172/90 Sb. o vysokých školách).
  - 2.6. Splní-li student studijní program šestiletého studia všeobecného lékařství s preventivním zaměřením a úspěšně složí státní zkoušku, obdrží titul "DOKTOR VŠEOBECNÉ MEDÍNY"  
a stává se absolventem vysokoškolského studia (20 a § 21, odst 2, písm. c) zákona 172/90 Sb. o vysokých školách).
  - 2.7. Pokud student nesplnil podmínky pro řádný zápis do vyššího ročníku a nebylo mu děkanem povoleno opakování ročníku či přerušení studia, zapsán být nemůže a přestává být studentem podle § 20 a § 26 odst.4 zákona 172/90 Sb., o vysokých školách.
  - 2.8. Student může sám zanechat studia bez udání důvodu. Své rozhodnutí oznámí písemně děkanovi fakulty.
  - 2.9. Způsoby, jakými student přestává být studentem vycházejí z § 20 zákona 172/90 Sb. o vysokých školách.
  - 2.10. Studentovi lze povolit přestup na fakultu ze stejného nebo příbuzného oboru jiné fakulty až po úspěšném ukončení ročníku, ve kterém byl zapsán v době podání žádosti. O započtení zkoušek z předchozího studia, předepsání diferencních zkoušek a zařazení do příslušného ročníku studia rozhoduje děkan fakulty. Přestup z bakalářského studia do šestiletého denního studia není možný.

### § 3

#### Organizace školního roku

- 3.1. Organizace školního roku probíhá podle studijních programů oboru všeobecné lékařství a oborů bakalářského studia schválených Akademickým senátem.
- 3.2. Studijním programem se rozumí jmenovitý výčet všech studijních předmětů uspořádaný podle semestrů a členěný podle ročníků. U každého předmětu je uveden rozsah vyučovacích hodin, formy výuky daného předmětu, způsob ukončení výuky a jméno vyučujícího, který za výuku předmětu zodpovídá.

### § 4

#### Organizace výuky

- 4.1. Obsah a rozsah výuky v oboru je dán učebním plánem příslušného ročníku a schváleným vědeckou radou fakulty.
- 4.2. Základní formy výuky jsou přednášky, praktická cvičení, semináře a odborná praxe. Student je povinen účastnit se výuky v předmětech, které si zapsal. Student je povinen zvládnout rozsah učiva oboru, který je mu předkládán formou přednášek, praktických cvičení, seminářů a odborné praxe. Účast na přednáškách je nepovinná.

- 4.3. Student, který se z vážných důvodů nemohl zúčastnit výuky, může splnit studijní povinnosti způsobem, který určí vedoucí příslušného oboru.

## § 5 Kontrola studia

- 5.1. Formy kontroly studia jsou průběžná kontrola, zápočet a zkouška. Zkouška je veřejná.
- 5.2. Průběžnou kontrolou studia a zápočtem je prověřováno u studenta osvojení si vědomostí získaných při výuce. Zápočet uděluje učitel pověřený výukou. Zápočet je podmínkou pro připuštění ke zkoušce.
- 5.3. Zkouška prověřuje vědomosti studenta z příslušného oboru. Výsledky zkoušky klasifikuje zkoušející známkami: výborně (1), velmi dobře (2), dobře (3), nevyhověl (4).
- 5.3.1. V případě, že je nutné určit prospěchový průměr, započítávají se známky ze všech (i neúspěšných) zkoušek.
- 5.3.2. Student může každou zkoušku opakovat nejvýše 2x.
- 5.3.3. Pokud se student nemůže ze závažných důvodů dostavit ke zkoušce v určeném termínu, je povinen se omluvit nejpozději do tří pracovních dnů po tomto termínu. Pokud se student neomluvil nebo omluva nebyla zkoušejícím uznána, je klasifikován známkou nevyhověl.
- 5.3.4. Ve výjimečných případech může děkan určit konání zkoušky před komisí, kterou jmenuje. V tomto případě však student nesmí mít již vyčerpány oba opravné termíny.

## § 6 Předměty státní zkoušky

- 6.1. Studium oboru všeobecné lékařství s preventivním zaměřením se ukončuje vykonáním státní zkoušky složené z pěti dílčích státních zkoušek z těchto předmětů: 1) vnitřní lékařství, 2) chirurgie, 3) gynekologie a porodnictví, 4) preventivní lékařství, 5) pediatrie.
- 6.2. Obory bakalářského studia jsou zakončeny státní zkouškou.
- 6.3. Předměty státní zkoušky určuje děkan fakulty se souhlasem Akademického senátu.

## § 7 Komise pro státní zkoušku

- 7.1. Dílčí zkoušky, z nichž se skládá státní zkouška nebo státní zkouška oborů bakalářského studia, koná student před komisemi státní zkoušky.
- 7.2. Komise pro státní zkoušky se skládají z předsedy a dalších tří odborníků v oboru. Jedním z těchto odborníků může být profesor nebo docent příslušného oboru z jiné fakulty nebo vysoké školy.
- 7.3. Předsedu komise jmenuje (odvolává) děkan fakulty z profesorů nebo docentů, kteří působí na fakultě v příslušném studijním oboru. Předsedou komise může být jmenován i profesor nebo docent příslušného oboru studia z jiné fakulty.

- 7.4. Členy komise složené z profesorů, docentů, odborných asistentů, vědeckých pracovníků nebo odborníků z praxe jmenuje (odvolává) děkan na návrh vedoucího příslušného oboru.
- 7.5. Pro jeden studijní předmět lze zřídit i více komisí.
- 7.6. Složení komise státní zkoušky pro obory bakalářského studia, jmenování (odvolání) předsedy a členů komise jsou totožné s postupy uvedenými pod body 7.2, 7.3, 7.4 a 7.5.

## § 8

### Průběh státní zkoušky

- 8.1. Dílčí zkoušky z předmětů se konají v termínech určených předsedou komise.
- 8.2. Zkouška je veřejná.
- 8.3. Průběh zkoušky řídí a za činnost komise odpovídá předseda komise.
- 8.4. Zkoušku lze konat za přítomnosti předsedy a nejméně dalších dvou členů komise.
- 8.5. Komise poskytne studentovi přiměřený čas k přípravě odpovědi na zadané otázky.
- 8.6. O zkoušce se vyhotoví zápis, který podepíše předseda a další přítomní členové komise.

## § 9

### Klasifikace státní zkoušky

- 9.1. Klasifikace státní zkoušky se provádí dle ustanovení čl.36 Statutu UK

## § 10

### Státní zkouška v náhradním termínu nebo její opakování

- 10.1. Náhradní termín dílčí státní zkoušky, resp. náhradní termín státní zkoušky v případě bakalářského studia, určuje a oznamuje studentovi předseda komise:
  - a) jestliže se student nemůže dostavit v určeném termínu a řádně se omluvil,
  - b) jestliže student neuspěl v dílčí státní zkoušce, resp. státní zkoušce v bakalářském studiu a tuto zkoušku opakuje.
- 10.2. Pokud student nevyhověl při prvním opakování zkoušky, může mu předseda komise povolit druhé opakování nejdříve po pěti měsících od dne prvního opravného termínu zkoušky. Další opakování se nepovoluje.
- 10.3. Dílčí státní zkoušku nebo státní zkoušku v bakalářském studiu lze konat nejpozději do dvou let od řádného termínu státní zkoušky, který je určen předsedou komise dle rozvrhu posledního ročníku studia.

## § 11

### Hodnocení výsledků studia

- 11.1. Celkový výsledek studia se hodnotí podle výsledků zkoušek a státní zkoušky těmito stupni známek: "s vyznamenáním", "vyhověl", "nevyhověl".
- 11.2. Studium s vyznamenáním absolvují studenti, kteří za dobu celého studia dosáhli průměrný prospěch alespoň 1.5, neměli žádnou opravnou zkoušku a státní zkoušku vykonali s celkovým prospěchem "výborně". Pokud byli hodnoceni z jednoho předmětu v I.-V. ročníku známku "dobře", může děkan povolit na žádost studenta novou zkoušku.

## § 12

### Mimořádné (externí) studium

12. 1. K mimořádnému studiu mohou být přijati uchazeči na základě písemné žádosti.
- 12.1.1. Při studiu teoretických předmětů si mohou zapsat nejvýše dva předměty z teoretických, preklinických nebo preventivních oborů.
- 12.1.2 V rámci celoživotního vzdělávání zapisují vzdělávací program vypsany pro příslušný školní rok.
- 12.2. O žádosti rozhodne děkan fakulty.
- 12.3. Na základě rozhodnutí o přijetí děkanem fakulty provede studijní oddělení zápis do studia a zařazení do studijní skupiny.
- 12.4. Po absolvování studia obdrží student osvědčení podle čl.34, odst.5 Statutu 3. LF UK.

## § 13

### Studium cizích státních příslušníků

- 13.1. Cizí státní příslušníci mohou studovat na fakultě buď jako samoplátci nebo jako vládní stipendisté, nebo na základě reciproční výměny stanovené mezi-vládní dohodou.
- 13.2. Práva a povinnosti studentů-samoplátců, včetně výše školného a rozsah služeb poskytovaných fakultou jsou obsahem smlouvy, kterou podepisují obě zúčastněné strany, tzn. děkan fakulty a student.
- 13.3. Předložení dokladu o zaplacení školného na příslušný školní rok je podmínkou řádného zápisu studentů - samoplátců.
- 13.4. Studium pro studenty-samoplátce fakulta zajišťuje v českém nebo v anglickém jazyce. Studenti studující v anglickém jazyce jsou povinni do začátku studia klinických oborů (do ukončení čtvrtého semestru) zvládnout český jazyk tak, aby mohli komunikovat s pacienty. Znalosti jsou ověřeny zkouškou z českého jazyka.
- 13.5. Studentovi lze povolit přestup z lékařské fakulty jiné vysoké školy pouze po ukončení ročníku, a to ve školním roce, který předchází školnímu roku, do kterého student nastupuje. Přestup na fakultu je možný nejvýše do 3.ročníku studia včetně, pokud nemá fakulta s příslušnou vysokou školou uzavřenu písemnou dohodu o přestupu do vyšších ročníků. Studenti musí zvládnout český jazyk, jak je uvedeno v odst.13.4.
- 13.6. Ostatní cizí státní příslušníci, tzn. jiní než samoplátci, studují pouze v českém jazyce. Jejich práva a povinnosti jsou stejné jako u českých studentů.

## § 14

Tento studijní a zkušební řád 3.LF UK je závazný pro všechny studenty a učitele fakulty.

Schválen AS 3.LF dne 19.1.1994.

## Přehled nabídky volitelných kurzů pro školní rok 1994/95

S komentářem Jiřího Horáka

### III. ročník

#### Zimní semestr

<i>číslo a název kurzu/vedoucí</i>	<i>počet hodin za semestr</i>	<i>den</i>	<i>max.počet účastníků</i>
III/Z/1/1 Zdroje biomed. informací (pro studenty, kteří složili zkoušku z angličtiny)/doc. Jira	A 30	c	6
III/Z/2/1 Zdroje biomed. informací (pro studenty, kteří nesložili zkoušku z angličtiny)/doc. Jira	B 30	b	6
III/Z/3/1 Využití počítačových metod v imunologii/doc. Jira	15	d	5
III/Z/4/1 Teoretické základy klinické medicíny/prof. Anděl	30	a	100
III/Z/5/1 Významné postavy české medicíny dr. Likovský	30	c	5
III/Z/6/1 Mikrobiologická diagnostika infek- čních onemocnění pro praktického lékaře a lékaře v nemocnici/prof. Schindler	15	c	15
III/Z/7/2 Němčina pro lékaře/dr. Langová (středně pokročilí, 2 semestry)	30	b	15
III/Z/8/2 Francouzština pro lékaře (středně pokročilí, 2 semestry) dr. Kozlová	30	c	15



III/Z/9/1 Vývojová toxikologie a teratologie prof. Jelínek	30	d	30
III/Z/10/1 Základy elektronové mikroskopie dr. Titlbach	15	e	10
III/Z/11/4 Neurovědy (čtyřsemestrový kurs) prof. Rokyta	45	b	50
			celkem 257

### Letní semestr

III/L/12/2 Němčina pro lékaře/dr. Langová (středně pokročilí, 2 semestry)	30	b	15
III/L/13/2 Francouzština pro lékaře (středně pokročilí, 2 semestry) dr. Kozlová	30	c	15
III/L/14/1 Akutní kardiologie doc. Widimský	30	e	20
III/L/15/1 Kardiologické vyšetřovací metody doc. Gregor	30	d	20
III/L/16/1 Klinická fyziologie kardiovasku- lárního systému /doc. Horanská	15	c	100
III/L/17/1 Imunocytochemie a imunohistochemie Metodické přístupy pro diagnostiku i výzkum/dr. Titlbach	15	a	15
III/L/18/4 Neurovědy (viz zimní semestr)	45	b	50
III/L/19/1 Klinická biofyzika/prof. Slouka	30	d	100
III/L/20/1 Patobiochemie/doc. Čechák	30	a	100
			celkem 435

### IV. ročník

#### Zimní semestr

IV/Z/1/1 Klinicko-biochemická vyšetřování metodami suché chemie/doc. Čechák	15	a	15
---	----	---	----

IV/V/L/29/2 Klinická anatomie (viz zimní semestr)	15	a	100
IV/L/30/4 Neurovědy (viz zimní semestr)	45	b	50
IV/L/31/1 Klinická mikrobiologie prof. Schindler	30	c	100
			celkem 505

## V ročník

### Zimní semestr

V/Z/1/2 Molekulové podklady klinické biochemie (dvousemestrový kurs) doc. Čechák	30	d	15
V/IV/Z/2/1 Autoimunitní choroby/doc. Jíra (též pro IV. ročník)	30	c	3
V/Z/3/1 Neurologický pohled na akutní kraniocerebrální poranění doc. Kellerová	15	b	15
V/IV/Z/4/1 Ochrana před zářením (též pro IV. ročník)/prof. Klener	30	d	20
V/IV/Z/5/1 Význam jednotlivých potravinových komodit pro ovlivňování zdravotního stavu (též pro IV. ročník)/prof. Hrubý	30	e	20
V/IV/Z/6/1 Hodnocení rizika (též pro IV. ročník)/prof. Provazník	15	c	20
V/IV/Z/7/1 Metabolický kardiovaskulární rizikový syndrom (též pro IV. ročník)/doc. Stejskal	15	a	20
V/IV/Z/8/1 Péče o zdraví při práci (též pro IV. ročník)/dr. Hrnčíř	15	d	20
V/IV/Z/9/1 Úvod do etologie člověka (též pro IV. ročník)/prof. Kršiak	15	e	40
V/IV/Z/10/1 Kurs biologické psychiatrie (též pro IV. ročník)/prof. Höschl	15	c	40

V/Z/11/1 Diabetologie, endokrinologie a klinická výživa: patofyziologické základy/prof. Anděl	30	c	20
V/Z/12/1 Kurs perinatální medicíny Dr. Svárovský	15	b	20
V/Z/13/1 Současná endoskopie v urologii/dr. Urban	15	d	10
V/IV/Z/14/2 Klinická anatomie (2 semestry, též pro IV. ročník) prof. Stingl	15	a	100
V/Z/15/1 Možnosti a limity radionuklidové diagnostiky/prof. Bláha	30	c	15
V/Z/16/1 Kurs prenatální, perinatální a postnatální psychologie dr. Kožený	45	d	20
V/Z/17/1 Vrozené vývojové vady prof. Hniková	15	a	20
V/Z/18/1 Alergické nemoci/prim. Antošová	15	c	20
V/Z/19/1 Plastická, rekonstrukční a estetická chirurgie/doc. Tvrdek	15	e	15
V/IV/Z/20/1 Epidemiologie AIDS (doc. Kříž) (též pro IV. ročník)	15	b	20
			celkem 473

### Letní semestr

V/L/21/2 Molekulové podklady klinické biochemie (dvousemestrový kurs) doc. Čechák	30	d	15
V/L/22/1 Stomatologie pro lékařskou praxi dr. Pekárek	15	a	20
V/L/23/1 Revmatologie pro praktického lékaře/prof. Trnavský	45	b	15

V/IV/L/24/1 Prevence poruch zdraví v dětském věku (též pro IV. ročník) doc. Provazníková	15	d	20
V/IV/L/25/1 Epidemiologická informatika (též pro V. ročník)/doc. Kříž	15	e	20
V/IV/L/26/1 Studie vztahů faktorů prostředí a zdravotního stavu dětí 6-11 let (též pro V. ročník)/doc. Kříž	15	a	20
V/IV/L/27/1 Práce a zdraví, diagnostika, posuzování a prevence nemocí ovlivněných prací (též pro IV. ročník) doc. Kneidlová	15	b	20
V/IV/L/28/1 Hygiena zdravotnických zařízení (též pro IV. ročník)/prof. Havránek	30	c	20
V/L/29/1 Interpretační semináře z radio-diagnostiky/doc. Šprindrich	15	c	20
V/L/30/1 Kurs gynekologické onkologie prof. Kaňka	15	b	20
V/L/31/1 Vybrané kapitoly z klinické genetiky/dr. Stejskal	45	a	10
V/IV/L/32/2 Klinická anatomie (viz zimní semestr)	15	a	100
V/L/33/1 Nedoslýchavost - diagnostika, chirurgická a konzervativní léčba/dr. Navara	15	e	7
V/L/34/1 Otoneurologie/doc. Hahn	15	d	12
V/L/35/1 Vybrané kapitoly z dětské otorinolaryngologie/dr. Voldánová	15	c	20
V/L/36/1 Onkologická problematika v otorinolaryngologii/dr. Čoček	15	b	8
V/L/37/1 Pracovní medicína v ORL/doc. Hahn	15	a	10

V/L/38/1 Kurs racionální antiinfekční terapie/prof. Vacek	15	e	20
V/L/39/1 Komplexní pohled na AIDS/dr. Zicha	15	d	20
V/IV/L/40/1 Vybrané kapitoly ze sexuologie dr. Tauš (též pro IV. ročník)	15	e	20
V/IV/L/41/1 Kurs psychoterapeutických metod (též pro IV. ročník)/dr. Maršálek	45	d	20
V/IV/L/42/1 Sociální a komunitní psychiatrie (též pro IV. ročník)/dr. Pfeiffer	15	b	20
V/L/43/1 Klinická farmakologie prof. Kršiak	30	a	30
V/L/44/1 Geografická medicína prof. Korych	15	c	25

celkem 512

**Komentář:** Studenti III. ročníku si musí zapsat v každém semestru alespoň 30 hodin vý-  
běrových kurzů, studenti IV. a V. ročníku alespoň 45 hodin. U dvou- a vícesemestrových kur-  
zů je student povinen si zapsat a absolvovat všechny semestry příslušného kurzu. Označení  
kurzů písmeny a až e značí dny v týdnu, kdy kurz bude v odpoledních hodinách uspořádán  
(a = pondělí, b = úterý atd), což umožňuje, aby studenti mohli kurzy kombinovat. Návrh za-  
řazení kurzu na určitý den v týdnu je však předběžný a bude definitivně upraven při přípravě  
rozvrhu. \* Dovoluji si požádat organizátory kurzů, aby mi do týdne zaslali své případné při-  
pomínky. Neobdržím-li žádných připomínek, předložím program kurzů ke schválení akade-  
mickému senátu v této podobě. Po schválení senátem budou všichni organizátoři vyzváni, aby  
mi dodali na disketě jednostránkový sylabus kurzu. Sylaby budou zveřejněny pro informaci  
zapisujícím se studentům.

V Praze dne 11.1.1994

## Habilitační a profesorské jmenovací řízení (Principy bodovacího systému)

Cyril Höschl, Richard Rokyta

- a) Bodovací systém je pomocným kritériem pro rozhodnutí, zda kandidát je kvalifikován k zahájení řízení a přednesení habilitační či inaugurační přednášky. Dosažení limitu v bodovacím systému je podmínkou nutnou, nikoliv postačující.
- b) Bodovací systém zohledňuje různé typy postupu na klinikách a ústavech. Zásadním požadavkem pro habilitaci, respektive jmenování profesorem je získání 25% bodů ve vědecké kvalifikaci a alespoň 10 odborných prací publikovaných jako první autor v českém nebo zahraničním periodickém odborném časopise.
- c) O zahájení habilitačního či jmenovacího řízení rozhodne děkan fakulty po projednání vědeckou radou.
- d) Požaduje se, aby žadatelé každou jednotlivou činnost dokládali.
- e) Bodové hodnocení předložené uchazečem technicky posuzuje a kontroluje tříčlenná skupina, v níž se pro zachování kontinuity jeden člen obměňuje každý rok. Skupina předkládá zprávu a doporučení děkanovi a příslušnému proděkanovi.

### *Kvalifikační hodnocení pro habilitační a profesorské řízení verze z 11.3.1993*

	A	B	C	D	E
		Body	Počet	celkem	OK
1.					
2.	<b>I. Vědeckovýzkumná kvalifikace</b>				
3.	cena zahraniční organizace za vědeckou práci	40			
4.	citace v Science Citation Index s vyloučením autocitací	5			
5.	členství v redakční radě (Editorial Board) mezinárodního nebo zahr.časopisu	10			
6.	členství čestné v zahr.odborných společnostech	10			
7.	členství ve výborech zahr. nebo mezinár.odborných společností a univerzit	10			
8.	monografie vydaná v zahraničí ve svět.jazyce, v uzaném nakladatelství ( jediný či vedoucí autor)	50			
9.	monografie vydaná v zahraničí ve svět.jazyce, v uzaném nakladatelství ( spoluautor)	25			

10.	monografie vydaná v ČR ve svět.jazyce (jediný nebo vedoucí autor)	25			
11.	monografie vydaná v ČR ve svět.jazyce (spoluautor)	12			
12.	monografie vydaná v češtině (jediný nebo vedoucí autor)	20			
13.	monografie vydaná v češtině (spoluautor)	10			
14.	nositel zahraničního grantu, uděleného uznanou institucí	30			
15.	spoluřešitel zahraničního grantu uděleného uznanou institucí	15			
16.	organizace a uspořádání světového či evropského symposia (vyjmenování členové org. výboru)	10			
17.	organizace světového kongresu (prezident)	20			
18.	práce původní nebo přehledná v odborném časopise	5			
19.	přednáška v ČR, kongres, sympozium (přednášející)	2			
20.	přednáška na světovém nebo mezinárodním kongresu	10			
21.	přednášky v zahraničí na vyžádání	20			
22.	publikace v uznaném populárně-vědeckém časopise	3			
23.	titul doktora věd	30			
24.	titul kandidáta věd nebo PhD	20			
25.	účelové publikace ve sbornících v cizích jazycích (vedoucí autor či spoluautor)	3			
26.					
27.	<b>II. Pedagogická kvalifikace</b>	15			
28.	autor nebo pořadatel skript	15			
29.	autor skript (spoluautor)	3			
30.	autor učebnice (autor nebo pořadatel)	30			
31.	autor učebnice spoluautor	10			
32.	autor výukové pomůcky (výběrové testy a pod.)	2			
33.	autor nebo realizátor zcela nové didaktické metody na fakultě (film,video)	10			
34.	člen pedagog.komise školy nebo komise zabývající se koncepční prací ve výuce	5			
35.	diplomová práce, vedení	3			
36.	organizace a vedení postgraduálního kurzu	5			
37.	pedagogické působení na fakultě za 1 rok	5			
38.	školitel aspiranta na kandidaturu nebo doktoranda (pokud práce byla obhájena)	10			
39.	školitel studentské práce přednesené na studentské konferenci	5			
40.					
41.	<b>III. Léčebná a odborná kvalifikace</b>				
42.	atestace I.stupně	5			
43.	atestace II.stupně a nástavbová	15			
44.	autorská osvědčení (spoluautor)	6			
45.	autorská osvědčení (jediný autor)	10			
46.	člen výboru nebo funkcionář odborné společnosti, za každé funkční období	2			

47.	členství v redakčních radách časopisů ČR	5			
48.	odborná činnost : a) za vedení orig. operačních postupů se světovým nebo celostátním významem (za každý operační postup) b) za zavedení orig. operačních postupů v rámci FNKV (za každý oper. postup)	50			
		10			
49.	organizace a uspořádání celostátního kongresu, symposia nebo sjezdu	3			
50.	osvětová publikace knižní	5			
51.	osvětový článek v uznaném časopise	1			
52.	patent (spoluautor)	10			
53.	patent (jediný autor)	20			
54.	poradce WHO, UNICEF, UNESCO či odborných mezinárodních organizací od r.1990	10			
55.	poradce odborných filmů nebo video programů	5			
56.	praxe - za každý rok aktivity	1			
57.					
58.					
59.					
60.					
61.					

### Vysvětlivky vybraných položek bodovacího systému

- ř. 3. Jde o ceny významných západoevropských a severoamerických vědeckých institucí, resp. nadací, získané ve veřejně vypsané soutěži. Pro dokumentaci této položky je nutný diplom či dopis organizace o udělení ceny.
- ř. 5. Jde o západoevropské, severoamerické či japonské časopisy.
- ř. 6. Doklad: Diplom nebo dopis uchazeči, informující o udělení členství.
- ř. 7. Doklad: Diplom nebo dopis o členství.
- ř. 8. Uzaným nakladatelstvím se myslí např. Springer, Karger, Mc Graw-Hill, atd.. Dokladem je vždy originál monografie. O přidělení bodů se rozhodne individuálně.
- ř. 9. Stejně jako 8, myslí se i autor kapitoly.
- ř. 10. Jde o monografii vydanou v nakladatelství s celostátním významem, např. Avicenum, Academia. O nových nakladatelstvích se rozhodne individuálně.
- ř. 11, 12, 13 stejně jako 10.
- ř. 14. Uzanou institucí se myslí WHO, AID USA, MRC, NIH, EC, DFG, INSERM, FAO, UNESCO. Grant musí být udělen vždy ve formě jasně přidělených finančních prostředků. Bez přidělení finančních prostředků nebude tato položka uznána.
- ř. 16, 17. Doklad: Oficiální oznámení o kongresu, na kterém je kandidát jmenovitě uveden.
- ř. 18. Jde o publikace v periodických odborných časopisech vydávaných odbornými společnostmi, Českou lékařskou společností a o publikace v zahraničních odborných periodických časopisech. Nejde o publikace ve sbornících konferencí, či zájmových sbornících odborných společností. Seznam časopisů s impakt fak-



torem je k dispozici na oddělení vědy děkanátu. Práce s impakt faktorem nutno vždy předložit vědecké radě 3.L.F UK in extenso. Vzorec pro výpočet bodů za publikaci:  $b = 36^{f/(1+f)} + (4 + f)$

kde b je bodové hodnocení a f je impakt faktor příslušného časopisu.

Příklad: je-li  $f=0$ , pak  $b=5$  (bodové hodnocení za publikaci v časopise bez impakt faktoru). Je-li  $f=0.4$ , pak  $b=7,2$ . Je-li  $f=1$ , pak  $b=11$ . Je-li  $f=2$ , pak  $b=16,9$ .

Je-li  $f=3$ , pak  $b=21,7$ . Je-li  $f=4$ , pak  $b=25,6$ . Je-li  $f=10$ , pak  $b=40$ . Je-li  $f=15$ , pak  $b=47,8$ , tj. jedna publikace v časopise Nature má přibližně stejné ohodnocení jako monografie.

- ř. 19. Jde o větší akce, např. výroční kongresy či sjezdy českých nebo československých a slovenských odborných společností. Nejde o krajské semináře, příležitostné schůze společností atd.
- ř. 20. Podmínkou přednášky v zahraničí a tohoto bodového hodnocení je světový nebo evropský, zpravidla výroční či periodický kongres. Nejde tedy o regionální akce, např. bilaterální či trilaterální symposia.
- ř. 21. Slovensko není do roku 2000 hodnoceno jako zahraničí. Akce ve Slovenské republice jsou bodově hodnoceny jako akce v České republice.
- ř. 22. Uznáný populárně vědecký časopis: Vesmír, Živa, T 93.
- ř. 25. Sborníky, zprávy a metodické listy odborných společností, jež nejsou v distribuční síti.
- ř. 37. Potvrzení vedoucího kliniky či ústavu.
- ř. 38. Jmenovitý seznam aspirantů s daty obhajob.
- ř. 39. Jmenovitý seznam studentů s názvy a daty přednášek.
- ř. 48. Osvědčí přednosta příslušné kliniky či ředitel/ředitelka nemocnice.
- ř. 49. Doloží se programem nebo jiným oficiálním dokumentem jednání.
- ř. 52, 53. Doklad: Kopie osvědčení o patentu.
- ř. 54. Doklad: Osvědčení nebo jmenovací dopis.

Počet bodů nutných pro zahájení habilitačního řízení (docent):	600 bodů
Počet bodů nutných pro zahájení jmenovacího řízení (profesor):	1000 bodů
Počet bodů za poslední tři roky:	minimálně 100 bodů



J.J.

VÍTE, PANE PROFESORE, VĚDYCKY  
JSTE BYL. MŮJ VELKÝ VZOR, ALE  
DNES, DNES UŽ Z VÁS MÁM JENOM  
MINDRÁK....

# AKTUÁLNÍ OTÁZKY

## Výhledy postgraduálního vzdělání

Zdeněk Bystřický

*V minulém čísle jsme přinesli informační článek B. Svobody o pohledu České lékařské komory na problematiku postgraduálního vzdělávání lékařů. Dnes přinášíme k tomuto problému text autora MUDr. Zdeňka Bystřického, CSc., který je ředitelem Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. Článek je zkráceným souhrnem jeho sdělení v doprovodném programu MEFA a je současným obrazem názorů Lékařské komory, pracovníků MZ ČR, vzdělávacích institutů i zástupců jednotlivých odborných společností, které sloužily za základ připravovaným legislativním dokumentům. Je to tedy informace předběžná a tzv. bez záruky o konečné podobě příslušného zákona a doprovodných vyhlášek.*

J.J.

V souvislosti se zásadními změnami našeho zdravotnictví dojde zákonitě ke změnám v systému postgraduálního vzdělávání absolventů lékařských fakult. Názory na tyto změny se vyjasňovaly a konkretizovaly postupně na půdě MZ v tzv. Radě vzdělávání, v lékařských komorách i v jednotlivých odborných společnostech. Obsahem tohoto článku jsou obecné závěry vyplývající z těchto jednání a představy o rozsahu předpokládaných změn a jen tak je možno následující sdělení chápat. Konečnou podobu dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků totiž dá až zákon o pracovnících ve zdravotnictví a jejich vzdělávání, jeho doplňující vyhlášky a akreditační řád, které se v současné době připravují. Jejich vydáním skončí účinnost některých dosud platných ustanovení zákona č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu i vyhl. č. 77/1981 Sb. o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví.

Zásadní změnou proti současnému systému postgraduálního vzdělávání lékařů je představa, že specializace v jednotlivých medicínských oborech nebude povinná. Předpokládá se však povinné absolvování obecné popromoční praxe, tzv. "kolečka".

Navrhovaná délka praxe ve zdravotnických zařízeních je u lékařů 24měsíců a u zubních lékařů 12 měsíců. U lékařů 6 měsíců v interním lékařství, 6 měsíců v chirurgii, 5 měsíců v pediatrii, 5 měsíců v gynekologii a porodnictví a 2 měsíce v anesteziologii a resuscitaci. U zubních lékařů má probíhat odborná praxe po 12 měsících v rozsahu výkonů stanovených Českou stomatologickou komorou.

Po absolvování popromoční praxe se absolventi lékařských fakult budou moci vzdělávat jednak formou specializační přípravy, kterou získají příslušnou odbornost, a dále formou kontinuálního celoživotního vzdělávání.

Specializační přípravu budou moci provádět jen zdravotnická zařízení nebo vzdělávací instituce, které budou mít akreditaci, tj. oprávnění provádět tuto činnost. V současné době mají akreditaci pro vzdělávání zdravotníků pouze Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze a Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně - po vydání nového zákona a doprovodných vyhlášek se však počítá se vznikem řady akreditovaných pracovišť dalších.

Předpokladem pro vstup do specializační přípravy je ukončení obecné popromoční praxe.

Podmínkou účasti je však úspěšné absolvování výběrového řízení, které vyhláší akreditované zařízení. Přístup do specializační přípravy tak bude určitým způsobem ztížený a počet uchazečů omezený počtem volných míst na akreditovaných pracovištích i potřebou specialistů v tom kterém oboru.

Specializační příprava má být zásadně jednostupňová, na rozdíl od současných dvoustupňových. Její náplň a také dobu trvání určují ve spolupráci s Komorami jednotlivé odborné společnosti. Navrhovaná délka specializační přípravy se pohybuje v jednotlivých oborech od 3 do 6 let. Specializační příprava se ukončuje specializační zkouškou = atestací před nezávislou odbornou zkušební komisí. Úspěšné ukončení specializační přípravy se osvědčuje vydáním diplomu. Po získání základní specializace je však možno se ještě dále specializovat v úzkých nastavbových oborech stanovených příslušnou vyhláškou - např. specializace v kardiologii po atestaci z interny či kardiochirurgii po atestaci z chirurgie.

Dosažením základní či nastavbové specializace však proces postgraduálního vzdělávání nekončí. Každý lékař musí pokračovat v rozšiřování a prohlubování svých teoretických i praktických znalostí po celou dobu své aktivní medicínské činnosti nejen průběžným studiem odborné literatury, ale i pravidelnou účastí na různých formách školicích akcí. V rámci celoživotního vzdělávání se počítá s absolvováním vzdělávacích kursů zaměřených na získání speciálních znalostí v různých odborných činnostech - např. v endoskopii či vyšetřování ultrazvukem, s absolvováním školicích míst na specializovaných pracovištích, s účastí na kongresech a vědeckých seminářích atd.

Smyslem celoživotního vzdělávání lékařů je stálá inovace znalostí nutných nejen ke splnění předpokladů výkonu lékařského povolání, ale především ku prospěchu všech pacientů.

## Obrana proti krotitelům duší

*Petr Beneš*

V posledních měsících prožíváme ve zdravotnictví i v tak zvaném vysokém školství transformaci, proces, jenž si podle všeho vypůjčil nejen svůj název od ohavných Transformerů, nabízených dětem víkend co víkend z televizních obrazovek. Zdravotníci představení tu osnují přerod lékaře v ekonomický subjekt (měříce jeho cenu množstvím vyprodukovaných bodů či korun) a jejich univerzitní kolegové konstruují lékaře-vědce (jehož cena se odvozuje od sumy vlastních publikací). Atmosféra je přitom již do té míry sugestivní, že není dosti jasné, nakolik jsme my sami jen herci a nakolik i autory tohoto dramatu. V sílícím přesvědčení, že "všechno je jinak", vynořují se mi pak během odpočinkového čtení následující asociace:

Asi před sto lety napsal Robert Louis Stevenson ve svých esejích "O volbě povolání" a "Dopis mladému muži, jenž se hodlá věnovat umělecké dráze" tato slova:

"... spisovatelé nesmí vadit, že je placen špatně. ... jestliže se tedy rozhodnete být umělcem, vyžehňte ze své mysli touhu po penězích. Máte-li značný talent a jste-li hodně pracovitý, můžete očekávat toliko takový příjem, jehož úředník dosáhne za cenu pouhé desetiny či snad i dvacetiny Vašeho nervového vypětí. Nemáte však ani právo chtít více, neboť Vašimi výdělky nejsou zisky z živnosti, ale zisky ze života, výdělkem je tu vlastně práce sama."

Předpokládám, že si již řada čtenářů podvědomně zaměnila umělce za lékaře. Čtěme tedy dále:

"Je pravda, že pracuje s nepoddajným materiálem a že samotný akt psaní je soužením jak pro oči, tak pro duši, ale jen si ho všimněte, když se na něj náměty valí a slova na sebe nedávají čekat - v jak nepřetržitě řadě malých úspěchů plyne čas, s jakým vědomím síly diriguje své postavičky - jako by jeden hory přenašel, s jakým potěšením pro uši a oči roste na papíře jeho vzdušná stavba a jak si rází cestu v řemesle, kterému zasvětil veškerou náplň svého života a které otevírá dveře všem jeho zálibám, láskám, záštím i přesvědčením, takže to, co napíše, je pouze to, co toužil vyjádřit. Možná, že zažil spoustu věcí na tomto velkém tragickém hřišti světa, ale mohl prožít něco plnějšího než chvíle úspěšné práce? Předpokládejme, že se za takovou práci špatně platí - je div, že se za ni platí vůbec! Tolik lidí platí - a platí draze - za rozkoše méně žádoucí."

Kdo z čtenářů je stále ochoten udržet v mysli nabídnutou paralelu mezi prací umělce a lékaře, je zván k dalšímu čtení:

“Základní povinností člověka na tomto světě však je být finančně soběstačný. Teprve když toho dosáhne, může se vrhnout za jakýmkoliv nápadem, jenž se mu zlíbí, ale rozhodně ne dříve než tehdy. Do té doby má možnost pilně se dvořit buržoovi, který nosí měšec. A jestliže během těchto kapitulací zkriví kromě svého charakteru ještě i svůj talent, nemohl být zvláště velký. Nu, a je-li snad jeho mysl natolik svobodná, že není s to snížit se k oné možnosti, lze také umění zanechat a vydat se nějakou mužnější cestou životem.”

Krom ekonomických otázek jsme - jak řečeno v úvodu - nyní stavěni i před tvář lákadla (či hrozby) dráhy lékaře-vědce. Poslyšme tedy dále:

“Pro člověka, který neumí být skromný, bude velmi těžké zůstat poctivý. Jednoho dne, kdy pasák šmejdů zaklepe na dveře, bude lákán a posléze nejspíš přiměn, aby zplodil a prodal cosi zcela bezcenného. Pokud takový závazek nebude výplodem jeho svévolné mysli, lze jej dokonce schválit, poněvadž je zbytečné diskutovat na téma, oč důležitější je uživit rodinu než docílit proslulosti a udržet si ji. Pakliže k tomu bude donucen svými vlastními nedostatky, kradl - kradl na statcích, jež mu byly důvěřivě svěřeny, a kradl tak (a to je na tom nejhorší), že jej za to nelze stíhat podle žádného zákona.”

Zdá se, že ztrácejíce v průběhu transformace ze zřetele původní smysl toho, proč tato nemocnice stojí a proč do ní jako lékaři denně docházíme, dostáváme se do těžkostí. Pan Stevenson nám naštěstí v naší nelehké situaci nabízí s vybranou anglickou zdvořilostí universální východisko:

“Ono totiž pravděpodobně nebude příliš záležet na tom, jak se rozhodnete. Zdá se, že většina lidí časem tak jako tak klesne do stavu jakési zmrtvělosti, jenž je nezbytný k tomu, aby byli se svou situací spokojeni. Ano, pane, to je má zkušenost. Většina lidí je šťastná a většina lidí je nečestná. Jejich mysl se vždy sníží na žádoucí úroveň, jejich čest přistoupí na společenské zvyklosti. Přeji Vám, abyste nesnášel svou degeneraci bolestněji než Vaši bližní, abyste brzy upadl do apatie a ve stavu úctyhodného somnambulismu byl dlouho ušetřen od hrobu, k němuž všichni tolik spěcháme.”

*R.L.Stevenson: “Obrana proti krotitelům duší” (svazek obsahuje oba v textu zmíněné a citované eseje). Vydavatelství a nakladatelství “Zvláštní vydání...”, Brno, 1993.*

## “Máme málo studentů vysokých škol!”

*Ústav pro informace ve vzdělávání vydal nedávno zajímavou publikaci: "Opravník tuctu nejběžnějších nepravd o současném stavu českého školství". Jak autoři uvádějí, řada nesprávných a nepodložených nepravd o našem školství vznikla "nepoučenou interpretací statistických dat, srovnáváním nesrovnatelných údajů, nekompetentností a neseriózností některých autorů, věcnými chybami, v dobré víře- a někdy možná i ve zlém úmyslu". Otiskujeme z ní zajímavý komentář k tvrzení, že "máme málo studentů vysokých škol".*

Experti OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj), kteří u nás na jaře 1992 mapovali situaci ve vysokém školství, nám v jednom ze svých doporučení vytkli nízký podíl studentů z příslušné věkové kategorie, vstupujících na vysokou školu. Zatímco u nás vstupuje na vysoké školy asi 15% mladých lidí příslušné věkové kategorie, v zahraničí je to (podle světových statistik) 20-35%. To je sice pravda, ale toto porovnání je až příliš, příliš zjednodušené.

Zkusme si vysvětlit, kdo je v zahraničních statistikách považován za vysokoškolského studenta. S překvapením přitom zjistíme, že tento pojem v zahraniční literatuře prakticky neexistuje. Statistiky hovoří o studentech terciární úrovně vzdělání, o studentech "vyššího" školství. Z nich ale pouze někteří jsou studenty universita ekvivalentních institucí, tj. vysokých škol, jak je chápeme u nás. I když překládáme výraz "higher education" jako vysoké školství, nesmíme si představit vysokoškolského studenta v našem pojetí, tj. studenta, který úspěšně odmaturoval, složil (rovněž úspěšně) přijímací zkoušky na klasickou vysokou školu a studuje 4-6 let. V zahraničí je tomu jinak. Veškeré solidní oficiální statistiky, OECD a UNESCO nevyjímaje, mají studenty rozděleny na studenty "universita ekvivalentních institucí" a na studenty ostatních, "neuniversitních" forem studia.

Vysvětlíme si rozdíl. Každý z nás, kdo se učil prvním rokem anglicky, se dozvěděl, že slovo "university" se překládá jako vysoká škola, universita. V anglo-americkém světě jsou university vysokou školou, na nichž doba vzdělání trvá alespoň 3 roky a absolvent obdrží alespoň bakalářský diplom. Podle úrovně diplomu lze vysledovat i úroveň a prestižnost university. V USA smí naprostá většina vysokých škol udělovat pouze bakalářské diplomy, prestižnější mohou udílet i diplom magisterský, případně doktorát. Tyto university jsou pak buď universitního nebo technického směru. Slovo "universita" sice mají většinou v názvu, není to však podmínkou. Vždyť v rámci universit světového jména (Harvard, Princeton, Yale a dalších) existuje i např. prestižní, světově proslulý Massachusettský technický institut, který je samozřejmě na úrovni university a je



i významným výzkumným pracovištěm. V některých zemích pak existují i tzv. univerzitní koleje, většinou čtyřleté, srovnatelné s universitami a mající možnost udílet vysokoškolské diplomy.

Kromě tohoto univerzitního studia existují nižší typy škol 3. stupně, které mají většinou regionální charakter (a jsou také většinou z regionálních zdrojů placeny) a jejichž studium je kratší, zpravidla dvouleté. Převážně jsou to koleje: junior college, technical college, regional college atd. Tyto koleje jsou často prakticky zaměřené, připravují pro povolání a absolvují na nich např. učitelé, recepční, provozní pracovníci významných hotelů, sekretářky, obchodní cestující, konstruktéři, zdravotní sestry, lze na nich získat určitou právní způsobilost apod. V podstatě na nich studenti získávají odbornou přípravu, která se v našich poměrech získává úspěšně na střední odborné škole či dokonce středním odborném učilišti. Na některých kolejích je poskytována tzv. předuniverzitní příprava po absolvování ne příliš kvalitní střední školy. Ostatně, stačí si pozorně přečíst třeba jakýkoli současný americký román - každá sekretářka je zde absolventkou koleje, kde se učila stenografovat a psát na stroji. V zemích, kde na střední úrovni převládá typ všeobecně vzdělávací školy (jako v USA, Austrálii nebo V. Británii), je počet studentů na těchto kolejích velmi vysoký. Na tyto "vysoké školy" přicházejí ve většině zemí studenti, kteří nemusí podstupovat žádné přijímací zkoušky, mnohdy ani nemusejí mít ukončené středoškolské vzdělání a něco jako maturitu už vůbec ne. Vstup na tento druh terciárního vzdělání je vskutku masový. Např. ve Švédsku tvoří tito studenti více než dvě třetiny studujících, v USA 42%, ve Španělsku více než polovinu, ve Švýcarsku polovinu všech studentů.

Vyšší podíl zapsaných studentů do 1. ročníku vysoké školy v mnoha zemích je způsoben také tím, že studenti jsou často zapsáni duplicitně. Kromě studia řádného, nebo, jak se říká, plného (full-time) studuje řada studentů paralelně přednášky z vybraných předmětů na jiné fakultě - a již je zapsána a statisticky vykazována znovu. Mladá matka, která se stará o děti a navštěvuje ve svém volném čase třeba jen nějaké přednášky z dějin hudby nebo malířství, je také zapsána jako studentka part-time. Jako studenti part-time, tedy studenti jen vybraných předmětů, jsou zapisováni studenti, kteří studují méně než 75% kurikula. Je to forma v zahraničí velmi běžná. Bohužel, někteří naši překladatelé překládají termínem part-time naše studium při zaměstnání, což není zdaleka přesné. U nás se ve studiu při zaměstnání studují prakticky všechny předměty, zatímco studium part-time je spíše ekvivalentem pro mimořádné studium vybraných předmětů. Kromě toho velká část studentů studium prostě nedokončí. Podle statistik OECD nedokončí univerzitní studium 20% ze zapsaných studentů pouze v SRN a Japonsku, v ČR asi 30%. V ostatních zemích se "odpad" pohybuje mezi 40-70%. Vzhledem k tomu, že na universitách a ekvivalentních institucích studují "lepší" studenti (a přesto je odpad tak vysoký), netřeba ani

zdůrazňovat, že na alternativních "vysokých" školách je ještě vyšší. Ukazatel o počtu zapsaných studentů do 1. ročníku VŠ vypovídá tedy pouze o potencionálních absolventech, nikoliv však o skutečně dokončeném vysokoškolském vzdělání.

Vzniká otázka, proč je v zahraničí tak vysoké procento neúspěšnosti? Není to proto, že u nás je studium lehčí, zatímco v USA...? Není. Podle zahraničních pramenů má západní svět a zejména USA v tomto smyslu mnoho problémů. Např. v USA je asi 3500 škol poskytujících terciární vzdělání. Z nich je pouze něco méně než padesát škol vysoce prestižních. Jsou to školy, které mají náročné přijímací zkoušky a malé studijní úbytky. Sem patří slavný Harvard, Massachusettský technický institut, Princeton, Stanfordská universita apod. Ovšem na těchto 48 prestižních vysokých školách studuje jen málo přes 5% všech studentů. Asi 150 dalších universit má nižší stupeň selektivnosti a studuje na nich dalších 17% studentů. Pak následují čtyřleté koleje, které rovněž mají vyšší stupeň selektivnosti již v přijímacích zkouškách, a na nichž studuje 8% studentů. Selektivnost ostatních čtyřletých kolejí nadále klesá - na těch studuje 27% studentů. Avšak cca 42% všech studentů studuje v USA na dvouletých kolejích, které v systému přijímání neuplatňují prakticky žádné požadavky.

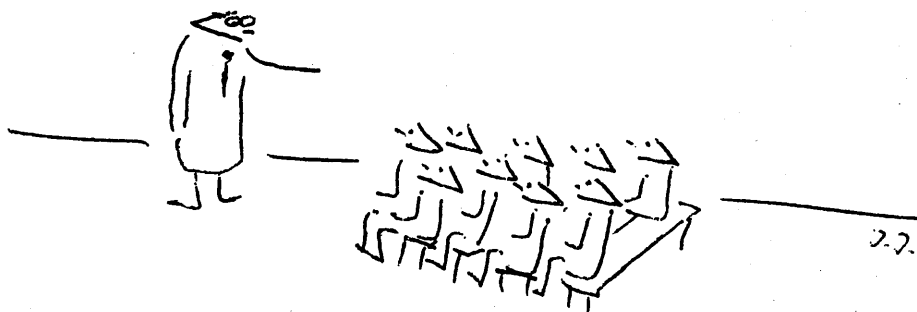
Není však třeba se dívat do dalekých Spojených států. Zůstaňme v Evropě a podívejme se do blízkého Rakouska, kde žije necelých 9 miliónů obyvatel, což je srovnatelné s Českou republikou, kde jich žije 10 miliónů. Co nám říkají rakouské a mezinárodní statistiky? V roce 1980 studovalo v České republice 120 tisíc studentů, v Rakousku 110 tisíc. V roce 1989 se v České republice snížil jejich počet o 6%, v Rakousku o 63% vzrostl, neboť tam v polovině 80. let přestal existovat numerus clausus a byl zaveden volný přístup na vysoké školy. Podíváme-li se však na absolventy, ukončilo v roce 1989 v Rakousku vysokoškolské studium necelých 9 tisíc studentů, v České republice 19 tisíc studentů. Jaké jsou příčiny? V Československu dochází existencí přijímacích zkoušek a nutností mít pěkné vysvědčení ze střední školy k výrazné selekci uchazečů ještě před vstupem na vysokou školu, v Rakousku může studovat každý. U nás nedochází k duplicitním zápisům (studium part-time, popsané výše). Navíc v zahraničí (a Rakousko v tom není rozhodně žádnou výjimkou) se počty studujících zvyšují ještě tím, že mladí lidé, doma finančně zabezpečení, studují mnohem déle. Není žádnou výjimkou, že obory, které se v zahraničí studují oficiálně 10 semestrů, studují někteří studenti 15-18 semestrů, přičemž dlouholetý průměr hovoří o tom, že pouze 50% studium dokončí. Oficiální rakouské statistiky z roku 1979 uvádějí, že např. absolventi oboru farmacie studují místo plánovaných 9 semestrů v průměru 14,3 semestru, obor informatiky 11,4 semestry, architekturu dokonce 15,7 semestru. Údaje zveřejněné v roce 1990, tedy po jedenáctiletém odstupě, uvádějí, že délka informatiky již činí 12,5 semestru, strojírenství místo 10 semestrů 13,9 semestru, elektroniky 15,8

semestru a architektury dokonce 18 semestrů. Z těchto údajů tedy vyplývá, že se skutečná délka studia v Rakousku stále prodlužuje. Vyšší počet studentů vstupujících na školy bez omezení nemusí tedy znamenat více absolventů.

Opravdu tedy máme - ve srovnání se světem - málo vysokoškolských studentů?

Lze tedy jen doufat, že v období vše ovlivňující tržní ekonomiky budou změny v českém vysokém školství prováděny na základě hlubokých kvalitativních srovnávacích analýz a nikdo nepožene naše vysoké školství za chimérou statistik, které někdo nepoučeně interpretuje.

Přejato z "Horké linky RUK", č. 13/93.



OBÁVAM SE, PÁNŮVĚ, ŽE ZATÍMCO MY  
MÁME STUDENTŮ MÁLO, ONI UŽ NÁS  
MAJÍ DOST!

## UK students offered Czech medical training

Richard Tranter

*Clegg Scholar, BMJ Volume 307 4 September 1993*

Disappointed students who have failed to gain places at medical schools in Britain are being offered the chance to study medicine in the former Czechoslovakia. As a way of earning hard currency five universities in the Czech and Slovak Republics have set up medical courses taught in English specifically for foreign students.

Hekmat Kaveh of Trans World Education, which is marketing the Czech courses in Britain, says that Britain has been selling its medical education to foreign students for years and sees no reason why his own country should not do the same.

Places are still available for courses beginning offered in October. Students with the necessary A levels - Mr Kaveh suggested three B grades in the sciences or maths - are required to sit an entrance exam to be held in September at Abbey College in Malvern, where Trans World Education is based. Candidates will also be interviewed by professors from the Czech universities.

The college looks favourably on applications from mature candidates considered too old by medical schools in the United Kingdom. Those who lack sufficient qualifications can apply to attend a year's foundation course at Abbey College to prepare them for the entrance exam. The course, which costs £9900, includes accommodation, food, and books, and comes with the guarantee of a place at a Czech medical school the following year. The first year's intake has just sat the entrance exams; all seven have passed and are due to leave for former Czechoslovakia in September. A further four British students have already spent a year in the republics.

A Czech medical degree has limited recognition with the General Medical Council and, provided that they could pass the Professional and Linguistic Assessment Board's (PLAB) exam, graduates could practise in the United Kingdom. Mr. Kaveh hopes that his country will soon gain full membership of the European Community, which would mean that Czech trained doctors could practise in the United Kingdom without sitting the linguistic exam.

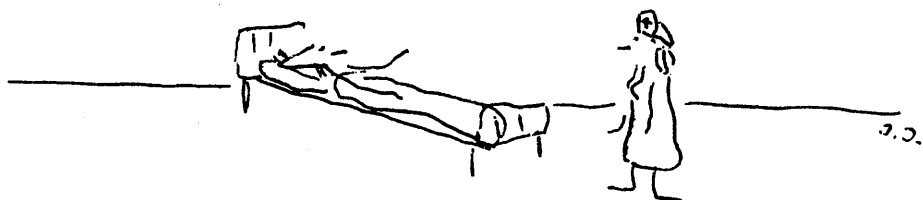
About 200 places are available to English speaking students in former Czechoslovakia, the most prestigious - and expensive - being at Charles University in Prague.

The first three years of the course are spent covering the basic sciences and

preclinical subjects, with lectures in English and Czech run in tandem. As part of the course foreign students are also taught Czech and Mr. Kaveh is confident that they will have mastered the language in time for their clinical work.

Such confidence is not echoed by Querish Vanot, who has already spent a year in Prague. The two hours of lectures a week he has on the language have taught him little. Having separate lectures and living in a hostel for foreign students means that he has hardly mixed with his Czech counterparts. Querish has moved out of the hostel and plans to take private language lessons because he is anxious about how he will cope on the wards.

Querish was never offered a place to study medicine in the United Kingdom, and although his A level grades, a B and two Cs, were good enough for a place to study pharmacy at King's College, he was desperate to become a doctor.



MÁTE ZLATÉ RUCE, SESTRÍČKO. KDYBYCH  
BYL MLADŠÍ, HNED BYCH VAŠ O JEDNU  
POŽÁDAL. . .

# SESTRÍČKY

## Domácí péče - Home Care ve FNKV

Eva Šiplová  
hlavní sestra FNKV

*Home Care, uznávaný typ péče o nemocné v zemích, kde zdravotnická péče je na vysoké úrovni. Péče v domácím prostředí, školenými sestřičkami, vybavenými veškerými pomůckami. Zní to neuvěřitelně, když si představíme, že nemocný např. v Holandsku, po fraktuře krčku, se společně s rodinou rozhodne doléčit a rozrehabilitovat svůj po operační stav doma. Oznámi toto své rozhodnutí agantuře a rozběhne se mnoho infomrací a příkazů, vše motivováno pohodlím nemocného. Do domácnosti je ještě před příchodem nemocného instalováno polohovací lůžko, objednány jsou rehabilitační pracovnice, zdravotní sestra, společnice pro chvíle klidu nemocného, domluveno je zapůjčení veškerých pomůcek, rodina má k dispozici všechny kontakty... Nechci vypočítávat všechny výhody, a ani to není smyslem následujícího textu. Chci vás, čtenáře, především seznámit s tím, co to je, když se řekne Home Care v naší FNKV.*

*Všechno začalo asi před dvěma lety, kdy si několik sestřiček začalo vymýšlet, jak by taková privatizace sesterské profese mohla vypadat. Jak asi by vypadalo spektrum nemocných, kteří by rádi využili péči doma, jak by měla být taková služba vybavená, jakou asi by měly mít sestry kvalifikaci. Vtip je v tom, že tato fáze uvažování probíhala bez znalostí praktik Home Care v cizině. Měly jsme tehdy pocit, že vymýšlíme novinku. Po seznámení se s paní Mgr. Marií Šamánkovou ze zdravotnické školy v Ruské ulici vzaly však naše úvahy rychlý obrat. Seznámily jsme se se zkušenostmi ze světa, přihlásily se do kursu v Domácí péči, projednaly celou věc s ředitelstvím FNKV a výsledek se dostavil. Od prosince 1993 funguje v naší nemocnici stanice Domácí péče! Má mnoho dětských nemocí, ale je tady a při tom ve velmi zajímavé variantě, funguje při nemocnici a zkracuje dobu hospitalizace. Při zrodu celé věci byla důležitá absolutní podpora paní ředitelky, které se nám dostalo.*

*Požádala jsem proto hlavní sestru FNKV, aby pro tento článek poskytla text, který bude publikován ve zpravodaji FNKV. Dejme tedy slovo paní Evě Šiplové.*

*Milica Sklenčková*

Samostatné stanice Domácí péče ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady vznikla teprve nedávno, přesto pokládám za vhodné seznámit čtenáře VNR s průběhem jejího krátkodobého působení.



Myšlenkou zavedení Domácí péče při FNKV se vedení nemocnice a zdravotničtí pracovníci začali zabývat již počátkem roku 1993, když nabývala vrcholu potřeba vyplnit "hluché místo" - chybějící článek v péči o pacienta - mezi nemocniční intenzivní léčbu a rekonvalescenci. Je všeobecně známo, že pacienti, kteří se mohou doléčovat doma, je možno v mnoha případech propustit z nemocničního ošetřování dříve než je dnes pravidlem, a to právě za předpokladu, že u nich bude zajištěna domácí ošetrovatelská péče.

Díky obětavému úsilí a přístupu především vrchní sestry II. interní kliniky pí. Sklenčkové, dále staniční sestry neurologické kliniky pí. Kavalírkové, kolektivu sester se zájmem o práci v Domácí péči a také díky pochopení a aktivní pomoci ředitelky FNKV MUDr. Roithové mohl vzniknout projekt "HOME CARE ve FNKV" a dostat svoji zcela konkrétní podobu.

Ve FNKV je tedy od ledna 1994 zahájen plný provoz samostatné stanice Domácí péče.

Tato stanice bude poskytovat plně kvalifikovanou ošetrovatelskou péči nemocným v jejich domácím prostředí, především nemocným propuštěným z nemocničního ošetřování, kde se s tímto typem péče bude počítat k jeho doléčení. Cílem sester stanice Domácí péče je navázat bezprostřední kontakt s nemocným a celou jeho rodinou, uspokojit bio-psycho-sociální potřeby nemocného. Očekáváme zkrácení hospitalizací, menší ekonomickou náročnost, a na druhé straně zlepšení kvality života v nemocnici u našich pacientů, poskytnutí péče v ideálním domácím prostředí, zapojení členů rodiny do péče i samotného pacienta, aby získal pocit sebeuplatnění, zlepšování a podporování jeho samostatnosti. Při poskytování domácí péče má nemocný pocit bezpečí, uchovává si svobodu v rozhodování a osobní nezávislost. Zanedbatelná není ani preference a zájem rodin pacientů pečovat o nemocného doma, zejména chronicky a terminálně nemocného. V neposlední řadě pak i provedení kvalifikovaných zdravotně-ošetrovatelských výkonů indikovaných lékařem.

Tuto dosud málo využívanou péči hradí Všeobecná zdravotní pojišťovna a stanice Domácí péče ji také bude VZP samostatně účtovat jako výkony. Zřejmě proto, že tato služba pacientům ještě není zdaleka tak plně rozvinuta jako v západních zemích - zejména pak ve Švýcarsku, rezervy ve financování této činnosti ze strany VZP jsou veliké. Současný bodový systém v Sazebníku zatím dostatečně nevyhovuje Domácí péči, neboť nepokrývá všechny úkony a především zvýšenou potřebu času k ošetření v domácím prostředí. Rovněž tak v Sazebníku není řešen problém a potřeba nočních služeb (návštěv) a služeb o sobotách, nedělích a svátcích. Přesto si dovoluji citovat ze str. 12 Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami - "pokud je proveden výkon neuvedený v Seznamu výkonů, zdravotní pojišťovna ho uhradí za předpokladu, že revizní lékař uzná jeho odůvodněnost v zájmu zdraví pojištěnce".

Ráda bych také upřesnila a zdůraznila, že Domácí péče ve FNKV není službou sociální a pečovatelskou (prosím nezaměňovat), avšak stanice bude se sociální službou a pečovatelkami v kontaktu. Domácí péče bude poskytována na základě smlouvy mezi stanicí (staniční sestrou) a ošetřujícím lékařem, který je plně zodpovědný za ordinace vymezení péče v propouštěcí zprávě. Stanice bude také v kontaktu s rehabilitačním pracovníkem, sociální a dietní sestrou FNKV. Stanice bude rovněž kontaktovat příslušného praktického lékaře a informovat ho o zavedení Domácí péče u toho kterého pacienta. Počítá se i s časovou limitací Domácí péče (uvažuje se o 1-3 týdnech) a bude zahrnovat převážně skupiny nemocných na obou interních klinikách a klinice neurologie, onkologie a ortopedie.

Ošetřující lékař avizuje stanici Domácí péče 2-3 dny před plánovaným propuštěním zájem o tento typ péče. Sestra navštíví oddělení, ošetřujícího lékaře a na místě dojedná množství požadovaných výkonů, způsob ošetřování a frekvenci. Navštíví i nemocného a event. kontaktuje jeho rodinu.

Ošetřující lékař v propouštěcí zprávě uvádí následující náležitosti:

- ordinace Domácí péče na dobu:.....
- co se má ošetřovat a jak, případně jaká vyšetření, jaké odběry a v jakých termínech, jaká frekvence ošetřování
- uvede kontakt na sebe (tj. na ošetřujícího lékaře), jméno a telefon, v mimopracovní době ambulance a telefon.

Domácí péči ukončuje zase příslušný ošetřující lékař, a to zpravidla po ambulantní kontrole nemocného. Při ambulantních kontrolách lékař písemně ukončuje domácí péči, v případě prodloužení uvádí, na jak dlouho. Toto praktickému lékaři oznamuje stanice Domácí péče FNKV.

V průběhu domácí péče sestra informuje lékaře o výsledcích kontrolních odběrů, změnách stavu nemocného a kontroluje s lékařem další plán ošetrovatelské péče.

Ráda bych touto cestou poskytla i informace, které se také přímo týkají stanice Domácí péče - její činnosti, organizační začlenění ve FNKV, personální obsazení apod.

Celá stanice Domácí péče ve FNKV je organizačně i metodicky v podřízenosti hlavní sestry FNKV jako samostatné nákladové podstředisko v útvaru hlavní sestry. Dispečink stanice sídlí v pavilonu S - suterén, telefon 6 716 2717, záznamník po dobu 24 hodin (domácí telefon 2717).

Domácí ošetrovatelskou péči poskytují kvalifikované zdravotní sestry s věkem nad 25 let s nejméně 3 letou praxí u lůžka v nemocnici III. typu. Všechny absolvovaly krátkodobé praxe na příslušných odděleních naší nemocnice - neurologie, kožní, rehabilitace, onkologie.

Z celkového počtu zatím 4 sester je 1 staniční sestra, dvě sestry jsou absolventkami kurzu domácí péče při IDV Brno - management pro domácí péči,

v současné době se tři sestry zúčastňují pomaturitního studia při SZŠ Ruská ul. v oboru "HOME CARE", dvě sestry jsou sestrami specialistkami v oboru ARIP a Ošetrovatelská péče o dospělého nemocného.

Všechny sestry ještě projdou kursem pro práci s počítačem, zdokonalují se v jazycích, počítá se se zavedením počítačové techniky na stanici. Pracoviště sester je v terénu, pracovní doba je prozatím v denních službách. Stanici Domácí péče FNKV vede zkušená staniční sestra pí. Milada Nováková a řídí práci prozatím 3 sester. Po zavedení vícesměnného režimu se stanice rozšíří na 6 - 8 sester.

Veškerá dokumentace stanice Domácí péče FNKV včetně ošetrovatelských plánů, anamnéz a ošetrovatelských diagnóz je vedena jejími sestrami a staniční sestrou .

Je reálný předpoklad, že stanice bude rovněž schopna poskytovat nadstandardní služby pacientům (za spoluúčasti finanční úhrady pacientem), což samozřejmě bude především záviset na počtu sester na stanici.

Výsledky léčby budou pravidelně konzultovány v týmu FNKV pro zvyšování kvality (Q tým) a následně vyhodnocovány ve spolupráci s jinými stanicemi Domácí péče v nemocnicích Most, Příbram a Pardubice.

Součástí služeb poskytovaných stanicí Domácí péče je i výpůjční služba (zatím je v začátcích) pro zájemce z řad nemocných nebo jejich rodin - půjčování zdravotnických pomůcek za poplatek - od podložních mís až po nemocniční lůžko (k dispozici je i polohovací). Stanice bude spolupracovat s fi. MEDIANA, která je umístěna v přízemí pavilonu H a zabývá se prodejem velkého množství druhů pomůcek pro pacienty (v případě, že stanice nebude mít k dispozici k zapůjčení požadovanou pomůcku pacientem nebo rodinou)

Stanice poskytuje tyto typy výkonů :

- podávání léků a kontrola jejich užívání
- aplikace parenterální terapie, i.d, s.c, i.m a i.v ( v Domácí péčipracují i sestry specialistky)
- nácvik aplikace inzulinu
- převazy kožních defektů, dekubitů, bércových vředů
- komplexní toaleta a hygiena nemocného
- péče o stomie, prevence dekubitů
- péče o výživu a hydrataci
- péče o stolici, klysmá
- péče o permanentní katetry, cévkování
- odběr krve žilní, kapilární
- odběr dalších biologických materiálů
- vyšetření glykemie glukometrem

- měření TK, TT, TF
- čištění, případná výměna tracheální kanyly
- pohybová léčba, reedukace ležícího, chodícího nemocného, kontrola soběstačnosti
- psychoterapeutický pohovor, kontrola dodržování léčebného režimu
- kontakt s dietní sestrou FNKV
- kontakt se sociální sestrou FNKV
- kontakt s rehabilitačním pracovníkem FNKV
- kontakt s psychologem ve FNKV

Závěrem celé zprávy bych chtěla zdůraznit, že k dobré práci sester v domácí péči nestačí jen kvalitně provádět ošetrovatelskou péči, sestra musí mít i osobní předpoklady a charakterové vlastnosti, od činnosti sebeovládání, tolerance, schopnost empatie, až po komunikaci s pacientem a rodinou, musí umět naslouchat, získat si důvěru, ale také nebát se hovořit o vážných zdravotních problémech s pacientem nebo umět správně zhodnotit zdravotní stav nemocného.

Proto přeji celé stanici Domácí péče při FNKV hodně úspěchů a potěšení z práce o to víc, že tento typ péče o pacienta je zcela nový, ve FNKV dosud nepoužívaný.

Věřím, že práce této stanice bude prospěšná jak pacientům tak i FNKV a bude vykonávána ke spokojenosti všech zainteresovaných stran.

# ETIKA

## K čemu jsou etické komise?

Jiří Šimek

Při 3. lékařské fakultě a při Fakultní nemocnici Na Královských Vinohradech pracuje etická komise od začátku roku 1991. Její vznik, podobně jako vznik ostatních etických komisí, byl iniciován ministerstvem zdravotnictví (za ministra MUDr. M. Bojara), této akci předcházelo založení Centrální etické komise při ministerstvu.

Etické komise v současné době existují při většině větších nemocnic civilizovaných zemí. Jejich posláním by mělo být získavata popularizovat informace z oblasti lékařské etiky, iniciovat diskuse na různá etická témata, upozorňovat na nedostatky v práci zdravotníků z morálního pohledu, sledovat ze svého hlediska plánované i prováděné výzkumy ve svém okruhu. Jsou poradním orgánem svého zřizovatele i všech, kdo se zajímají o morální problémy v medicíně. Jde o instituce relativně nové, které všude na světě narážely a mnohde ještě narážejí při svém rozvoji na řadu problémů. Proto je vhodné čas od času na jejich existenci upozornit a zamyslet se nad tím, jaké překážky stojí v cestě jejich plného využití.

Základní problém práce etických komisí spočívá v tom, že členové komise sice mohou provokovat různé diskuse, vyjadřovat se k různému dění v nemocnici či na fakultě, protože ale nedisponují žádnými vlastními pravomocemi, jsou jejich členové ve skutečnosti při své práci závislí na zájmu okolí a na tzv. společenské objednavce. Pokud jejich spolupracovníci necítí potřebu využít odborných znalostí a zkušeností členů komise při řešení etických dilemat, na která narážejí, omezuje se činnost etických komisí na potvrzování souhlasu s navrhovanými výzkumnými studiemi a potvrzování žádostí o grant. To je sice důležitá součást práce etických komisí, zdaleka ale nenaplnuje jejich poslání.

Lékař, ať již si to uvědomuje nebo ne, musí při své práci s nemocnými řešit řadu problémů, odborných i jiných, přitom se většinou nemůže vyhnout ani řešení nejrůznějších dilemat etických. Mezi etické problémy patří otázky typu:

- jak naložit s informacemi, které zdravotník získává při práci s nemocnými;
- jak informovat nemocného a jeho příbuzné;
- zda a komu sdělit náhlé zhoršení stavu pacienta;
- co s nemocným, který odmítá léčebný či diagnostický výkon;
- kde jsou meze využití technických pokroků v medicíně apod.

To vše sice rámcově řeší (u nás často i neřeší) právní řád, zákonem lze ale pouze stanovit určité, poměrně široké mantinely, zbývá ještě mnohé, co je věcí domluvy lékaře a pacienta a co je především morálním problémem.

Lékařská etika, jakožto disciplína těsně spjatá s filosofií, naráží v naší posttotalitní společnosti na jednu obtíž. Filosofii málokdo z nás považuje za "královnu věd", v očích mnohých byla hluboce zdiskreditována. Marxistická zideologizovaná filosofie se neosvědčila, přístup k ostatním filosofickým směrům, zvláště v jejich moderní podobě, byl velmi ztížen, většinou i znemožněn. Podobný osud stihl i sociologii a právní vědu. Protože ale přemýšlivý člověk hledá moudrost v každé době, sahali jsme často k tomu, co jsme znali a co bylo možné (a dovolené) použít, to jest k psychologii. Tak jsme mimoděk psychologizovali všechny problémy, které jsou v kompetenci humanitních věd, a nenaučili jsme se rozlišovat, které problémy jsou psychologické a které filosofické, sociologické či právní povahy.

Stává se nám proto, že odpověď na otázky spadající do okruhu lékařské etiky hledáme tam, kde jsme více zdomácněli, tedy v psychologii, a neumíme využít možnosti, které nabízejí ostatní humanitní vědy. Etické komise se nám pak jeví jako přebytný orgán, zbytečně konkurující již léta v nemocnici fungujícím psychologům. Tak přehlédneme, že při zavádění etických komisí nejde jen o hledání nových témat a uplatnění pro další odborníky v medicíně, ale především o nabídku možnosti podívat se na práci lékaře z jiného úhlu a z většího odstupu, a tím usnadnit řešení problémů, před kterými lékař stojí, a které musí řešit, ať již je jako morální dilemata vnímá nebo ne.

Rozhodnutí, jak se v určitých složitých situacích zachovat, není totiž jen věcí vágního morálního citu nebo svědomí zdravotníka. Rozvoj humanitních věd v posledních dvaceti letech přinesl i určitý soubor vědomostí a metodické postupy, použitelné při rozhodování. Teprve na jejich základě může být výsledkem úvahy lékaře kvalifikované rozhodnutí. Jestliže vím, že nemocný trpící rakovinou prochází několika stadii vývoje psychického stavu a že jen v některém z nich je přístupný debatě o své diagnose, snaže se rozhoduji, co a kdy mu říci, než když o jeho možných prožitcích nevím nic. Pokud při řešení etických dilemat zvažuji problémy kompetence nemocného (který nemocný je kompetentní, jaké jsou podmínky jeho kompetence, čím lékař pomáhá či překáží kvalifikovanému rozhodnutí nemocného?) a jsem si vědom, že základní etické principy (např. beneficence a nonmaleficence) se snadno dostávají do sporu (např. při rozhodování o amputaci končetiny), jsem schopen ve svém rozhodnutí toto vše zohlednit a učinit je kvalifikovanějším. Lékař, který o všech těchto problémech nebyl poučen, prostě improvizuje, se všemi důsledky improvizace.

Existuje řada sporných témat, která nelze oddiskovat u "zeleného stolu". (Např.: Jak se zachovat k nemocnému, který odmítá krevní transfúzi? Jak se postavit k problému dysthanasie nebo k požadavku na euthanasii? Jak řešit etické

problémy spojené s asistovanou reprodukcí?) Lékaři, filosofové i právníci se v názorech často dosti liší. Zde je potřeba dosáhnout určitého celonárodního konsensu. Vedle veřejné diskuse k těmto tematům můžeme využít i toho, že mnohé problémy byly v západních zemích již prodiskutovány před lety. Když víme, jak tam diskuse probíhaly a k jakým závěrům se dospělo, budeme se snáze rozhodovat i my.

Pokud se týká dosavadní skutečné agendy etické komise při FN KV a 3. LF UK, největší díl naší práce připadá na vyjadřování se k zamýšleným výzkumům (a vydávání či potvrzování příslušných dokumentů). Různé instituce ve světě - a nyní již i u nás (grantové agentury, vydavatelé odborných časopisů) - vyžadují stanovisko příslušné etické komise k designu zamýšleného či provedeného výzkumu dříve, než rozhodnou o přidělení grantu, publikování odborného textu apod. Proto se i naše etická komise k různým zamýšleným i prováděným výzkumům vyjadřuje.

Žel, ačkoliv jsou členové etické komise připraveni konzultovat i mnohé jiné etické problémy každodenní medicínské praxe, jak se při práci s nemocnými objevují, v tomto směru nám nikdo otázky neklade. Setkali jsme se s otázkou, do jaké míry je etická komise schopna ochránit lékaře před právními důsledky jeho rozhodnutí. Když jsme připustili, že tuto ochranu nemůžeme zaručit, že v etickém rozhodování více než právo jde o otázku svědomí a dobré domluvy s nemocným, postavené na rozhodování v souladu s morálkou, zájem o konzultaci zmizel. Zřejmě naši lékaři nedoceňují možnosti, které jim lékařská etika nabízí pro jejich rozhodování. Proto považují za nutné upozorňovat nejen na existenci etické komise, ale i na možnost konzultovat zde problémy, které jsme si až dosud řešili každý sám. (Jde především o otázky vztahu mezi zdravotníky a pacienty, o uplatňování práv nemocných, jak byla v současné době kodifikována, o problém odmítání léčby některými nemocnými, jako je odmítání potřebného chirurgického výkonu nebo krevního převodu Jehovovými svědky, a zodpovědnost lékaře v této souvislosti, o otázku pokračování či přerušení intenzivní léčby v závěru života, způsob zacházení se zemřelými atd.)

Jak již bylo naznačeno, etická komise nemá žádné pravomoce, je orgánem iniciačním a poradním. Jde o skupinu lidí, kteří se zajímají o etickou stránku práce zdravotníků. Sbírají informace z této oblasti, diskutují o nich, nabízejí svou pomoc. Nechtějí nikoho skandalizovat ani nikomu poroučet. Chtějí pomoci svým kolegům, aby jejich rozhodování zohledňovalo všechny problémy současné morálky v medicíně, a tak dávalo jistotu čistého svědomí, jak před sebou, tak i tvář tvář nemocnému.



## KDO CHCE POMÁHAT DRUHÝM, MĚL BY ROZUMĚT SÁM SOBĚ

Doc. PhDr. Pavel Říčan  
*Psychologický ústav AV ČR*

Ten, kdo chce lidem sloužit, ať už po tělesné, duševní nebo duchovní stránce, většinou souhlasí, že by je měl znát, že by jim měl rozumět, aby věděl, jak oni cítí a myslí, po čem touží, co potřebují, případně proč a jakým způsobem škodí druhým i sobě. Že k pomáhání druhým potřebujeme dobře znát i sebe samy a sami sobě rozumět, to už není tak samozřejmé.

A přece je tomu tak! Potřebujeme znát svá slabá místa, na která si musíme dávat pozor. Když například jednáme s lidmi z jiné sociální vrstvy, máme k nim možná nezdravý, snad až štítivý odstup, který těžko překonáváme a který nám ve službě značně překáží. Oni mohou mít úplně jiný hodnotový systém než my, třeba žijí jen dneškem (jako Romové), nebo mají odlišnou sexuální morálku, se kterou nesouhlasíme, a pro tento nesouhlas možná zapomínáme, že máme jiný, přednější úkol než přesvědčovat je o tom, že jejich morálka je špatná. - Na druhé straně si někdy neuvědomujeme vzácnost svých darů, např. můžeme mít přirozený, spontánní zájem o lidi, takže je pro nás potěšením s nimi být, máme s nimi trpělivost, vydržíme jim naslouchat - a ani si neuvědomujeme, jak je to výjimečné a cenné.

*Naše sebepoznání* je omezeno jednou velmi významnou skutečností:

My se ve svém jednání necháváme vést řadou motivů, potřeb, impulsů, představ a přání, kterých jsme si vědomi jen částečně, a někdy dokonce vůbec ne. Tyto motivy pak působí přesto, že o nich nevíme, dokonce tím záluďněji. Některý člověk má například ke svým blízkým nebo i k těm méně blízkým silné nepřátelské, nenávislné pocity, které si naprosto nemůže přiznat, protože by to nesnesla jeho sebeúcta. Zatlačí tedy tyto pocity do nevědomí, dusí je v sobě, odborně řečeno, vytěsni je. Ale ony působí všelijakými postranními cestami. Takový člověk může mít pocit viny - a neví proč. Věčně se nám omlouvá za všelijaké maličkosti, až je nám to trapné, a pak nám jednou, aniž si to uvědomí (!), nehorázně ublíží.

U druhých lidí si často všimneme, že s nimi po této stránce něco není v pořádku. Řekneme například o někom, že "neví, co chce". Jindy nemůžeme pochopit, jak naši bližní jednají protismyslně, hloupě, ačkoli jinak projevují výbornou inteligenci. Vysvětlení bývá právě v tom, že jednají podle motivů, které si sami neuvědomují. Ale i o sobě samých někdy zjistíme, že jsme se v

sobě mylili, že jsme nerozuměli svým citům nebo dokonce že jsme sami sobě lhali, abychom si usnadnili život nebo abychom si mohli zachovat příjemné iluze o svém charakteru.

Existence nevědomé vrstvy našeho duševního života, oněch temných sklepení duše, je důležitá i pro naši službu potřebným, trpícím a ohroženým. Na vědomé rovině svou službou uskutečňujeme krásné a ušlechtilé ideály, ale zároveň se nám do toho na nevědomé rovině mohou plést všelijaké postranní, více či méně sobecké pohnutky, pocity a přání, které nám v této práci překážejí nebo ji znehodnocují, takže někdy místo abychom pomohli, naopak ublížíme.

Problémem bývá *soucit*. Lidé, kteří dobrovolně slouží trpícím, bývají často velmi soucitní. Samozřejmě, soucit s utrpením je ušlechtilý cit. Pokud ovšem vede k činům. Soucit, který nejedná, rychle degeneruje v sebeuspokojující sentimentalitu. (To je obecný poznatek jak teologický, tak psychologický: Jednání nebo nejednání mění - někdy velmi rychle - naše myšlení i citění, naši povahu i charakter.) Takové soucitné rozněžnění je falešné, jen zastírá před námi samými vlastní sobectví. Ale i když je soucit čínorodý, je otázkou, jestli o něj ten druhý stojí. Mnoho lidí chápe soucit jako degradaci: "Takový chudák, abyste mě litovali, zase nejsem!" - Zdravotníci musí být schopni soucitu, ale nesmějí se z něj hroutit. Sestra v nemocnici musí ovládnout svůj soucit k dítěti, které trpí bolestí, nesmí se rozplakat. Zralý zdravotník dokáže soucítit a přitom jednat, jak je třeba. To někdy znamená být tvrdý a způsobit třeba pacientovi při nějakém vyšetření i nevyhnutelnou bolest, aby mohl být správně léčen.

Dalším motivem k práci s lidmi je *zvědavost*. Zvědavost je výborná lidská vlastnost. Například vědec bez zvědavosti by se daleko nedostal. Práce s lidmi vyžaduje přiměřenou zvědavost. Když vás nějaký člověk nezajímá, nezapamujete si jeho jméno, jeho problémy, jeho rodinné poměry. Lidé, kterým v dobrovolné službě pomáháme, bývají pro nás velmi zajímaví svými rodinnými vztahy. Mnozí z nich prodělali něco, co nám je velmi vzdálené, uskutečnili ve svém životě nějakou možnost, která by i nás lákala, ale ke které nám scházela odvaha nebo nám v ní zabránil zdravý rozum. A pak se třeba takového člověka vyptáváme na něco, co nepotřebujeme vědět k tomu, abychom mu pomohli, ale co nás osobně zajímá. Přitom si namlouváme, že taková informace je důležitá, a v tom se klameme. Pamatujte: Každá zbytečná otázka škodí.

Jsou lidé, kteří druhým slouží převážně z *povinnosti*. Někteří z nás mají v sobě - jako výsledek křesťanské výchovy - hluboce vštípený pocit povinnosti: co se nemá a co se naopak má. Pomáhat lidem je obecný charitativní motiv, častokrát zmíněný v Bibli. My to slyšíme, věříme tomu a upřímně chceme také takoví být. Povinnost však může být tíživá. Mně se třeba vůbec nechce, ale vím, že nějaký člověk v dané chvíli mou pomoc nutně potřebuje, tak mu ji poskytnu. Pokud si to plně uvědomím, pokud si přiznám, že nepomáhám z lásky, protože láska tu momentálně není, pokud přijmu tuto svou slabost, je vždycky naděje,

že pravý motiv se dostaví, v pomoci najdu zalíbení, dostanu k ní chuť a objeví se i činnost, obětavá láska. Zůstává otázka, do jaké míry má člověk sám sebe k té či oné službě nutit; jsou věci, které se - dělány z pouhé povinnosti - nedaří.

Horší variantou pomáhání z povinnosti je *skutkařství*. Skutkař si myslí, že si svými dobrými činy něco zaslouží. Přitom může z Bible dobře vědět, že je spasen z pouhé milosti a na požádání to správně odřká, jenže cítí to jinak a je na svou dobrotu skrytě pyšný - člověk dovede být ostatně pyšný třeba i na pokoru, se kterou slouží, a je to pýcha neobyčejně houževnatá. Ruku na srdce - stále znovu se při ní přistihujeme.

Dalším motivem ke službě druhým bývá *osobní neštěstí*. Člověk, který má, jak se říká, zlomené srdce a neví si rady se svými problémy, člověk, který se nějak zamotal ve svém vnitřním životě nebo mu ho zamotali druzí, hledá někdy východisko v tom, že se obětuje a pomáhá druhým. To není nejhorší způsob, jak si pomoci v tísní. Nemůže být každý jako Albert Schweitzer, který rozdával z přebytku svého osobního štěstí. V charitativní práci může člověk najít duševní rovnováhu, kterou ztratil nebo kterou možná nikdy neměl. Není to nic špatného a jsme-li na tom takhle, je dobře o tom vědět, přiznat si to, nenalhávat si ušlechtlejší motivy.

Ve službě hledáme často i východisko z *osamělosti*. Ten, kdo má málo osobních kontaktů a nedovede si je vytvořit v normálním společenském životě (mimořádně - v naší církvi to někdy bývá kupodivu dost těžké), má tady příležitost najít srdečné vztahy se spolupracovníky - a také s těmi, kterým slouží. Jenže tady číhá zvláštní nebezpečí. Můžeme se nabízet za přítele nějakému svému klientovi, který o to nestojí, ale neodmítne nás, protože je silně závislý na naší službě. Toto nebezpečí dobře znají psychoterapeuti, kteří jsou v pokušení hledat lidskou blízkost, která jim jinak chybí, ve vztazích s pacienty. Když normálně navazujeme přátelské vztahy, bereme na sebe riziko, že budeme odmítnuti. Nabídnout přátelství znamená otevřít se, nějakým způsobem říci: "Stojím o tebe", a snést, když odpověď - třeba velmi ohleduplná - zní: "Ale já o tvé přátelství nemám zájem". Tohle nám klient zpravidla neudělá, ale my té jeho závislosti nesmíme využívat. Je samozřejmě možné, že se klient, nebo dokonce i psychoterapeutický pacient, časem změní v rovnocenného přítele, se kterým budeme trávit mnoho volného času, ale je to výjimečné. - Není nic špatného na tom, když osamělý člověk hledá lidskou blízkost u těch, kterým pomáhá, měl by si ale přiznat, i když je to pro někoho velmi trpké, že je osamělý, opuštěný.

Snad všichni si víceméně libujeme v pocitu *vlastní důležitosti*, ať už více nebo méně oprávněně. A v charitativní práci mohou tento pocit hledat lidé, kteří strádají jeho nedostatkem. Někdy se z toho vyvine spasilský komplex, dojem, že jsem nepostradatelný, že nesmím nikoho odmítnout. Jsou lidé, kteří se dovedou ve službě doslova uštvat a trpí tím jak kvalita jejich práce, tak jejich

duševní i tělesná kondice. Zkušený a vyrovnaný charitativní pracovník bez spasitelského komplexu (opět podobně jako psychoterapeut nebo duchovní) ví, že je obyčejně jen málo těch, kteří nenajdou pomoc jinde, když on sám je pro nedostatek času a sil odmítne, ale že je mnoho těch, kterým může uškodit, když se snaží jim pomoci a sám je v duševním a tělesném stresu.

S honbou za pocitem vlastní důležitosti často souvisí *nedostatek sebeúcty*, známý *komplex méněcennosti*. Zejména mladý člověk, který má málo životních zkušeností a neví, jestli se vůbec v životě uplatní a jestli najde někoho, kdo ho bude mít rád jako partnera, trpívá tímto komplexem - pojištěn proti němu ovšem není nikdo. V charitativní práci lze hledat zvýšení sebevědomí a sebeúcty nezdravým způsobem: Tady máme často co dělat s lidmi, kteří jsou zaručeně ubožejší než my, nad které se můžeme cítit povzneseni a povýšeni, se kterými se můžeme jednat blahosklonně, kterými můžeme dokonce více či méně vědomě a více či méně otevřeně pohrdat - což je pro většinu lidí příjemný pocit. Pohrdání je ovšem pro lidské vztahy tím, čím pro tělo rakovina, otráví všechno.

Motivem ke službě lidem může být konečně i *panovačnost*. Dobrá slovní hříčka a pomůcka pro zapamatování: neplést si sám u sebe touhu pomoci s touhou po moci! Touha po moci, touha ovládat druhé, je - jak dnes dobře víme mimo jiné zásluhou slavného psychologa Adlera - daleko rozšířenější, než lidé přiznávají a než si uvědomují. Je to motiv tak silný, že mu bývá podřízen i ekonomický zájem nebo erotika: Lidé posedlí mocí mívají milostné kontakty nikoli z lásky, ale proto, aby jejich prostřednictvím někoho ovládali. Pocit moci, kterou nad klienty míváme, nám dělá dobře, ale znehodnocuje naši charitativní práci jak morálně, tak pokud jde o výsledky.

Pojednali jsme o *devíti motivech ke službě*, které mohou být nebezpečné zejména tehdy, když si jich - a to je časté - nejsme dostatečně vědomi. Teoretické seznámení s nimi je užitečné, ale nestačí. Je nezbytné mít někoho, s kým můžeme čas od času, v prvních letech služby pravidelně, otevřeně mluvit a radit se, kdo nás na konkrétních případech upozorní na to, jak složité city při jednání s lidmi prožíváme. A kdo v nás především povzbudí to, co má být základní silou naší služby: obětavou láskou, která je víc než nespolehlivým citem (neboť cit je vždycky nespolehlivý): rozhodným životním postojem a stále znovu přijímaným darem.

## Dostanou laboratorní zvířata šanci ?

*Richard Jelínek*

Diskuse o pokusech na zvířatech je starého data. Jedním z nejstarších dokumentů je publikace Marshalla Halla, vynikajícího neurologa a pionýra neurofyzologie, z roku 1831. Autor se v ní zamýšlí nad nutností pravidel pro experimentování na laboratorních zvířatech. Experimenty by měly být předem důkladně promyšleny nejen z hlediska účelnosti, ale též s přihlédnutím ke strádání zvířat.

Hall tehdy neměl ani tušení, do jakých gigantických rozměrů se ve dvacátém století pokusy na zvířatech rozrostou. Logaritmický trend spotřeby laboratorních savců od počátku století se jen v Anglii ustaluje v osmdesátých letech na hodnotě kolem čtyř milionů. Objevují se otázky především kolem vědecké hodnoty testování toxicity na laboratorních savcích, která je výrazně snižována druhovou specifitou toxikokinetiky, i aktivity ochránců zvířat, jež sice často nesou rysy naivní zaslepenosti, avšak ve své podstatě mají pravdu. Začíná éra vyhledávání metod, které by oficiální, legislativně zakotvené procedury mohly nahradit takovými, které by při zachování výpovědní hodnoty šetřily laboratorní savce. Pro tyto metody je ražen termín "metody alternativní". Jsou vesměs charakterizovány redukcionistickým přístupem, který naráží jednak na oprávněné námitky zkušených toxikologů, poukazujících na nesmírnou složitost savčích organismů a jejich reakcí, jednak i na průmyslová loby (především farmaceutická), jimž vyhovují dobře zavedené, byť svoji výpovědní hodnotou sporné testovací systémy.

Na základě rozboru současného stavu rozhodl bruselský direktorát (DG XI - životní prostředí) Evropské Unie pro OECD uspořádat setkání skupiny expertů, která by prověřila stav rozvoje alternativních metod v oblasti reprodukční a vývojové toxikologie a navrhla ty, jež by mohly být doporučeny k testování nově registrovaných chemikálií. Výběrem expertů a organizací tohoto pracovního setkání byla pověřena Evropská komise pro validaci alternativních metod (ECVAM).

Tak se ve dnech 22.-25. února sešlo v příjemném penzionu letoviska Angerra na břehu Lago Maggiore 15 odborníků, zastupujících jednotlivé alternativní techniky, pod vedením zkušeného Dr. Browna - vynikajícího teratologa z londýnské MRC. Sestava obsahovala hvězdy první velikosti, jako je německý teratolog Horst Spielmann, přední odborník na toxikokinetiku Heinz Nau (NSR), tvůrce tzv. "micromass" techniky, Oliver Flint (GB) a průkopník testů na nižších obratlovcích Stuart Freeman (GB). Pracovní setkání, optimalizované k nejvyššímu výkonu již celkovým počtem účastníků, bylo organizováno podle všech pravidel "brain-storming", tedy "vichření mozků", jež po několika dnech práce od slunka do slunka (ovšem podle normy letního slunovratu), zůstává na stole dokument a propouští účastníky domů zcela vyčerpané s nepřijemným pocitem, že na to všechno by bylo bývalo třeba nejméně čtyřikrát tolik času.

Úvodem byl podroben kritice návrh nové směrnice OECD pro testování chemikálií (OECD Guideline 422), který s cílem šetření počtu laboratorních potkanů navrhuje spojit v 28 denní proceduru test toxicity opakovaných dávek s toxicitou reprodukční a vývojovou. Test vypadá slibně, avšak nejsou s ním žádné praktické zkušenosti. Ověřován byl na jediné obecně cytotoxické látce - cyklofosfamidu, která je samozřejmě pozitivní ve všech systémech. Z našeho hlediska bude bezpodmínečně nutné, aby se o zavedení této procedury (případně již o její validaci) začaly zajímat všechny instituce, jež se v České republice testováním chemických látek zabývají (SUKL, VUFB, SZU, Toxila aj.). Kompatibilita s OECD je z hlediska budoucnosti nezbytná.

Po té přišly na pořad všechny zásadní nové přístupy vývojové toxikologie, od odhadu toxicity na základě chemické struktury (metoda SAR), přes kultury buněk kmenových či již determinovaných, explantované savčí zárodky, hydru a embrya nesavčích druhů. Zvláštní kapitolu pak tvořily systémy hodnotící vlivy na jednotlivé komponenty samčí a samičí fertility. Lze tak kupříkladu in vitro sledovat cílový efekt na DNA spermií či Leydigovy buňky.

Všichni jsme se shodli na tom, že zatím žádná z alternativních metod nemůže dnes plně a okamžitě nahradit test vývojové toxicity na savcích. Pouze čtyři z mnoha navrhovaných technik jsou rozvinuty natolik, že je možné začít s mezinárodní validací, to jest důkladným objektivním ověřením jejich predikční hodnoty. Jsou to : test na kultivovaných embryonálních buněčných populacích (micromass), test na zárodcích žáby (FETAX), kultivace celých embryí potkana a test na zárodku kuřete (CHEST), vyvinutý pražskou teratologickou školou. OECD bylo doporučeno, aby validaci těchto vybraných testů zorganizovala a samozřejmě i financovala v odhadovaném rozpětí čtyř let.

Na tomto významném projektu, který konečně znamená racionální krok k testování látek na vědecké bázi, má šanci podílet se i naše fakulta. V Ústavu histologie a embryologie bude letos zřízena laboratoř experimentální embryologie, zaměřená na zárodek kuřete jako ideální model pro aplikaci molekulární biologie ve složitých vyvíjejících se systémech.

# STUDENTI

## Studenti a seminární práce z lékařské etiky

Helena Haškovcová  
Ústav lékařské etiky, 3. LF UK

Stalo se dobrým zvykem zveřejňovat v časopise *Vita Nostra Revue* nejlepší práce z oboru lékařské etiky, které napsali studenti jako nezbytnou podmínku k získání zápočtu. Vybraní studenti mohou pocítit autorskou radost, ti ostatní pak mají možnost seznámit se s tím, jak odbornou práci psali kolegové. Získají tím představu, jak by měli postupovat sami.

Bývá zvykem, že studium humanitních oborů na Universitě Karlově je zakončeno diplomovou prací. Je to proto, aby se student naučil pracovat se zvoleným problémem skutečně odborně, tj. zvládl určitou naukovou část, která se problému týká, naučil se dobře bibliograficky doložit názory jiných autorů, a to jak českých, tak zahraničních, zvládl formulaci problémových okruhů a diskusi, a kultivovanou formou, úměrnou studentské práci, prezentoval buď své názory nebo výsledky (pokud práce zahrnuje experimentální část, pilotní studii či anketu). Studenti medicíny jsou jediní, kteří po dlouhou dobu nebyli nuceni k žádné písemné aktivitě a jejich odborný písemný projev pak v praxi narážel na nepoučenost a nezkušenost. Není tajemstvím, že značná část odborných publikací lékařů není přijata do tisku, nikoliv pro obsahovou insuficienci, ale pro značné formální nedostatky. Abychom usnadnili i budoucím lékařům jejich perspektivní odbornou literární činnost, zařazujeme několik let do výuky nejen přednášky "Jak psát odbornou práci", ale také požadujeme jako podmínku k udělení zápočtu seminární práci na zvolené téma. Dlužno podotknout, že situace v ostatních, tedy i vyspělých zemích je obdobná a že péče o práci s prameny a o dobrý odborný písemný projev je v centru pozornosti pedagogů.

Za relativně krátkou dobu existence povinných seminárních prací lze přece jen pozorovat zlepšení. Práce studentů jsou po formální stránce stále zdařilejší, práce s prameny, a tím i bibliografickými daty, je evidentně na vzestupu. Některé chyby však přetrvávají. Především lze konstatovat, že medicí stále málo čtou, mám tím na mysli základní dostupnou odbornou literaturu. Některé berou teprve ve 4. ročníku, a to právě v souvislosti se seminární prací, poprvé do ruky *Časopis lékařů českých* či *Praktického lékaře*. Je třeba pěstovat návyk k pravidelnému sledování alespoň těchto základních periodik. Důraz na práci s prameny je třeba klást ve všech oborech. Medicí mají jistě mnoho práce, ale spoléhání pouze na skripta jako zdroj informací je nevhodné.

Velkou a častou chybou je záměna problematiky etické za psychologickou. Zdá se, že zvolit si vhodné téma (což pokládáme za výhodu pro studenta)



pro mnohé není vůbec snadné. Někteří zůstávají na povrchu problému a nevyužívají možnosti s určitým (samozřejmě omezeným) počtem dat a faktů hledat své vlastní stanovisko nebo svůj vlastní názor. Protože k záměně etických a psychických problémů dochází pravidelně, a to nejen u mediců, bude zřejmě vhodné věnovat samostatný článek tomuto problému.

Závěrem mi dovoluje pedagogickou poznámku. Opakování je matka moudrosti. Proto jsme zavedli, resp. nabídli studentům systém, ve kterém se ze svých chyb mohou poučit. Každý student píše ve 4. ročníku dvě seminární práce, které svým obsahem mohou navazovat, nebo se naopak lišit. Jednu předkládají H. Haškovcové, jednu J. Šimkovi. Dopustí-li se student (a to je pravidlo) některých chyb v práci za zimní semestr, může se z nich poučit a v letním předložit práci, která je kvalitativně na vyšší úrovni. K tomu ovšem ve většině případů nedochází. Studenti přicházejí s oběma pracemi najednou, a to koncem září, mnozí dokonce až v říjnu. Pedagogický efekt takového počínání je bezpředmětný. Vím, že medicové mají právo zvolit dobu svých zápočtů a zkoušek. Nejsem si však jista, že v daném případě je tato volnost prospěšná.

Za dané situace lze samozřejmě pouze apelovat a nabádat studenty, aby využili času, ochoty a znalostí pedagogů a snažili se v rámci možností naučit co nejvíce. Předpokládá to přijít včas a nechat též pedagogovi čas na přečtení a na konzultaci se studentem.

Na závěr uvádím podmínky k zápočtu (seminární práci) z oboru lékařská etika tak, jak je předkládáme studentům:

1. Vyberu si jakýkoliv problém, který má etický (tj. mravní) aspekt. Učiním tak včas a využiji možnost konzultace s učitelem na semináři nebo v určených hodinách.
  2. Důkladně si zvolený problém promyslím a vyhledám alespoň dva odborné články tematizující tentýž problém, a to tak, že alespoň jeden bude v českém a jeden v jiném jazyce (anglicky, německy, rusky aj.).
  3. Napíši na 2-5 stran pojednání (rozpravu, esej, úvahu, fejeton) a prokáži, že umím pracovat s odbornou literaturou. Oba přečtené články správně bibliograficky doložím na závěr textu. Ve vlastním pojednání odliším názor svůj od názorů citovaných autorů.
  4. Práci odevzdám na slušném papíře a psanou strojem. Nezapomenu uvést jméno, ročník a kroužek.
- Budu-li respektovat tyto základní požadavky, bude práce jistě zdařilá, dostanu zápočet a budu mít radost ze svého aktivního přístupu!

## Interrupce - vražda nebo alternativa?

Viera Žabková

Fyziologické těhotenství začíná oplodněním vajíčka. Podmínkou oplodnění je zdravé vajíčko a normální složení spermatu. Impregnace, spojení oocyty a spermie, nastává ve vejcovodu, a zde pokračuje další vývoj. Od impregnace dospívá vajíčko do stadia 32 buňkové moruly za 70 hodin, blastocysta se vytváří v průběhu 4-6 dní. Transport oplodněného vajíčka do dělohy trvá 6-8 dní. Zde se usídí. V blastocystě se diferencuje povrchová vrstva trofoblast a vnitřní excentricky uložená vrstva buněk embryoblast. Z embryoblastu vzniká embryo, amniový a žloutkový váček... Po 4 týdnech má embryo délku 5 mm, vytváří se základ nervové trubice a mozku, základy trupu a končetin. Po 8 týdnech má embryo délku 40 mm, vyvíjí se hlava, nos, břicho. Po 12 týdnech má 90 mm, vyvinuté jsou prsty na končetinách, první ochlupení. Organogeneze trvá od 15. dne do 12. týdne. Od 12. týdne začíná fetální období... (6). Tehdy začíná život nového individua? Nebo je to později? Dříve? Kdy?

V okamžiku oplodnění, v okamžiku, kdy mužská spermie pronikne do vajíčka ženy, je neodvolatelně určeno, zda to bude chlapec nebo dívka, jakou bude mít nový člověk krevní skupinu, zda bude mít světlé nebo tmavé oči, vlasy. Také platí, že od oplodnění až do poslední sekundy života nebude člověk potřebovat pro svůj normální růst a vývoj nic než potravu a kyslík. Už mu nebudou přidány žádné orgány, údy, nic... Od oplodnění každý člověk existuje jako celek, i když se svojí velikostí vejde na špičku jehly. Všechno, co se děje po splynutí spermie a vajíčka, není nic jiného než zrání, podobně jako když dítě dospívá do dospělosti. Kdy je tedy embryo člověkem? Vědci dospěli k názoru, že oplodněné vajíčko je první jevová forma individua. (2) Embryo je individuem s vlastními reakcemi navzdory tomu, že je součástí matčina těla a že je na něm zcela závislé. (3) A oplodnění je začátkem života nové bytosti.

Navzdory této skutečnosti u nás i v zahraničí stále vzrůstá potratovost. "Potratovost je vážným zdravotním a sociálním problémem především proto, že jeho hlavní složku v současnosti představuje umělé přerušování těhotenství (UPT). Proto se demografické studie zaměřují hlavně na UPT.

UPT je možné v naší populaci sledovat od roku 1958, kdy byl vydán zákon o umělém přerušování těhotenství. Od tohoto roku prudce stoupá počet UPT až do začátku šedesátých let, kdy dochází k mírnému poklesu (důsledek zavedení interrupčních komisí). Od poloviny šedesátých let UPT opět roste s výjimkou let 1970-1974 (populační opatření). Další prudký nárůst nastal v roce 1987 (změna

interrupčního zákona). V roce 1990 bylo v ČSFR ze 100 potratů 87 uměle přerušovaných těhotenství, čímž se řadí mezi státy s největším počtem UPT. Ve vyspělých státech západní Evropy takovou vysokou úroveň potratovosti nevykazuje žádný stát." (5) Zavedení UPT mělo zabránit škodlivým následkům kriminálního potratu. Dosavadní zkušenosti ukazují, že i legálně ústavní přerušování těhotenství má své bezprostřední, včasné a pozdější následky ve formě zánětů s možnou neplodností, poruch menstruačního cyklu, poranění rodidel, duševních chorob, krvácení a jiných komplikací. Frekvence komplikací se odhaduje na 15-20%.

Přerušování těhotenství nemá nahrazovat antikoncepci. Výchova k uvědomělému a plánovanému rodičovství má být základní úlohou. Hlavně přerušování první gravidity znamená velké riziko pro další těhotenství. Technika UPT spočívá v dilataci krčku dělohy a instrumentálním (abortové kleště, kyreta, vakuumexhausce, vakuumaspirace) vyprázdnění dělohy. Pro snížení zdravotních komplikací je výhodné těhotenství přerušit hned na začátku (do 8. týdne) metodou vakuumaspirace (miniinterrupce), což je to technicky možné bez dilatace krčku dělohy." (6)

"Vypuzení plodu není tedy tak nevinné, jak se dá předpokládat z tohoto slova. To dokládají filmové dokumenty a vědecká fakta. Za pomoci ultrazvuku byla sledovaná chování dětí během interrupce. Přitom bylo možné pozorovat, že se dítě při zavedení sacího hrotu pokoušelo vyhnout se nástojům směrem k zadní stěně dělohy. Jednoznačně cítí nebezpečí, tep má zvýšený." (2) Výzkumy dokazují, že kromě rizika fyzického poškození má potrat psychické následky. Vysoké procento dotázaných žen nestojí za svým původním rozhodnutím pro potrat a byly by ho zpětně zrušily, kdyby mohly. Těžko odstranitelné pocity viny, lítosti, deprese, deziluze, ztráty komunikace s partnerem, zranění hluboko skrytých citů, které se sice nevysloví, ale ovlivňují celý další život.

Jak zabránit tomu, aby ženy ubližovaly sobě a svým, ještě nenarozeným dětem? Jakou cenu má nenarozené dítě? Má právo na život? Má právo na ochranu? Jsou to často diskutované otázky a jednotlivé země k nim zaujímají různá stanoviska.

Např. v USA: "Ve všech státech jsou potraty umožněné ženám, které si je mohou dovolit zaplatit. Na Aljašce, Hawai, v Coloradu, Illionois, Marylandu, Massachusetts, Michiganu, New Yorku, Oregonu, Washingtonu, West Virginii a Wiscousinu je ženám s nízkým příjmem na požádání interrupce provedena. 31 států zrušilo tuto možnost s výjimkou případů ohrožení života matky." (4) Prezident Clinton hned na počátku svého působení na místě amerického prezidenta vyhlásil další liberalizaci interrupčního zákona.

V Polsku přijala nejvyšší lékařská komora Kodex etiky, který odsuzuje provádění interrupčních zákroků, a je pravděpodobné, že polské ženy budou vyhledávat tento zákrok v okolních státech.

Ve Švédsku se po četných diskuzích v 70. - 80. letech na podnět Ministerstva zdraví a sociálních věcí změnil přístup k potraceným plodům a v červenci 1990 byla stanovena přesná pravidla týkající se starostlivosti o potracené plody (zacházení s nimi, zpopelňování, pochování) s cílem přiřadit jim hodnotu, jaká jim náleží. V Právech dětí se hovoří, že dítě potřebuje z důvodů fyzické a psychické nezralosti speciální záruku a péči, zahrnující přiměřenou ochranu před a právě tak i po narození. (3)

A jak se k této otázce postavíme my? Zvolíme si trend stále se zdokonalující antikoncepce (která však také není bez rizika nežádoucích účinků)? Je řešením zvýšení ceny interrupčních zákroků nebo jejich zákaz kromě indikovaných případů? Starostlivost o potracené plody zřejmě jen v malé míře může přispět k řešení této otázky. Neexistují jiné možnosti?

Je paradoxem, že přesto, že množství financí je ročně vynaložených na interrupce, organizace, které chtějí podporovat těhotné ženy v nouzi praktickou pomocí a duchovní péčí, jsou často ponechané státem bez prostředků. Zřízení poradenské služby a konkrétní pomoci budoucím maminkám, které se ocitly (pro ně) v neřešitelné situaci a rozhodly se pro interrupci, by bylo vhodným řešením. Kdyby byly ženy dostatečně pravdivě informované (důležitost osvěty, která je v současnosti nedostatečná, zřízení poradenské sítě) a také kdyby měly praktickou pomoc či oporu v období těhotenství a po něm (problém svobodných matek), je možné, že by se rozhodly jinak.

Dalším řešením, které může být přínosné, je adopce. Hodně párů trpí tím, že nemůže mít vlastní dítě, protože muž nebo žena jsou neplodní. Jim a také mnohým nenarozeným by mohlo být pomozeno, kdyby děti nebyly zabíjené interrupcemi, ale zůstaly by volné k adopci (pro bývalé Československo hovoří statistika o 20 uchazečích na jedno dítě vhodné k adopci).

Je správné schválit zákonná opatření proti interrupcím, když nechtěné děti potom mohou v mnohých případech zle trpět a strádat? Není pro nechtěné děti opravdu lepší se nenarodit? I v případě protiinterrupčních opatření by mnohé matky interrupci podstoupily - nelegálně nebo v zahraničí. Co by se vlastně změnilo? Strádání některých nechtěných dětí je hrozné (i když je častým jevem, že si matky, které se po váhání rozhodnou proti interrupci, své původně nechtěné dítě naopak zamilují).

V dnešní době, kdy současná věda existenci Boha více potvrzuje než vyvrací, i když ji přímo nedokazuje, protože to přesahuje její možnosti, vracím se při hledání odpovědi na naše otázky k jedné z nejstarších knih - bibli, která je v křesťanském světě považovaná za Boží slovo a která nemálo hovoří o smyslu života člověka. V knize Proroka Jeremiáše (1/s) Bůh hovoří: "Dřív, než jsem tě stvořil v životě matky, znal jsem tě, a dřív než jsi vyšel z lůna své matky, posvětil jsem tě, dal jsem tě za proroka národům." (1) Tato slova jsou sice napsaná Jeremiášovi, avšak jasně hovoří o tom, že Bůh pozná každého

jednotlivého člověka, i když je ještě v lůně matky, a má s ním plán. Pokud předpokládáme existenci Boha-Stvořitele, interrupci nemůžeme vůbec považovat za vhodnou alternativu.

Interrupce je vražda. Rovněž tak jako neexistuje oprávnění zabít starého člověka, kterého trápí jeho příbuzní nebo nemoc, není možné připustit vraždu člověka, který ještě není narozený. Nemáme právo zabít ani sami sebe, a už vůbec ne někoho jiného.

Zde vystupuje důležitost prevence (antikoncepce, vědomí odpovědnosti) a osvěty. Zvláště významné jsou také legislativní změny v oblasti adoptce. Legislativně i morálně je třeba podpořit matky, které porodí dítě a dají ho do adoptce.

O oprávněnosti interrupce není možné uvažovat (s tou výjimkou, kdy je ohrožený život matky). Motivы, které vedou jednotlivce, že se rozhoduje pro interrupci, i tendence, které formují veřejné mínění v prospěch potratů, jsou v podstatě: sobectví a neodpovědnost. (2)

V Žalmu 139 je napsáno: "... přioděl jsi mne v životě matky mé ... není ukryta žádná kost má před tebou, jakž jsem učiněn v skrytě ... trup můj viděly oči tvé a do tvé knihy zapsány jsou všechny mé údy, jakož i dnové, v nichž stvořeny byly, když ještě žádného z nich nebylo..." (1)

Nenarozené dítě je mistrovským dílem Božím, dar muži a ženě, od něhož nebude na Zemi existovat žádný jiný exemplář. Jedinečná drahocennost.

#### *Použitá literatura:*

1. Bible, Praha 1964, vydavatel neuveden, přeloženo z původních jazyků.
2. Dittrich, T.: Boj o život, Život víry čas. KMS, ročník 4, č. 3/93, strany 68-72.
3. Forslin, L., Kallenberg, K., Westerborn O.: The disposal of the aborted fetus - new guidelines; Ethical Considerations in the debate in Sweden, J. of Medical Ethics, March 1993 volume 19, N. 1, strany 32-33.
4. Goulden, P., Naitove, B.: Medical Science & the Law, New York 1984 by Facts On File Pub., strana 21.
5. Petráková, A., Pýchová, E.: Základy lékařské demografie, vydavatelství a nakladatelství H & H, Jinočany 1992, vydání 1, strany 29-40.
6. Ponfuch, A. a kol.: Gynekológia a pôrodnictvo, učebnice prolékařské fakulty, vydala Osveta n.p. Martin 1989, 2. doplněné vydání, strany 227; 296-301.

## Interruptio graviditas

Martin Křivohlávek - 4. ročník

Podle oficiálních údajů OSN se v těch zemích, kde jsou potraty legální, provádí 30 miliónů interrupcí ročně. Vzhledem k tomu, že v řadě států se do celostátní statistiky nedostávají čísla ze soukromých nebo nevýdělečných sanatorií a také nemocnic, odhaduje se počet legálních potratů spíše na 40 miliónů ročně. K tomu je třeba připočítat odhad nelegálních potratů ve výši nejméně 20 miliónů případů. To znamená, že řádově je ročně na světě přerušeno okolo 60 miliónů těhotenství. Počet potratů na 100 těhotenství v některých evropských zemích v letech 1983-1984 ukazuje následující tabulka: (1)

Rumunsko	1983	56,7
Jugoslávie	1984	48,8
Bulharsko	1984	48,1
Maďarsko	1984	40,9
ČSSR	1984	33,8
NDR	1984	29,7
Dánsko	1984	28,6
Itálie	1984	28,0
Švédsko	1984	24,7
Norsko	1984	21,9
Francie	1984	18,9
Anglie	1984	17,3
Finsko	1983	16,9
Polsko	1984	16,0
SRN	1984	14,4
Nizozemí	1984	9,7

Ve všech rozvinutých systémech je potrat více či méně jasně regulován zákonem. Lze rozlišovat tři základní modely.

1. omezení v zájmu dítěte - kdy jsou všechny potraty právně zakázány, a to absolutně, nebo s výjimkou, kdy by pokračující těhotenství ohrozilo život matky.

2. omezení v zájmu jednotné lékařské praxe - potrat je povolen pouze se souhlasem nezávislých úředních zástupců. Souhlas nebo zamítnutí jsou určeny normami, které vycházejí z lékařských, psychologických a sociopsychologických podmínek.

3. všeobecná dostupnost v zájmu ženské svobody - všechny potraty jsou

právně povoleny, jestliže jsou prováděny kvalifikovanými lékaři. Cílem je zabránit neodborným potratům se značným rizikem a umožnit ženě, aby se mohla sama pro potrat rozhodnout.

U nás zákon č. 66/1986 Sb. o umělém přerušení těhotenství, který platí od 1. ledna 1987, nahradil zákon z roku 1957. Nový zákon přináší ve srovnání s předchozím liberalizaci umělého přerušení těhotenství. Podle § 4 se přeruší ženě těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství 12 týdnů a nebrání-li tomu zdravotní důvody. V případě těhotenství staršího 12 týdnů je možno provést UPT ze zdravotních důvodů, je-li ohrožen život nebo zdraví ženy nebo zdravý vývoj plodu (§ 5). Z genetických důvodů lze přerušit těhotenství až do 24. týdne gravidity (vyhláška MZ ze 7.11.1986). Oproti minulému zákonu jsou zrušeny tzv. interrupční komise a rozhodování o osudu počatého dítěte je tak plně svěřeno samotné ženě. (2)

Co však tento zákon neřeší, a vlastně ani řešit nemůže, jsou morální, etické a psychologicko-psychiatrické problémy vyplývající z umělého přerušení těhotenství. Celá problematika je příliš složitá, než aby bylo možné jednoznačně se postavit na stranu zastánců anebo odpůrců přerušení těhotenství.

Obrovský problém představuje otázka, od kterého okamžiku se stává člověk člověkem? Může vůbec matka, která má na svět přivést své dítě, rozhodovat o jeho životě a smrti? Nebude zde pošlapáno jedno ze základních lidských práv, a to právo člověka na život? Žena sama je pak vystavena ohromnému tlaku svého nejbližšího okolí. Je přesvědčována a utvrzována, že je to v danou chvíli nejvhodnější řešení, zejména pokud se jedná o tzv. sociální indikace. Studie D.Šturmy, provedená v roce 1988, ukazuje, že počet zdravotních indikací k UPT činil 9,1%, to znamená, že více jak 90% představují tzv. sociální indikace. To už je rozhodně číslo nutící k zamyšlení. Za neschůdnou cestu však lze považovat úplný zákaz interrupcí, především pro riziko vyplývající z neodborně prováděných UPT. (3)

Kde je tedy ta správná cesta vedoucí k cíli? Myslím, že rozhodně zajímavé podněty pro diskusi představuje francouzský zákon z ledna 1975. Zákon začíná prohlášením, že zaručuje ochranu každé lidské bytosti od začátku života a odklon od této zásady je možný pouze v naléhavých případech a za podmínek, které toto ustanovení definuje. Zároveň však povoluje kterékoli ženě, jejíž stav ji přivádí do těžké situace, aby na lékaři žádala potrat. A to za předpokladu, že k potratu dojde do konce 10. týdne těhotenství a není požadováno nic jiného, než že:

1. lékař musí ženu informovat o riziku pro ni a její budoucí těhotenství a dát jí oficiální přehled všech forem pomoci dostupných všem rodinám, matkám a dětem;

2. žena musí navštívit jednu ze sociálních služeb, uvedených v přehledu;

3. trvá-li dále na potratu, musí to potvrdit písemně, a to ne dříve než týden po první žádosti;

4. potrat musí být proveden lékařem ve veřejné nebo uznávané soukromé nemocnici;

5. po 10. týdnu těhotenství až do porodu je potrat zákonný, pokud se dva lékaři (přičemž jeden z nich musí být uveden na seznamu, který je úředně stanovený) potvrdí, že pokračování těhotenství by mělo pro ženu vážné zdravotní následky, nebo je silná pravděpodobnost, že dítě budenevyléčitelně poškozeno. (3)

Osobně si myslím, že žena by měla mít možnost rozhodnout se, zda jedané řešení situace pro ni opravdu to nejlepší a přijatelné. Aby tonebyl jen důsledek nedostatečné osvěty a maravních zásad, to už takézáleží na každém z nás.

#### *Použitá literatura:*

1. Goulden, P.: Medical science and Law. New York, Mosby 1984.
2. Havránek, F.: Interruptio graviditas. Praha, Avicenum 1982.
3. Pohunková, D.: Právo na život. Praha, Zvon 1994.
4. Zimmer, K.: Život před narozením. Cor Jesu 1990.



## PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ A DIALYZAČNÍCH SESTER

Ester Forgačová, 4. ročník

Některé způsoby léčby jsou nazývány mimořádné. Jednou z nich je bezesporu i dialýza, tedy postup, kterým jsou nemocní stížení nedostatečností ledvin s pomocí techniky a s vypětím sil znovu a opakovaně zachraňováni. (3) Jak dlouho toto prodloužení života s dialýzou potrvá, neumíme předem předpovědět. Jeden rok dialyzačního léčení přežívá asi 90 % nemocných, polovina přežívá asi 5 roků. (1)

Existují tři indikační okruhy týkající se pacientů s chronickým onemocněním ledvin.

Nemocní v integrované dialyzačně transplantační léčbě (IDTL) tvoří z psychiatrického hlediska specifickou skupinu, vystavenou řadě nepříznivých biologických a psychosociálních vlivů. Rozvoj uremického syndromu nese s sebou množství významných patofyziologických změn, mezi nimiž jsou i standartní komplikace ze strany centrálního a periferního nervového systému. (4) Zakladatelem psychonefrologie byl profesor psychiatrie Norman B. Levy. Duševní stav dialyzovaných pacientů charakterizoval 3 fázemi. (3, 9)

1. Fáze líbánec - pacient symbolicky líbá přístroj, který přinesl záchranu života i zlepšení somatického stavu.

2. Fáze rozčarování - z umělé ledviny se stává nenáviděný předmět. Dialyzační přístroj sice zachránil pacientovi život, ale zároveň ho velice omezuje časově i prostorově, může být i zdrojem subjektivních potíží.

3. Fáze dlouhodobé adaptace - v této fázi se nemocný pod vedením ošetřujícího personálu snaží o akceptaci života s umělou ledvinou. (9) O akceptaci "spoutaného života". (3)

Počáteční euforie je zcela na místě. Neuropsychické projevy uremického syndromu jsou dostatečně známy. Patří k nim únava, malátnost, poruchy spánku s tendencí k inverzi, bolesti hlavy, poruchy senzoria, záchvatové projevy a komatozní stavy. Objevují se parestezie, svalové slabosti, poruchy motoriky, fascikulace, myoklonie. Intenzita a charakter neuropsychické symptomatologie závisí jak na rychlosti progresu onemocnění, tak na osobnostních charakteristikách nemocného. (4)

Není tedy divu, že pacienti při vidině zlepšení zpočátku euforicky reagují. Celé optimistické období líbánec je však relativně časově krátké. (3) Po čase si pacient uvědomí svoji závislost. I pro nás zdravé je pocit nutné závislosti na

něčem (popřípadě i na někom) prožíván ne zrovna příjemně. A pro dialyzované je otázkou života a smrti. Jsou závislí nejen na správné funkci přístroje, ale nesmí selhat ani jeho obsluha (často sám pacient u domácí dialýzy). Proto je třeba, aby byl pacient vychováván dialyzačním střediskem k tomu, že on sám a jenon sám má a musí převzít péči o sebe sama, že on sám musí ovládat své léčení a nést za ně odpovědnost. (11)

Rozčarování plyne tedy nejen z pocitu závislosti, ale i z pocitu omezení. Nemocní v dialyzační léčbě se tak dostávají do pozice "marginálních lidí", ani zdravých ani nemocných, kteří jsou na jedné straně vedeni až tlačeni do normálního života, na druhé straně je tato tendence blokována řadou omezení. (4) Do dialyzačního střediska je nutno docházet 2-3x týdně. (3, 11) Již tímto docházením je podstatně ovlivněn život nejen pacienta, ale i jeho rodiny. Velmi záleží na pacientově rodině a síle osobních citových vztahů. Zejména v období, kdy si pacient zvyká na nový režim, je důležité, aby ho někdo psychicky podržel. Rodina se zpočátku snaží akceptovat změny v chování nemocného, ale časem se její možnosti mohou také vyčerpávat a přejít do agresivního chování (11)

Nejde jen o to, že mají doma nemocného. Např. společná dovolená je v rodinách - zvláště s malými dětmi - samozřejmostí. S rozvojem dialyzačních center v naší republice se tento problém dá někdy vyřešit a pacient dochází do dialyzačního centra v blízkosti svého rekreačního zařízení. Tak tomu bylo například v případě pana L. J., který trávil dovolenou na zámečku Favorit, kde je rekreační dialýza. (6) Rodina paní T. P. měla po dlouhé době možnost strávit dovolenou společně v přírodě taktéž na zámečku Favorit. (10) Podobné zařízení je i v Solenicích. Pan L. J. si dokonce vypracoval "desatero" o šesti bodech pro cestování. Uskutečnil tak několik výletů do Budapešti a do Západního Berlína. (6) Někteří nemocní ani nežádají, aby se právě jejich rodina nějak omezovala ve výběru dovolených a podobně. (3, 11) I to je řešení, ale pro pacienta daleko bolestivější.

Pro mladou maminku je těžké vysvětlit svým dětem, proč je tak často mimo domov. Někdy cítí i pocit viny proto, že se musí od dětí tolik vzdalovat. (11) Mladí muži jsou někdy impotentní a zřídka schopni oplodnit. Ženy mohou otěhotnět, ale obvykle potratí ve třetím měsíci. Těhotenství žen v pravidelném dialyzačním léčení se proto nedoporučuje. Vhodná je sterilizace. (11)

Ale ne všichni dialyzovaní mají svoje partnery, děti, tedy vlastní rodinu. Onemocněli příliš brzy. I když rodiče těchto mladých nemocných zpravidla ještě žijí a poskytují určité zázemí, nelze je srovnat s pocity jistoty vyvěrající z existence manželského partnera (a to i tehdy, když manželství zdaleka "není ideální"). Vůči rodičům totiž panuje ze strany nemocných určitý ostych, protože je svým stavem rmoutí. (3, 11)

V neposlední řadě je pro rodinu důležité i pracovní zařazení, či vůbec schopnost pacienta pracovat. Ztráta zaměstnání a s tím spojeného finančního

zajištění se projeví nepříznivou reakcí nejen u pacienta, ale i u jeho partnera. Zvláště dnes s rozvojem soukromého podnikání poněkud klesá možnost najít pro tyto lidi vhodné zaměstnání. Jsou pryč časy, kdy se s oblibou chodilo k lékaři v pracovní době. A který podnikatel si dovolí zaměstnat člověka na 3 pracovní dny v týdnu? Oblíbené "práce na doma" se shánějí také těžko.

Kladně působí, jestliže se nemocný rychle vrátí do zaměstnání, ve kterém se může uplatnit a které je pro něj finančně výhodné. (11) Zdá se mi, že nyní toto uskutečnit je těžší než za minulého režimu.

Krom rodiny a zaměstnání třetí důležitou oblastí našeho sociálního pole jsou přátelé a známí. I zde u dialyzovaných dochází k redukci těchto vztahů. Viz obrázek č. 2.

Výše uvedené problémy dialyzovaných nejsou zdaleka všechny. Slouží spíše jako nástin k pochopení situace nemocných.

Psychopatologické poruchy vzniklé v průběhu dialyzační léčby můžeme schématicky rozdělit na akutní a chronické, a pokud jde o jejich etiologii, na poruchy vycházející především z postižení v oblasti biologické, v oblasti sociální a v oblasti primárně psychické. (4)

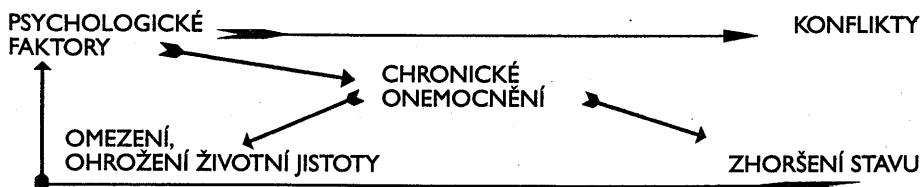
Jak jsem již předslala, reakce na dialyzační léčení se liší i podle povahy jedince. (4, 11) Někteří jsou zcela pasivní, jiní se intenzivně zajímají o léčení. Mohou být agresivní nejen k okolí, ale i k vlastní osobě. Mnohé projevy dialyzovaných pacientů lze vysvětlit jako popření. (11) Je to forma nevědomé obranné reakce, vyrovnání se s nepřijemnou pravdou.

Zloba a hněv se při "ledvinovém onemocnění" hlásí ke slovu vždycky, když je někdo ze spolupacientů odvezen na transplantační středisko. Až na malé výjimky téměř všichni jsou ochotni se nechat transplantovat a v transplantaci spatřují reálnou naději na výrazné zlepšení svého stavu. Úspěšná transplantace je pro ně synonymem k normálnímu životu. (3)

Patogenní je i deprese, která snižuje obranyschopnost organismu. (12) Její incidence se u dialyzovaných pohybuje kolem 30 %. (4) Krajním řešením je sebevražda. (11) Suicidální jednání u evropské dialyzované populace přesahuje 1 % (1980 - pro srovnání: u transplantovaných byla v období 1963-1977 0,97 %). (4)

V neposlední řadě se nepříznivé psychologické faktory promítnou i do průběhu chronického onemocnění, kterým selhání ledvin bezpochyby je.

Obr. č. 1 - částečně obsah cit. č. 12

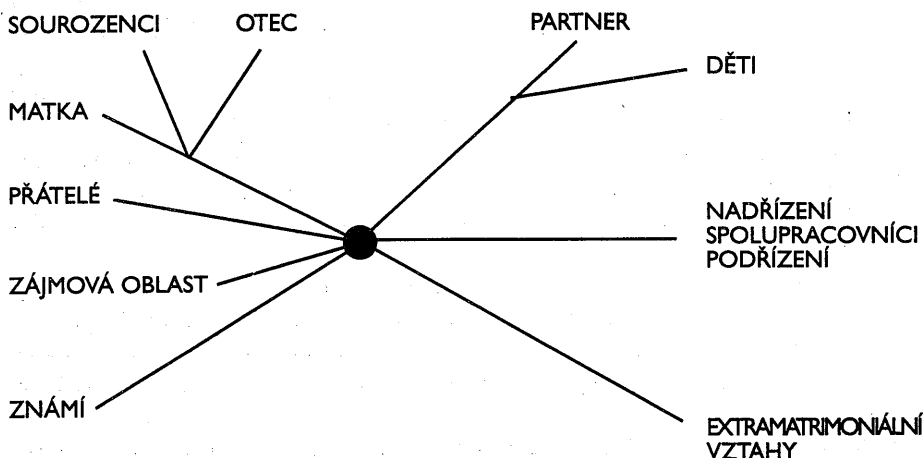


V obrázku jsou zaznamenány konflikty pacienta. Směřují nejen k rodině, ale i k ošetřujícímu personálu. Ten je u dialyzovaných velmi podstatnou součástí života, jak ukazuje následující obrázek.

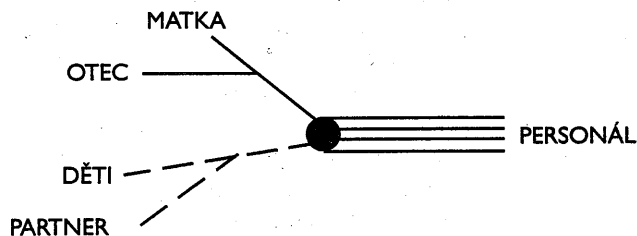
Obr. č. 2

Struktura sociálního pole:

a) zdravých



b) dialyzovaných. (4)



Ve vztahu ke zdravotnímu personálu se projeví potřeba doplnit chybějící interpersonální vazby, ale též konfliktní postavení mezi potřebou nezávislosti a zřetelnou závislostí. V situaci své závislosti na personálu nemocný očekává nedosažitelný stupeň dokonalosti od těch, kteří ho ošetřují, a personál naopak vyžaduje takovou míru a charakter spolupráce, které nejsou v silách pacienta. Zde vzniká řada nedorozumění, napětí, konfliktů a sociálních stresových vlivů. (4)

Práce dialyzačních sester je náročnější než na ostatních odděleních. Nejde jen o technickou náročnost, ale i o vysokou odpovědnost. Proto jsou sestry vybírány velmi pečlivě.

Dialyzační centra jsou jedním z pracovišť, o kterých se hovoří jako o tzv. psychicky vysoce rizikových odděleních. (11) Jde o tvrzení zcela pravdivé. Dialyzační sestra musí mít znalosti technické, zvládnout určité formy jednání s pacienty na dialýze, často má i funkci psychologa. (11)

Pokusme se srovnat např. sestru z běžného chirurgického oddělení a dialyzační sestru. Chirurgické sestře se pacienti průběžně zlepšují (i když toto neplatí na 100 %) a ve většině případů odcházejí uzdraveni domů. Ale dialyzační sestra, byť profesionálka, musí snášet pohled na nemocného, kterého už nemůžeme vyléčit. Je tu sice šance transplantace ledvin, ale ta není pokaždé možná. Zkouškou profesionality je i komunikace s dialyzovanými pacienty, kteří v sobě zpracovávají negativní prožitky a mají na ně zcela právo. Kromě psychické zátěže tu je i riziko onemocnění sérovým zánětem jater typu B.

Zahraníční studie popisují syndrom "burn out" u dialyzačních sester, tj. syndrom "vypálení" nebo "vyhoření". Tento syndrom znamená předěl, za kterým se člověk nedokáže dál vyrovnávat se svým profesionálním životem. Léčebné úsilí je tak postaveno na hlavu, protože z něj vychází poškozen ten, kdo poskytuje péči. Navíc je, v lepším případě dočasně, zbaven fundovanou péčí poskytovat. (1)

Podle kritérií Lüscherova barového testu je pro všechny dialyzační sestry jejich práce spojena s problémy a pochybnostmi, netěší je a není uspokojivá. Sestry jsou ve zvýšené míře unavitelné. Tato unavitelnost je u 10 sester způsobena psychickým vyčerpáním, u 9 z nich je provázána vyčerpáním fyzickým. U jedné sestry má povahu primární fyzické únavy. (1)

Není tedy divu, že fluktuace zdravotnického personálu na pracovištích s umělou ledvinou je skutečně nápadně vysoká a má celosvětový charakter. (11)

Tomu se dá určitou měrou zabránit zodpovědným přístupem vedoucích lékařů, jak jsem se mohla přesvědčit na hemodialyzačním oddělení nemocnice v Liberci pod vedením prim. MUDr. A. Knotka. Toto oddělení patří co do počtu oddialyzovaných ročně na 3.-5. místo v republice vedle Plzně a Brna (1. Praha Strahov, 2. Hradec Králové). Dodržováním přísného protiepidemického režimu se podařilo snížit výskyt HBsAg pozitivních pacientů na 6 %. (8)

Na tomto oddělení jsem se nesetkala ani s jednou sestrou, kterou by její práce netěšila.

Přesto i z těchto řad vychází nové podněty. The Royal College of Nursing's Dialysis and Transplantant Nurses' Forum ve Velké Británii zaslalo všem dialyzačním jednotkám návrh, aby všichni pacienti s ERDS (end - stage renal disease) byli testováni na virus HIV a dialyzovat i pacienti HIV pozitivní. Podle průzkumů z roku 1988 v některých dialyzačních jednotkách testovali pacienti namátkově nebo bez jejich souhlasu nebo obojí. (2)

Život na umělé ledvině není vůbec jednoduchý. Nikdo si nedovedl předem představit, jakou psychickou zátěží vůbec dialyzační léčení bude. (3)

V současné době je uplatňována zásada zařadit nemocné do dialyzačního programu včas, tedy v době, kdy jsou ještě v relativně dobré kondici. (3) Ukazuje se, že dialyzační léčení psychicky lépe zvládají nemocní, kteří jsou na dialýzu připravováni už předem, v poradnách, než pacienti, kteří se s dialýzou poprvé setkají až v akutním stavu. (8)

Naštěstí ne všechny případy končí špatně. Byly popsány i případy "zlepšení se" oproti předchozímu způsobu života jak ze strany pacientů, tak ze strany jejich okolí. (11)

I s tak vážným onemocněním se dá žít. A člověk se nemusí vzdát úplně všeho. Příkladem budiž sportování. Průvodním znakem chronického selhání ledvin je anemie. (4) To znamená sníženou fyzickou výkonnost a nutnost omezit sportování. Ale mnozí pacienti jsou schopni větší tělesné námahy, než si sami připouštějí. (11) Důkazem toho mohou být i sportovní výkony našich lidí s transplantovanými orgány na 8. světových olympijských hrách transplantovaných, které se uskutečnily v srpnu 1991 v Budapešti. (7) Nejde sice o právě dialyzované, ale před transplantací dialýzou prošli.

Letos se olympiáda transplantovaných konala ve Vancouveru. Měla jsem možnost hovořit s jedním z jejich účastníků, panem J. H., který přivezl naši jedinou medaili - bronzovou za tenis. Letos na podzim tomu budou tři roky od úspěšné transplantace. Předtím byl dialyzován v Liberci.

**"Co pro Vás bylo nejtěžší během dialýzy?"**

"Nejtěžší pro mne bylo se vyrovnat s nutností neustále docházet na dialýzu."

**"Přestal jste pracovat?"**

"Ne. Pracuji stále jako správce tenisových kurtů v Doksech."

**"Pravděpodobně jste sportoval od malička."**

"Ano. A nikdy jsem nepřestal. Ani během dialýzy. Tři týdny po transplantaci jsem odjel z Prahy autobusem domů a další sezónu jsem už zase hrál."

Dále mi vyprávěl o Vancouveru, o tom, jak stihl postavit dům a vychovat dva syny. (5)

Co pro tyto lidi může udělat každý z nás? Odpověď je snadná, ale pro mnohé z nás není zcela samozřejmostí. Nebýt tak lhotejní. Představme si klasickou situaci, když slepý nastupuje do tramvaje. Celá tramvaj sleduje, jak se snaží najít dveře. Až mu někdo nakonec (mnohdy až po hodné chvíli) pomůže. A najednou všichni ochotně podávají ruce a uvolňují místa. Proč nebýt jako ten, co mu pomohl jako první. Vždyť to jsou lidé jako my a navíc žijí s nezaviděnímhodným onemocněním.

Domnívám se, že naše společnost se snaží nemocné i jinak postižené nevidět. Některým lidem je pohled na ně nepříjemný, snad i trapný. Analogická je pak

situace, kdy se dozvídají o vážné nemoci svého známého, přítele. Někteří se odvrátí. Možná proto, že nejsou dostatečně informováni.

Nemocní nečekají přehnaný soucit, občas stačí jen je vyslechnout. Sami nevíme, kdy něco podobného postihne nás. To není výhrůžka, ale pouze konstatování, že i my možná jednou budeme pomoc potřebovat.

Přála bych všem dialyzovaným hodně sil k zvládnutí všech jejich problémů (nebo alespoň části) a nám ostatním více porozumění a tolerance nejen k nemocným, ale i k sobě samým.

#### CITACE:

1. Burdová I., Psychologická problematika sester dialyzačního střediska podle Lüscherova barvového testu, Praktický lékař (Praha), 63, 1983, 12, 448-449
2. Edwards P., HIV Testing of Patients with End Stage Renal Failure, British Medical Journal, vol. 303, 1991, No. neuvvedeno, 308
3. Haškovcová H., Spoutaný život, Panorama Praha 1985, vydání 1.
4. Honzák R., Psychologicko-psychiatrické problémy nemocných v integrované dialyzačně transplantáční léčbě, Transplant '85, SVTI IKEM Praha, 4, 1985, 1, 45-54
5. Hruška J., osobní sdělení
6. Jelínek L., Stěžeň, SVTI IKEM Praha, 2, 1991, 2, 53-56
7. Joklová Š., Stěžeň, SVTI IKEM Praha, 2, 1991, 2, 71-72
8. Knotek A., osobní sdělení
9. Lachmanová J., Psychosociální problematika dialyzačního léčení, Praktický lékař (Praha), 70, 1990, 7, 274-275
10. Pytlounová T., Stěžeň, SVTI IKEM Praha, 2, 1991, 2, 53-56
11. Válek A., Haškovcová H., Válková D., Život s umělou ledvinou, Avicenum, Praha, 1982, vydání 1.
12. Seminář na téma Psychosociální medicína s MUDr. J. Šimkem, dne 21. 4. v Praze.

## NĚKTERÉ ETICKÉ A PRÁVNÍ PROBLÉMY EUTANAZIE

Eva Valová - IV. ročník III. LF UK

Motto: "Člověk přichází na svět se zařatými pěstmi, jako by pravil: celý svět je můj. Odchází z něho s nataženými dlaněmi, jako by říkal: Podívejte se, nic si s sebou neberu."

TALMUD

"Jsme často druhým na obtíž, i když si myslíme, že jim nikdy na obtíž nemůžeme být."

FRANCOIS LA ROCHEFOUCAULD

"Necítit své neštěstí není lidské, nebýt schopen je unést není mužné."

SENECA

Otázky umírání a smrti jsou věčným lidským tématem a také především lidským údělem. Nejasné okolnosti umírání a silně zakořeněné negativní emoční zabarvení spojené s posledními okamžiky života člověka jsou zábranou pro věcné a reálné přemýšlení o smrti a to zejména vlastní. Mladí lidé nevěnují těmto problémům svůj čas, smrt se jich nedotýká, zdá se být v nedohlednu a není jejich problémem. Ani ve středním věku lidé nechťejí o těchto záležitostech slyšet. I oni jsou přesvědčeni, že na úvahy o smrti je zatím čas, protože ta patří až ke stáří.

Každý člověk sice ví, že zemře, ale protože si nedovede představit svou "neexistenci", žije tak, jako by měl žít věčně. Je to konec konců jak logické, tak i fyziologické. Bylo by spíš patologické, kdyby se ve svém vědomí člověk zabýval především otázkami umírání a smrti. Přesto jsou však chvíle, které nejen opravňují, ale přímo vyzývají člověka, aby se zamyslel nad svým konečným osudem. Zatím co v mládí se lidé především bojí o život, staří lidé se obávají především způsobu příchodu smrti. Většina touží po "milosrdné smrti ve spánku": šťastně a spokojeně usnout a docela prostě se pouze ráno neprobit (1).

Dlouhodobá a nevyléčitelná nemoc děsí víc než vlastní smrt. Ta se naopak zdá proti mukám "nemoci" snadná a někdy se rovná vykoupení. Lidé proto často chtějí řešit svou bezvýchodnou situaci dobrovolným odchodem ze života, a to často i za spolupráce zdravotnického personálu, který jej ve zdravotnickém zařízení má v péči.



Dosud nejrozšířenější termín pro usmrcení ze soucitu je eutanazie, i když pro obyvatele Evropy má toto slovo negativní podtext spojený s praxí nacismu, kdy se tímto eufemismem označoval hrůzný masový holokaust židů za druhé světové války a pod tímto označením bylo likvidováno 40 000 duševně nemocných (2). Avšak i přesto je tento termín vhodnější než běžně používaný výraz "asistované suicidium", a to i proto, že rozpětí pojmu sebevraždy je velmi široké a snadno by se takto označované jednání v medicíně mohlo být zástěrkou pro vraždu nemocného.

Rovněž v anglosaské literatuře používané termíny "mercy killing" - zabití z milosti nebo "allowing to die" - ponechání zemřít vyvolávají nežádoucí asociace (3).

V souvislosti s ukončením života vzniká celá řada problémů etických, medicínských i právních. Nejsložitější situace je právě v oblasti terminální etiky. Každé etické rozhodování spadá již do oblasti filosofie, avšak každé etické rozhodování přebírá spoustu podnětů také z oblasti teologie a náboženství.

Všechna náboženství svým způsobem řeší otázku smrti. Smrt lidské bytosti obrazně připomíná "černou díru", v jejíž blízkosti dochází ke zhroucení obvyklých zákonitostí. Význam smrti je tedy nutno chápat v souvislosti s tou či onou koncepcí života a ryze osobně. Výsledné rozhodnutí každého nemocného o svém osudu bude tedy ryze osobní, ať je to rozhodnutí, kdy se bude domáhat léčebných prostředků "za každou cenu" nebo půjde o druhý extrém, kdy bude chtít upustit od léčebných zákroků a v pokoji akceptovat smrt nebo ji dokonce uspišit. Stanovisko pacienta by však nemělo být pro personál imperativem, ale mělo by být dáno i uvážením lékařského týmu (3).

Z medicínálního hlediska je možno rozlišovat pasivní eutanazii, kdy jde o vynechání zvláště náročných léčebných zákroků či opatření, která by sice mohla prodloužit život, avšak za cenu dalších strastí, aniž by nakonec vedla k záchraně pacienta. Jde vlastně zkrácení dysthanasie, to je špatného umírání. Metaforicky se tato metoda nazývá "metoda odložené stříkačky". U aktivní eutanazie jde o úmyslné usmrcení na žádost pacienta nebo i bez jeho souhlasu (metoda "přeplněné" stříkačky) - (4).

V praxi se s problémem pasivní nebo aktivní eutanazie můžeme setkat například v těchto situacích (5):

- osoba trpící nevléčitelnou nemocí nebo osoba úplně invalidní učiní pokus o sebevraždu. Lékař stojí před otázkou, zda musí provést něco pro záchranu života, nebo ponechat jeho osud v rukou "přírody".

- osoba s nevléčitelnou nemocí, se kterou je spojené velké fyzické utrpení, vysloví pevnou a nezvratnou vůli zemřít. Lékař stojí před otázkou, zda nadále prodlužovat jeho utrpení, když jej nemůže účinně zmírnit a ani ulehčit smrt.

- novorozenec ve stavu "contra foram humani generis", u kterého je jasné, že půjde jen o velmi pomíjivou bezútešnou existenci nedokonalé lidské bytosti

(mikrocefalie, ezofagální nebo anální atrezie apod.). V takové situaci stojí před lékařem otázka, zda se mají provést všechna opatření pro udržení co nejdélní existence takového novorozence (a prodlužovat i duševní trauma rodičů) nebo ponechat nemoci volný průběh či dokonce proces nevyhnutelné smrti urychlit.

Dosud se většinou prosazoval požadavek na udržení lidského života kategoricky a bezvýjimečně. Legislativa našeho státu, vytvořená v období "budování socialismu", eutanazii zakazovala. Z důvodů, které k tomu vedly, lze uvést jednak společenské nebezpečí, údajně spočívající v tom, že lékař bude rozhodovat o životě a smrti pacienta, a dále námitka, že by se pacienti cítili stresováni tím, že budou vydáni na milost či nemilost toho, kdo o eutanazii bude rozhodovat.

Je však třeba vidět, že právní systém pominul druhou stranu problému, a to, že požadavek na udržování života za každou cenu by se mohl - a také se dostává - do sporu s humánním posláním medicíny (6, 7).

O této problematice se i u nás a v některých zemích bývalého socialistického tábora vedly v odborných kruzích diskuze, které ne vždy podporovaly oficiální stanovisko vyjádřené platným právním systémem. Krajní ideologicky motivované stanovisko vyjadřuje Körner a kol. (8) ve své monografii: "Pro socialistickou společnost lze konstatovat, že lékařská povinnost zachovat život nepodléhá žádné relativizaci a nepřipouští žádný ústupek vůči nějakému oprávnění ke zkracování života." Nepřipouští žádnou povinnost a žádné právo na pomoc při umírání (tím, že necháme umřít), které by byly odůvodněny tzv. lidskou svobodou a subjektivním úsudkem.

Na tomto stanovisku je vidět, do jakých vnitřních rozporů se dostávala "socialistická lékařská etika", která se považuje na jedné straně za nejvyšší stupeň humanismu, na druhé straně však nepřipouští humánní a důstojné ukončení života. Mimo to je v podtextu cítit i to, že v této společnosti vlastně člověk nemá právo rozhodovat o svém vlastním životě i v této mezní situaci - a toto právo se odpírá i lékařům.

Stejně jednoznačné stanovisko, i když méně kategoricky vyjádřené, zastává Viewegh (9). Avšak i v tomto období se ozývaly hlasy, které vycházely z dlouhodobé klinické praxe a v určitých situacích připouštěly pasivní eutanazii, například Charvát (10). Vojtěchovský (11) vyslovuje na svou dobu pokrokový názor, že lékař má vždy sledovat zájem nemocného, to jest, že má zvážit, zda léčba nezhorší utrpení pacienta, má jej chránit před příbuznými, kteří se domáhají léčby za každou cenu. Je však nutno do posledního okamžiku mít o pacienta zájem a neopomíjet výkony a farmaka, která mohou pacientovi ulevit.

Pokrytecký vztah společnosti i legislativy k eutanazii ukazuje Příhoda (12), když poukazuje na to, že tentýž právní řád striktně odmítá eutanazii a na druhé straně široce liberalizuje interrupci.

Ani ve vyspělých zemích není postoj k eutanazii jednotný, některá stanoviska shrnuje například monografie editovaná Pearsonem (13). Příkladem ryze profesionálního názoru je postoj Saundersové v této monografii, která považuje za věc cti a profesionální zdatnosti upravit stav pacienta natolik, aby nemusel prosit o eutanazii. Říká: "Problém eutanazie, legalizovaného zabíjení, je pro mne problém mravně falešný".

Avšak i v tomto postoji je možno vystopovat určitý alibismus profesionála, kdy etické i legislativní otázky a problémy jsou odsunuty na vedlejší kolej preferováním profesionální erudice, což však tyto nečiní méně závažnými. Je nutno vidět i to, že existuje řada situací, kdy snaha uplatnit čistě hledisko profesionální erudice je iluzorní.

Pokud budeme vycházet ze současného stavu legislativy, která je vlastně dosud pouze mírně modifikovaným nebo vůbec nemodifikovaným odkazem bývalého "socialistického" státu, pak toto právo bez ohledu na pohnutky, například soucit nebo přání či souhlas (autoeutanazie), pokládá euthanasii za trestní čin vraždy podle § 219 Trestního zákona.

Za usmrcení se ve smyslu tohoto zákona pokládá nejen takto značená pozitivní činnost (podání smrtící dávky), ale i například úmyslné neposkytnutí pomoci v nebezpečí života, pokud tímto pachatel sledoval usmrcení osoby odkázané na jeho pomoc. Činnost směřující k tomuto cíli může být jak jednorázová, tak i postupná, například opakovaná aplikace snížených dávek smrtícího agens.

Zákon však vyžaduje, aby toto jednání mohlo být klasifikováno jako trestní čin, aby tato akce směřovala proti jinému a živému člověku. Za živého se považuje člověk od narození až do okamžiku smrti. Z tohoto hlediska je jednoznačně úmyslné usmrcení novorozence, i když se nejví životoschopným, nebo úmyslné usmrcení umírajícího člověka považováno za vraždu. V této souvislosti by bylo možno diskutovat složitou a právně ne zcela vyjasněnou problematiku vzniku života i definování smrti, toto však překračuje rámec této práce.

Nebudeme-li se zabývat problémy "klinické smrti", můžeme nedostatečnost současné právní normy demonstrovat na příkladu. Předpokládejme, že lékař usmrtil v matčině těle - tedy ještě před narozením - zdravý lidský plod. Z hlediska práva zde tedy není naplněna skutková podstata trestního činu vraždy, protože čin nebyl zaměřen proti živému člověku (živým se stává okamžikem narození). Pokud by však i zcela neživotoschopný plod byl usmrcen několik minut po porodu například neposkytnutím veškeré dostupné péče, toto by trestní řád již za vraždu pokládal.

Z tohoto hlediska je dále paradoxní, že trestní řád pamatuje i na to, že by "útok" či snaha o usmrcení směřovaly i proti již mrtvému člověku (což je možno zjistit často až dodatečně - a vzhledem k obtížnému přesnému posouzení okamžiku smrti je to často i nemožné). Takový čin je klasifikován jako pokus o spáchání trestného činu vraždy.

Je však zřejmé, že tato klauzule se na výše uvedený případ nedá vztáhnout, protože dosud nenarozený plod nelze považovat za "mrtvý", respektive za stav, "u kterého se dosud nezjistila smrt".

Náš právní řád nepovažuje žádost, prosbu nebo souhlas s vlastním usmrcením za rozhodující pro výrok o vině (ten je jednoznačný), ale připouští, že to může být určitá polehčující okolnost.

Z právního hlediska by bylo možno usmrcení nevyléčitelně nemocného interpretovat jako sebevraždu. Ve výkladu zákona je však přijato stanovisko, že takto projevená vůle není svobodnou vůlí pacienta, protože je vyslovena pod vlivem utrpení spojených s nemocí. Dovozuje se, že pacient si vlastně nepřeje zbavit se života, ale utrpení, čili de facto nastolit původní stav před nemocí.

Náš zákonodárce nepovažuje sice sebevraždu za trestný čin, avšak účast na sebevraždě za trestný čin považuje (§ 320 Trestního zákona). Navíc, kdyby šlo o pomoc žádající osobě při sebevraždě z těch důvodů, že sama není schopna sebevraždu spáchat (nedostatek psychické nebo fyzické schopnosti nebo nedostupnost prostředků, se kterými by bylo možno sebevraždu provést) a pomoc by spočívala například v tom, že by "pomáhající" osoba podala nebo aplikovala smrtící látky nebo léčiva, nešlo by již pouze o trestný čin účasti na sebevraždě, ale přímo o trestný čin vraždy.

Z profesionálního i etického hlediska je zřejmé, že současná právní norma, poplatná své době a ideologii, neodpovídá současným podmínkám a "demokratizaci" společnosti a bude vyžadovat úpravu.

Je však zřejmé, že právní úpravu nelze převzít prostě z některých vyspělých západních zemí, neboť kromě toho, že jednotlivé zákony trestního práva musí mít určitou návaznost a musí být spojeny v celistvý logický systém, každý právní řád vždy odráží i společenské klima, tradice a hodnoty, které jsou výsledkem dlouhodobého historického vývoje. Názor na eutanazii, a to jak z hlediska veřejného mínění, tak i z hlediska jednotlivých politických sil ve společnosti, není dán pouze ryze odborným medicínským (respektive právním) hlediskem, ale vychází z konkrétní situace té které země. Tuto situaci můžeme srovnat s právní úpravou legalizace přerušení těhotenství, kdy v zemích, hlásících se ke stejnému politickému i ekonomickému systému, je možno najít příklady od rigidního zákazu až po prakticky bezbřehou liberalizaci.

Některé právní aspekty eutanazie, zejména v případech nevyléčitelně nemocných a u novorozenců, jejichž poškození je takového rázu, že je neslučitelné se životem, diskutuje Goulden (14). V monografii jsou uvedeny i příklady soudních sporů a rozhodnutí porot v konkrétních případech před soudy v USA. I když je zřejmé, že řešení těchto případů vychází z jiného společenského postavení lékaře i z jiného systému zdravotnické péče, a také odlišného společenského systému, mohou být pro nás jednotlivé příklady dokumentací toho, jak jsou řešeny v právních systémech vyspělých zemí.

Ukazuje se, že pasivní eutanazie je určitým způsobem "tolerována" a postupem soudu odráží více reálnou situaci než náš zastaralý právní systém.

Dalším faktorem, který dosud jsme vzhledem k "bezplatnosti" léčebné péče nepocítovali, jsou otázky ekonomické. I když v přechodí éře byla proklamována bezplatná léčebná péče v nejvyšší míře, prostředky, které je možno věnovat na zdravotnictví, limitují úroveň léčebné péče. Je zřejmé, že v současné ekonomické situaci se stává stále větším problémem zajistit základní péči. Zde pak vstupuje do hry kritérium, zda se limitované a vzácné zdroje vynakládají ve prospěch života či proti němu. Vždyť nelze chtít na pojištěncích, aby hradili přehnané (a možná i neúčelně vynakládané) výdaje, přesahující jejich možnosti. Za těchto okolností by bylo možno se vyhnout dalším zákrokům. Tato eutanazie se někdy nazývá "eutanazií ze sociálních důvodů" (3).

Ve skutečnosti však nejde o skutečnou eutanazii. Cílem eutanazie není ušetřit pouze peníze. Potom bychom mohli dospět i k těm závěrům, že by bylo "ekonomicky výhodné" zbavit se nepohodlných a nevýdělečných osob. Je tedy zřejmé, že eutanazii není možno svěřit do rukou administrativy či pouze medicínských odborníků.

Jak bylo již nastíněno (alespoň rámcově), je problematika eutanazie velmi složitá a není pouze medicínskou záležitostí. Na základě zkušeností lze však vytyčit hlavní východiska, ze kterých by nová legislativa i klinická praxe měly vycházet (3).

Eutanazie především znamená zkrácení života čili urychlení smrti. To znamená, že jde o pouhou akceleraci "přirozeného" vývoje choroby. Je ovšem otázkou, s jakou mírou pravděpodobnosti lze predikovat tento "přirozený" vývoj choroby. Rozhodování o případné eutanazii je motivováno jak osobními, tak i společenskými východisky. Můžeme však jistě souhlasit se stanoviskem, že odmítnutí eutanazie za všech okolností vlastně znamená přiznat prioritu pouhému vegetování proti něčemu vznešenějšímu, a nakonec i popření práva člověka na "důstojný odchod ze života".

Neoddiskutovatelným principem by však mělo být, že případná eutanazie je vždy podmíněna rozhodnutím zúčastněných, ať lékaře či pacienta samotného.

Rozhodnutí nemocného ukončit léčbu by mělo být hlavním předpokladem eutanazie. Tento souhlas by měl být validní a věrohodný. V této souvislosti se zavádí pojem "živá vůle" - living will, protože jde o vyjádření přání o způsobu zacházení s jeho tělem jaksi "předem" (tedy ještě během života - například jestli si pacient bude nebo nebude přát resuscitaci) - a to v protikladu k poslední vůli - last will, kdy jde o odkaz a dispozice po smrti. Tento souhlas se jeví jako podmínka nezbytná, neboť rozhodnutí o eutanazii nelze ponechat pouze v rukou lékaře(ů), což by ve svých důsledcích mohlo vést ke kriminalizaci zdravotnictví.

Mimo to, v tomto případě zřejmě ani nelze najít legislativně průchodné řešení. Rozdělení na pasivní a aktivní eutanazii je neostře a sotva po právní

stránce udržitelné. Proto nelze určit "pasivní" a "aktivní" účast lékaře na umírání pacienta. Obrazně řečeno jde vlastně o to, na kterou stranu se otočí vypínačem. Přesto je v právním systému řady zemí pasivní umírání obvykle tolerováno a více méně běžně prováděno, zatímco aktivní přispění je prakticky všude zakázáno.

Dalším kritériem by mělo být to, že eutanazie musí být prováděna výlučně ve prospěch pacienta a nikoliv v prospěch někoho jiného (včetně toho, kdo financuje léčbu), a jediným akceptovaným důvodem k provedení eutanazie je prospěch pacienta v podobě zbavení se utrpení. Každý jiný důvod je nutno odmítnout.

Tato kritéria by mohla být východiskem pro odbornou diskuzi a upravení právního stavu v této oblasti. Jde v podstatě o to, aby se vytvořilo takové "klima", které by vycházelo z toho, že lékař je povinen učinit vše pro záchranu života, je-li záchrana možná, včetně použití všech dostupných prostředků (bez ohledu na náklady). Je-li však smrt neodvratná, je úkolem medicíny ušetřit umírajícímu utrpení a neudržovat agonií umělým udržováním životních funkcí.

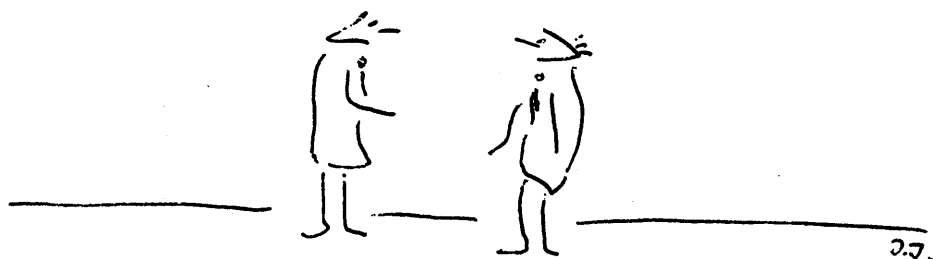
Jinými slovy, lékař by nebyl povinen využít v těchto situacích všech prostředků, které mu věda a technika nabízí pro dočasné prodloužení života, je-li to spojeno s utrpením a bez podstatného prodloužení života. Tedy v těch případech, které lékařská věda podle současných znalostí a možností považuje za ztracené a tehdy, když intenzivní péče představovuje jen prodlužování utrpení, může být nevyužití všech náročných postupů a prostředků, které moderní medicína umožňuje, považováno za postup *lege artis* (15).

Analogicky k tomu by postupem *lege artis* mohla být eutanazie prováděna, a to za podmínek výše uvedených.

#### CITOVANÁ LITERATURA:

1. HAŠKOVCOVÁ H.: Fenomén stárí. Panorama Praha 1989
2. ASLANOV A., ŠIŠINOVÁ J.: Medicína na scestí. Avicenum Praha 1981
3. PAYNE J.: Klinická etika. Triton, Skalpel 1992
4. BOUCHAL M. a kol.: Lékařská psychologie. Avicenum Praha 1981
5. GECÍK K.: Právní zodpovědnost v zdravotnictví a medicíně. Osveta Martin 1982
6. DRGONEC J., HOLLÄNDER P.: Moderná medicína a právo. Bratislava 1982
7. ŠTĚPÁN J.: Právo a moderní lékařství. Praha 1989
8. KÖRNER O., SEIDEL K., THOM A. (Edit): Grenzsituationen ärzlichen Handelns, Jena G. Fisher 1981
9. VIEWEGH J.: Psychologická hlediska péče o dlouhodobě nemocné a umírající. Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, Brno 1981
10. CHARVÁT J.: Člověk a jeho svět. Avicenum Praha 1974

11. VOJTĚCHOVSKÝ M.: Příprava na smrt. Psychoterapeutické aspekty v procesu umírání. Praktický lékař 56, 576-579 (1976)
12. PŘÍHODA V.: Ontogenese lidské psychiky. Praha SPN 1977
13. PEARSON L. (edit.): Death and Dying. The Press of Case Western Reserve University Cleveand (Ohio) London 1969
14. GOULDEN P., NAITOVE B.: Medical science and Law. Fact of File Publications. NY, New York, Bocester England 1984
15. STOLÍNOVÁ J.: K mezím péče v kritických situacích. Medico-iuridica VI. Olomouc 1986, str. 227



ŘEKNU VÁM, PANE KOLEGO, KDYBYCH  
NEBYL LÉKAŘEM, PRAVDĚPODOBNĚ ŘYCH  
UŽ DÁVNO DĚLAL NĚCO JINÉHO...



# ZE ZAHRANIČÍ

## VII. světový kongres o bolesti, Paříž 22. - 27. 8. 1993

Richard Rokyta

V uvedených dnech se v Paříži ve Francii konal VII. Světový kongres o bolesti, dosud největší ze všech dosavadních kongresů. Sdružil téměř 3.500 lidí ze všech světadílů, jimž se stal boj proti bolesti celoživotním posláním i povoláním. Vedle badatelů základního výzkumu - molekulárních biologů, biofyziků, fyziologů, anatomů, histologů, patologů a farmakologů, se ho zúčastnili i ti, kteří prakticky uplatňují poznatky o bolesti, především lékaři - internisté, chirurgové, neurochirurgové, oftalmologové, ale i lékaři praktičtí. Neméně významná byla účast těch, kteří tvoří a vyrábějí léky proti bolesti, což jsou chemici, farmaceuti, farmakologové a kliničtí farmakologové. Byli zde prostě všichni, kteří se bolestí jakkoliv zabývají. Tento kongres představoval skutečnou světovou špičku v současných poznacích o bolesti.

Obrovské kongresy neskytají velkou možnost sledovat všechny události, ale mají jednu přednost: každý si uvědomí celý rozsah problematiky a rozsah poznatků kongresu mu ukáže jeho vlastní malost a nepatrnost. Je to však i určité povzbuzení a povznesení ducha, že i on svým malým dílem může přispět k řešení otázek, které jsou na takovýchto kongresech nastolovány. Přirovnal bych tento pocit k pocitu člověka při pobytu ve vysokých horách. Rovněž zde má pocit malosti a absolutní beznaděje zdolat všechny vrcholky, přesto však má velkou chuť zdolat alespoň některé. Velké kongresy navíc přinášejí kromě vlastního vědeckého poznání i možnosti osobních seznámení, poznání laboratoří i zúčastněných firem.

Kongres byl velice dobře zorganizován. Byl rozčleněn do pěti dní, každý den začínal program v 8,30 a končil v 18 hodin. Během některých večerů probíhaly ještě workshopy, které doplňovaly celé spektrum kongresu. Každý den kongres začínal pozvanou přednáškou, během poledne byly další souborné přednášky s diskusí, odpoledne do 16 hodin byla vždy vybraná symposia a diskuse na příslušná témata. Po nich následovaly speciální semináře. Lze říci, že kongres skutečně pokryl veškerou současnou problematiku o bolesti. Zvané přednášky kongresu byly následující:

- M. A. Somerville: Pain, Suffering, and Ethics.
- C. A. Miaskowski: Pain Management: Quality Assurance and Changing Practice
- K. M. Foley: Cancer Pain Relief- WHO Cancer Pain Relief Program
- H. Flor: The Psychobiology of Chronic Pain

- F. J. Keefe: Pain Behavior Concepts: Controversies, Current Status, and Future Directions
- S. J. Linton: Preventing Chronic Pain
- R. F. Schmidt: Silent and Active Nociceptors Structures, Functions and Clinical Implications.
- C. Stein: Interaction of Immune-Competent Cells and Nociceptors
- E. H.T orebjörk: Nociceptor Dynamics in Humans
- A. H. Dickenson: Where and How Opioids Work in 1993?
- R. K. Portenoy: Opioid Tolerance and Responsiveness: Clinical Implications
- M. B. Max: Clinical Studies of Opioids - New Approaches and New Findings
- J. Olesen: Pathophysiology of Human Vascular Headache
- M. A. Moskowitz: Neurovascular Mechanism in the Pathogenesis and Treatment of Migraine
- M. D. Hamon: New Insights into Serotonergic Mechanism of Pain Control
- W. D. Willis: Central Plastic Responses to Pain
- M. Tohyama: Glutamergic Neurotransmission, Proto-Oncogenes and Pain
- H. J. McQuay: Do Pre-Emptive Treatments Provide Better Pain Control
- H. L. Fields: Neuropathic Pain: Mechanisms and Medical Management
- H. Blumberg: Mechanisms of Reflex Sympathetic Dystrophy and Sympathetically Maintained Pain Syndrome
- G. J. Bennett: Animal Models of Neuropathic Pains

Na kongresu byly řešeny i mnohé organizační záležitosti. Především proběhlo generální shromáždění, na kterém převzal předsednictví odstoupujícího prof. Lindbloma ze Švédska prof. Loeser ze Spojených států. Byl zvolen nový výbor s novým prezidentem elect (od r. 1996). Stal se jím Jean Marie Besson z Paříže, sekretářem je Dr. Fields. Mezi členy odstoupujícího výboru byl i československý zástupce MUDr. Ladislav Vyklický, DrSc.

V současné době má Světová organizace pro výzkum bolesti 60 národních či regionálních členů. Proto, aby se někdo stal členem musí mít 25 řádných členů. Čechy ještě členy nejsou, protože mají pouze 23 členů. Za nové členy bylo přijato 12 zemí a věříme, že za další 3 roky bude přijata i Česká republika.

Co tedy kongres přinesl? Především mnoho poznatků o periferních i centrálních mechanismech bolesti. Byly identifikovány nocisenzory na úrovni míšni, podkorové (především thalamické) a korové. Proti dřívějším představám se ukazuje, že existují speciální nociceptory (nocisenzory), které mají svůj morfológický základ v nocicepčních neuronech na všech etážích, tzn. v míše, thalamu, hypothalamu, mozkové kůře. Existují dva druhy nociceptorů:

- 1/ nociceptory, které reagují spontánně;
- 2/ mlčící nociceptory, které odpovídají až na speciální bolestivé stimulae.

Na regulačních procesech se podílí několik oblastí thalamu a hypothalamu, dále mozková kůra a mozkový kmen. Co se týče chemického ovlivnění bolesti byla objevena celá plejáda nových látek jak steroidního tak nesteroidního typu.

Byly zavedeny i některé nové chirurgické, zejména mikrochirurgické techniky, které lze používat k léčení bolesti. Ukazuje se, že zejména stimulace některých mozkových struktur (především thalamických) bude mít v budoucnu značnou úlohu. Této problematice bylo věnováno celéodpoledne. Nejvíce operací provádí Taskerova klinika v Torontu, Benabidova v Grenoblu, kliniky v Paříži (Nguyen, Cesaro) a Zurichu.

Velmi významnou složkou bolesti je i její psychologie. Kongres znovu ukázal, že bolesti se lze učit, že je to memory-like proces. Psychologický přístup k bolesti se v praxi zanedbává. Butler dal do vztahu jednotlivé typy bolestivých reakcí, a to takto:

bolestivé chování

utrpení

bolest

nocicepce

Samozřejmě, že velká pozornost byla věnována i neuromodulátorům, které ovlivňují bolest, zvláště beta-endorfinům, enkefalinům a dalším. Tyto látky jsou nadále středem velkého zájmu.

Bolest je chápána v několika rovinách a lze ji rozdělit na tyto typy:

Fázická bolest

první, transitní bolest

Tónická bolest

trvalá bolest patofyziologického původu

Problémy bolesti jsou etické a praktické:

Etický problém spočívá především v trvání nocicepce a v užívání anestetik a analgesie. Praktický problém v trvání nocicepce, v její lokalizaci a v chování po neuropatii. Zásadním problémem všech modelů je, že krysa a ani jiné zvíře nám nemohou nic říci o lumbální bolesti.

V experimentálním studiu bolesti se velkému zájmu těší různé modely bolesti, které byly předmětem několika přednášek a mnoha posterů a které velmi dobře shrnul ve své přednášce Dr. Seltzer z Izraele. Základními modely jsou:

- 1) deafferentační autonomie, zavedená Basbaumem v r. 1974,
  - 2) neuronální autotomii zavedl Wall v r.1979,
  - 3) parciální konstriktce n. ischiadicus, což zavedl Bennett a Xiev r. 1987,
  - 4) Seltzer et al. uvedli další model neuropatie jako částečný podvaz nervu v r. 1989,
  - 5) stejně jako Kim a Chang v r.1991, kteří přerušovali spinální nervy,
  - 6) Streptozocinová diabetická neuropatie byla realizována poprvé v r. 1987.
- Tento model je mimořádně důležitý pro klinické hodnocení. Podobné změny jsou i u aloxanového diabetu a spontánních diabetických krys.

Přehled vlastností jednotlivých neuropatických modelů:

- Deafferentační autotomie - Bassbaum 1974

Změny se týkají spinální a supraspinální aktivity. Objeví se za 15 dní pooperačně. Trvání 2 měsíce.

- Neuronální autotomie - Wall 1979

Simuluje anesthesia dolorosa nebo fantomovou bolest. Objeví se za 3 týdny, trvá 2 měsíce. Objeví se ektopická neuronální aktivita.

- Částečná konstrikce ischiadického nervu způsobující neuropatii - Bennett a Xie 1987

Začíná 2-5 dní pooperačně, trvá 2-3 měsíce. Objeví se hyperalgesie, allodynie, paresthesie, dysesthesie, dále ektopická neuronální aktivita primárních aferentních zakončených zadních kořenů i centrálních neuronů spinálních a thalamických.

- Model jemné ligatury 1/3-1/2 ischiadického nervu - Seltzer, et al. 1987

Objeví se 1-2 dny pooperačně, trvají 7 dní, neodpovídá na opioidy, lehká allodynie.

- Model Kima a Changa 1991

lehká ligatura spinálních nervů L<sub>5</sub>, L<sub>6</sub>

způsobí kausalgii

- Diabetická neuropathie - vyvolaná streptozocinem - Warrin-Bieran 1987

Vzniká mechanická hyperalgesie - 7 dní pooperačně. Podobné příznaky jsou i u spontánně diabetických kryš.

Co mohou všechny tyto modely napodobovat? Jednak celkový syndrom či individuální symptomy a přiblížit se lidským klinickým symptomům.

Zdroje variability modelů:

různé kmeny (smíšený genotyp)

různé druhy

věk

váha

vlivy prostředí (diurnální rytmy) - mění se hladina neurotransmiterů

pohlaví

druh potravy

teplota okolí

Samozřejmě, že vliv mají i metody testování a příprava modelů. Diskutabilní zůstává i používání kontralaterální strany jako kontroly.

V této souvislosti bych chtěl upozornit na náš model akutní bolesti. (Rokyta et al. 1985). Je modelem typu akutní neuropatie.

Celou kapitolu představují i modely artritických bolestí. Nejčastější jsou modely vyvolané aplikací Freudova adjuvans (Mycobacterium butyricum) či hořčičného oleje.

Arthritické modely  
formalin účinek za 0-60 min.  
carageneen 2-6 hod.  
Freudovo adjuvans 4hod. - 4 dny  
UV iradiace dny - měsíce

Kayser ve své přednášce rozebrala mechanismy účinku morfinu a jeho antagonistů u modelů monoartritických a polyartritických krys po injekci Freudova adjuvans a carrageenu. Převážně se věnovala Naloxonu (objeven Lastisem 1965). Studovala nízké dávky naloxonu 300mg/kg i.v. a dále účinky morfinu v dávce 3-50mg/kg. Již malé dávky morfinu způsobí hypoalgezií. Studovala i vliv kappa antagonistů (MR 2266) a alfa antagonistů (ICI 174,4)

Michal Moskowitz pojednal o neurovaskulárních mechanismech v patogenezi a léčení migrény. Studoval zejména účinek Sumatriptanu. Ten selektivně blokuje vývoj neurogenního zánětu v meningách. Sumatriptan inhibuje vývoj endoteliálních, destičkových a žírných buněk vyvolanou antidromní stimulací trigeminu. Sumatriptan blokuje rovněž extravazální odpovědi. Neblokuje tachykinin, ale redukuje hladiny CGRP (calcitonin gene - related - peptide), zejména v nucleus trigeminalis caudalis.

### **Centrální bolestivé syndromy a jejich léčení**

Centrální bolest je způsobena změnami v CNS.

V USA se ročně vyskytuje:

poškození míchy 68 000  
roztroušené sklerózy 34 000  
krvácení 29 000 pacientů

**Thalamické infarkty a centrální bolest jsou vyvolány:**

- 1) lézemi jader ventroposterolaterálních (VP)
- 2) lézemi jader tuberothalamických (jádra přední- VA-ventralis anterior, VL-ventralis lateralis)
- 3) lézemi zadních a laterálních oblastí (GL - n. geniculatum laterale)

Kvalita centrální bolesti - pálivá, štípaná, ohraničená ve vrstvách.

**Mechanismy vzniku a charakteristiky centrální bolesti:**

- 1) Odstranění inhibice uplatňované cestou nc. reticularis thalami (Pollin, Rokyta 1982)
- 2) sympatická dysfunkce
- 3) poškození spinothalamického traktu
- 4) desinhibice dráhy PC-MC

- 5) léze v sensorických strukturách ovlivňují somatickou sensibilitu
- 6) ve všech strukturách je vřetenkovitá aktivita
- 7) ve všech strukturách je hyperpolarizace buněk
- 8) bolest má svou somatologii

Suzanne Wiesenfeld - Hallin se zabývala experimentálními modely centrální bolesti a jejich výkladem.

Spinální ischemii lze vyvolat laserem s argonem - to vyvolá vznik kyslíkových radikálů v endotheliální stěně.

#### **Modely centrální bolesti:**

- 1/ poškození míchy
- 2/ intracerebrální poškození ("thalamická bolest")
- 3/ poškození zadních kořenů
- 4/ dorsální rhizotomie (Bassbaum, Albe-Fessard, Lombard). Je zajímavé, že dochází ke sproutingu (prorůstání) vláken z ostatních segmentů.
- 5/ model intraspinální léze (Yeziarski et al). Nervová degenerace míšních kavit byly vyvolány intraspinální injekcí quiskvalátové kyseliny. Po této injekci se v míšních segmentech L<sub>2</sub>-L<sub>5</sub> Rexedových zónách I-VIII- zvýší buněčná spontánní aktivita, zkrátí latence vyvolaných antidromních odpovědí a prodlouží trvání následných výbojů (after-discharge).
- 6/ přechodná ischemie míšní (X. j.XII) - provádí se fotochemicky.

#### **Neuropatické modely:**

- 1/ periferní neuropatie (viz výše)
- 2/ post-traumatické neuropatie - charakteristika:
  - a/ kompletní přerušení nervu (amputace)
  - b/ kausalgie
  - c/ poškození měkkých tkání - reflexní sympatická dystrofie
- 3/ diabetická neuropatie
- 4/ post-herpetická neuropatie

Bolest je intenzivně studována i metodami molekulární biologie. Ta ukázala, že přetrvávající bolest a zánět zvýší hladiny prodynorfinové mRNA v míše. Zvýší se genetická transkripce po zánětu. Geny kódují mimo transmitery i přenosové faktory, receptory a růstové faktory. Genové změny po bolesti nastávají později než změny behaviorální (Dubner, Ruda). Geny se dají dobře znázornit i histochemicky. Při bolestivém poškození je za příslušné změny odpovědný vždy 1 gen.

## Léčení bolesti.

Kupers z Leuvenu z Belgie rozebral možnosti léčení neuropatické bolesti stimulací VPL a VPM. Není znám přesný mechanismus tohoto efektu, ale funguje. Je zajímavé, že VPL stimulace ovlivňuje víc mechanickou allodynii než tepelnou. Tato odpověď není ovlivněna Naloxonem.

Stimulace nc. raphe magnus nezpůsobí jen zvýšení hladiny endorfinů a morfinu, ale vyvolá i zvýšení hladiny serotoninu. Serotonin seúčastní na analgetickém účinku morfinu. Injekce morfinu do mozkového kmene uvolní serotonin. Serotoninový receptor se skládá z 15 různých receptorů. Ty jsou lokalizovány na zakončeních primárních aferentních vláken. Přerušení zadních kořenů sníží počet receptorů. Serotonin produkuje analgetický efekt na míšň úrovni (M. Hamon), zatímco na periférii naopak snižuje práh bolesti (prodlužuje latenci tail-flick).

Allodynie (bolest způsobená stimuly, které normálně bolest neprovokují). Mohou ji zprostředkovat - MK-801 (antagonista NMDA receptorů), CI 977 (antagonista Kappa - receptorů), CI 988 (antagonista CCK-B receptorů), Baclofen (GABA-B agonista), CI-96,345, CAM-1481 (CCK<sub>1</sub> antagonist). Antagonisté CCK-B receptorů mohou mít také anxiolytický efekt.

Keneth Casey (USA) měl referát na téma "Laserem vyvolané evokované potenciály při studiu abnormální bolesti u lidí". Laser způsobí změny tepelné, vibrační a hluboké citlivosti.

P. Cesaroz Paříže referoval o studiích pomocí CPECT a PET a o změnách neuronální aktivity v mozku u pacientů s chronickou bolestí. Hypersensitivita je způsobena ztrátou inhibice GABA-ergních neuronů z nc. reticularis thalami. To potvrdilo předpoklad, který jsme s ním a dalšími spolupracovníky prokázali u zvířat.

Při léčení bolesti je zajímavé, že antikonvulziva působí špatně na centrální bolest. Amytryptilin je účinný u pooperační bolesti. Besson zdůraznil, že morfin je stále nejlepší analgetikum, ale je na něj návyk.

Z dalších zajímavostí uvádím, že receptory jsou 100x větší než transmittery. Metodou C-fos supression bylo dokázáno, že hyperalgesie je největší 3 týdny po začátku artritidy a snižuje se po aspirinu.

vlivy na úrovni nociceptorů a přenosu bolestivých signálů jsou ovlivňovány několika mechanismy. U neurogenních modelů jsou to především:

- antagonisté bradykininu
- inhibice cyklooxygenace
- antagonisté NK<sub>1</sub>
- agonisté 5-HT<sub>1</sub>
- antagonisté noradrenalinu



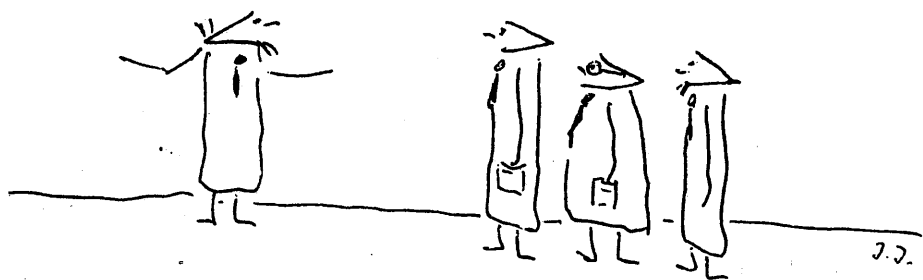
u neuropatických modelů:  
blokátory iontových kanálů  
lokální anestetika  
antikonzulziva  
deriváty capsaicinu

Obecně se uplatňují ještě antagonisté kainátových receptorů a inhibitory oxidu dusíku (NO). Zdá se mně, že se ukazují významné souvislosti mezi různými typy nemocí, zvláště nervových a psychických. Jejich společným regulátorem jsou především receptory. Na nich začínají děje, které potom vedou buď k bolesti, či k epilepsii, či k depresi atd. Ukazuje se znovu, jak jsem již dříve zdůraznil (VNR1992), že existují společné jmenovatele nervových a psychických onemocnění a záleží jenom na druhu podnětu a na jeho zpracování, jak se bude vyvíjet další patogeneze různých nervových a psychických chorob. Příkladem plastických regulujících receptorů jsou receptory NMDA. Tato vzájemná souvislost je čím dále více evidentní. Ukazují to i pokusy s léčením bolesti NMDA antagonisty, antagonisty serotoninu a dalšími látkami.

Samozřejmě, že kromě vědeckého programu byl i rozsáhlý program společenský. První z nich byla Wellcome party s vynikající atmosférou, umocněnou speciálním a velice nekonvenčním uměleckým vystoupením typickým pro Francii a speciálně pro Paříž. Účastníci byli přijati i na pařížské radnici zástupcem pařížského starosty Jacquesa Chiraca. Při této příležitosti byly uděleny stříbrné medaile města základajícím členům IASP, a to první prezidentce prof. D-Albe-Fessard, a druhému prezidentu prof. Johnu Bonicovi. Jean-Marie Besson byl poctěn přednáškou John Bonica Memorial Lecture, která měla název: Hope, Despair, and Hope. Shrnuj svůj výzkum za posledních 25 let. Dr. Kayserz (lab. INSERM Dr Bessona) dostala cenu IASP pro mladé pracovníky a Dr. Kuhner z Německa dostal cenu IASP za nejlepší výzkum za poslední tři roky. Kongresu se zúčastnilo asi 12 Čechů a Slováků.

Můžeme se těšit i na to, že kongres dal podnět českým účastníkům k tomu, aby se daleko více a intenzivněji jak věcně tak i organizačně zabývali bolestí, aby byly založeny kliniky bolesti. To se zvláště nabízí v souvislosti s nabídkou francouzské firmy UPSA a univerzity v Bordeaux, která má s naší univerzitou uzavřít spolupráci na výzkumu léčení bolesti. Bylo by ku prospěchu pacientů i pro ty, kteří bolestivými syndromy trpí a kteří by uvítali jakoukoliv pomoc při odstraňování a léčení bolesti. A nejen proto, že se dnes bolest považuje za samostatnou nosologickou jednotku, rozšířenou po celém světě.

To vše potvrdil i tento kongres.



LABORATORNÍ ZVÍŘATA NÁM KLADOU OTÁZKU:  
"PROČ PŘÁVĚ MY?" A JAK SE TAK DÍVÁM NA  
LIDSTVO, ASI JIM NA NI BUDEME JEN TĚŽKO  
ODPOVÍDAT . . .

# ROZHLEDY

## Fragmenty k filosofii výchovy

Zdeněk Pinc

Jan Patočka (1) kdesi píše, že otázky původně nejsou nic jiného než prázdná místa v našem činnostním rozvrhu. Chce tím ukázat, že každá naše dělná činnost je vždy nějak orientována podle věcí, kterými se v ní zabýváme. Abychom mohli takovou činnost vůbec vykonávat, musíme se věcí dotazovat na možnosti, které nám skýtají.

V životě mýtického člověka takové mezery v životním rozvrhu neexistují. V mýtu člověk vždy už ví předem, když se táže. Jeho život uplývá zcela v zajetí původní vzpomínky a původních rytmtů, čas je v mýtu frázován mezi všední a posvátné. Snad bychom mohli říci, že mýtický člověk nežije v možnostech, ale v možnosti, kterou je mu ustavičná připomínka původní prasisituace, kdy se všechno podstatné a určující pro život již stalo. Mýtickému člověku pak zbývá v každém okamžiku dostát jednoznačnému určení, které mu původní prasisituace přiřazuje.

Řecká filosofie je v tomto smyslu ona zvláštní, nová lidská možnost, ona nehoráznost, která protrhává božský řád mýtu a táže se problematizujícím způsobem: co je to, co se nám ukazuje? Ona první otázka filosofie - a poté vůbec všechny skutečné otázky - je tedy především hluboká. To znamená, že je to taková otázka, na kterou není známa odpověď.

Život se nadále už nebude odvíjet jednoznačně a bez varianty, nýbrž bude vystaven trvalému provizóriu a problematické lidské snaze toto provizórium vyplňovat a zabezpečovat se proti průniku neznáma.

V mýtu probíhá život jaksi zcela v dimenzi posvátna. Každodenní přežití je závislé na tom, zda členové společenství i toto společenství jako celek jsou schopni dostát nárokům posvátna. Po objevu filosofie se dimenzi každodennosti dostává nové důstojnosti. Právě na pomezí každodenní praktické činnosti objevují řečtí filosofové udivující, to jest hluboké otázky, které ukazují kamsi za hranici všedního dne a skýtají posléze pojmovou oporu pro další tázání, jehož tématem je hranice skutečnosti a ona zvláštní, právě tehdy objevená, významová dimenze jazyka.

Říká-li Eugen Fink (2), že řecká filosofie klasické éry je povstáním světelného mýtu proti tragickému pocitu života, jak jej zachycuje ještě řecká tragédie, je mu potřeba rozumět v tomto smyslu. Filosofie je tak pokusem o nalezení nové důstojnosti každodennosti.

Moderní člověk naproti tomu žije už téměř zcela jen v oné každodenní dimenzi. Denní rozvrh jej vládí s sebou, novověká vláda nad věcmi se paradoxně projevuje tím, že jsme otroky věcí v onom podivném světě konzumní

společnosti, kde je vše na objednávku, včetně našich potřeb. Odvěké frázování času mezi každodennost a posvátno se rozpadlo v podivnou, idiotickou součinnost odpočinku (respektive volného času) a odcizené práce, jejímž cílem je získání poukázek na uspokojení potřeb, které samy jsou na zakázku, jsou produktem podobného výrobního procesu. Rozvrh moderní společnosti tak jaksi opět nabývá celistvosti a souvislosti a místa pro otázky se znovu ztrácejí.

Výchova samozřejmě pracuje s jakousi karikaturou původního tázání. Je založena na předpokladu, že na předem dané správné otázky existují předem dané správné odpovědi a smyslem procesu výchovy je pouze co nejefektivnější předání hotových odpovědí nastupující generaci. Finkem (3) formulovaná antinomie výchovy, spočívající v nepřekročitelném rozporu mezi vzděláním a kvalifikací, nás informuje právě o tomto jevu. Zatímco kvalifikace patří ke každodennosti, je to soubor praktických grifů, jak co nejefektivněji uskutečňovat tu kterou možnost, vzdělání patří bytostně k pólu posvátna. Je to cosi souvislého, cosi jako impregnace, co se vyskytuje v silnější či slabší vrstvě, čeho smyslem je uzpůsobit člověka pro duchovní život.

Duchovní život v klasickém výměru Patočkově (4) je spojen s třetím ze základních pohybů existence, s pohybem pravdy, a vede na hranici skutečnosti, aby ukazoval, že skutečnost má v sobě cosi temného, že skutečnost je něco takového, co bytostně nemáme v rukou. Duchovní člověk tedy není vyvaděč z jeskyně (5), protagonista utopického mýtu, jenž slibuje překonání pouhé skutečnosti našeho každodenního života ve jménu budoucího nalezení sféry nějakého pravého bytí, které nás zbaví starosti a vyvede nás ke Slunci.

Duchovní člověk ví, že skutečný život je zde, v tomto slzavém údolí jeskyně, že nahlédnutí (EPISTÉMÉ) je navždy odkázáno na mínění (DOXÁ), ale žije tak, že je vždy ochoten podřídit své jednání nahlédnutí (6). Zatímco intelektuál, expert, patří k dimenzi každodennosti a kvalifikace a věří, že posvátno je cosi jako potřeba, cosi takového, co je možné ovládnout, vytvořit, objednat a uspokojit, spatřuje duchovní člověk za hranicí každodennosti strhující, orgiastický živel noci a posvátnosti jako cosi mocného, uchvacujícího, ale také nebezpečného a ohrožujícího, něco, co nemáme a nemůžeme mít v rukou.

Vzdělání je tedy cosi takového, co disponuje člověka k tomu, aby rozuměl světu, ve kterém žije, aby chápal, že tento svět není jen cosi samozřejmého a daného, ale cosi živého, o co je třeba se starat, aby to nepropadlo zničení. Vzdělání učí člověka odkázanosti na svět ve smyslu KOSMOS.

Šířící se deviantní chování mládeže v dnešní pozdní době je tak třeba pochopit jako odezvu na skutečnost, že dnešní nastupující generace stále méně rozumějí světům svých rodičů. V oblasti každodennosti a kvalifikace přece zůstává stále mňí a mňí toho, co je možné smysluplně předávat. V dnešním světě se každá generace musí naučit téměř všechny grify znova a grify generace otců jsou nejvíc ze všeho hodny posměchu, nebo posléze, jako grify dědečků a

předků, předmětem nostalgické vzpomínky. Vzhledem k tomu, že prakticky celá výchovná energie je v dnešní společnosti plýtvána na kvalifikaci, vzniká mimoděk dojem, že podobný novalismus je oprávněn převládnout i v oblasti posvátna.

Ivan Illich (7) ve skandální knize sedmdesátých let ukazuje na to, že v oblasti vzdělání vynakládá společnost stále víc času a prostředků se stále horším a horším efektem. Říká-li Illich, že dnešní pedagogika je něco mezi prostitutí a policií, je třeba mu rozumět tak, že potřeba společenství rodičů připravit společenství dětí na život je v dnešní společnosti neurotická a kolísá mezi metodou cukru a metodou biče. Dosažení dospělosti je pak uměle oddalováno a má v generaci dětí za následek bujení blazeovanosti a neschopnosti starat se o sebe sama.

Dnešní škola a celý systém výchovy je založen na rozsáhlých souborech poznatků, které jsou dle mínění generace rodičů a učitelů pro život nezbytné, když však konečně generace žáků opustí školní škamny, zjistí, že jsou více méně zbytečné: škola se beznadějně opožďuje za životem.

Převládá zde přesvědčení, že otázky jsou metodou, která umožní porozumění. Přitom je tomu naopak. Teprve ten, kdo rozumí, je schopen se skutečně ptát. Otázky, kterým učí dnešní škola, se od odpovědí bezpečně poznají tím, že jsou zakončeny otazníkem, učí se ovšem současně s odpověďmi - dokonce občas dodatečně, aby dokumentovaly schopnost se ptát - a jako skutečné otázky jsou bezcenné. Říká-li zakladatel hermeneutiky H. G. Gadamer (8), že určité věty rozumím tehdy, jsem-li schopen formulovat otázku, na kterou je tato věta odpovědí, vyjadřuje mnohem radikálnější kritiku soudobého školství než provokačně formulující Illich. Dnešní škola systematicky a záměrně vychovává hermeneuticky defektní absolventy, připravuje je v nejlepším případě pro další školu a jejím ideálem je posléze celoživotní uzavření člověka do školních škamen ve snaze zabránit fatálnímu propuknutí některé z četných deviací. Odborně se tomu říká budování systému celoživotního vzdělávání, jde ale o implicitní obranu společnosti na způsob soudobého vězeňství a ústavní péče psychiatrického zabezpečení. Trvalou neukončeností kvalifikace lze totiž účinně prohlubovat závislost člověka na institucích, a to dokonce humánnějším způsobem, než když jej preventivně umístíme do ústavu či do vězení.

Deviantní chování mladé generace je tak třeba vidět jako pochopitelnou reakci na inflaci rozumění v soudobé společnosti. Každý sebezproblematictější závan posvátna je schopen rozvrátit život člověka, který je zcela nedostatečně impregnován pro život. Namemorované poučky a maximy se zcela mňejí s možnostmi, které se člověku nabízejí v každodenním životě, a vedou ke zcela nespojitému prožívání dne - oné dimenze memorace, práce a disciplinace - a noci - sféry pokleslého, orgiastického posvátna, které je vytržením, jež snadno může přejít v závislost a úpadek.

Samo slovo "scholé" ukazuje cestu ze soudobého marasmu. Škola znamená původně prázeň, přestávka. Ano, škola patří k pólu posvátna, je místem, kde se protrhává každodennost a člověk se připravuje na přijetí posvátného. Tak rozuměli škole církevní reformátoři, a pouze okolnost, že pro ně posvátno bytostně souviselo s textem Písma, byla původně příčinou, že škola se záhy stala průpravou k tomu, aby se člověk naučil číst.

Cesta z přítomné krize vede tedy, dle mého mínění, směrem k otevření školy pro posvátno. Tím samozřejmě nehoruji pro nějakou zpětnou přeměnu školy v orgán náboženství či církve. Škola by měla být místem pro otázky, místem, kde se protrhává každodenní rozvrh a kde sídlí rozumění. Rozumět v tomto smyslu znamená, že ten, kdo vyslechl moji promluvu je schopen - díky zázračnosti jazyka - vyjádřit totéž, jenže jinými slovy, a já uznám, že jeho promluva je i pro mne skutečně ekvivalentní. Škola by v tomto smyslu měla být místem EUBULIA, místem výchovy ve smyslu dobrerady (9), neboť člověk je místem, kde se odehrává svár mezivěděním a nevěděním. Škola je místem, kde zkoušen a dotazován je především učitel.

Základním pojmem, kolem kterého se takový výměr školy točí, je zodpovědná svoboda. Již Friedrich Nietzsche (10) ukázal, že svobodu můžeme myslet dvojím způsobem. Jednak jako osvobození, jako svobodu "od něčeho", a jednak také jako svobodu tvorby, svobodu "k". Zodpovědná svoboda otevírá prostor pro hluboké otázky - znamená tedy, že neexistují takové otázky, které by byly zapovězeny. (Snad zapovězeny jsou jediné ty, které jsou zodpovězeny.)

Zodpovědná svoboda znamená ovšem také, že spíše zodpovídám "za" otázky než "na" otázky. Odpověď vždycky ukazuje za otázku, k horizontu skutečnosti, k její temné mezi. Odpověď tedy v tomto smyslu musí být především dlouhá. Je promluvou o tom, za jakých okolností má otázka smysl, jaké alternativy pro odpověď na ni mi teď tanou na mysli, je poukazem k tomu, že nekončí. Taková dlouhá, zodpovědná odpověď končí vždy poukazem "a tak dále", končí tam, kde právě teď už odpovědět neumím, nebo nestačím. Je také dokonalou prověrkou smysluplnosti onoho školního rozumění, které provází. Dobrá škola nekončí vysvobozením, které přichází v podobě zvonění. Zvonek pouze poukazuje k členění času a v dobré škole je přehlušován žadoněním žáků, kteří - podobně jako v té babiččině pohádce - chtějí vždycky znova vědět, jak to bylo dál.

(1) srv. Jan Patočka, "Základní problémy předsokratovské filosofie", cyklus přednášek na FF UK Praha 1970/71

(2) srv. Eugen Fink, "Methaphysik der Erziehung", 1974

(3) srv. Eugen Fink, "Natur, Freiheit, Welt", 1953

(4) srv. Jan Patočka, "Duchovní člověk a intelektuál", Souvislosti 1/91

(5) srv. Dušan Třeštík, Přítomnost, 7/92

- (6) sr. Jan Patočka, "Evropa a doba poevropská", 1992
- (7) sr. Ivan Illich, "Entschulung der Gesellschaft", 1972
- (8) sr. Hans-Georg Gadamer, "Wahrheit und Methode"
- (9) sr. Eugen Fink, "Natur, Freiheit, Welt", 1953
- (10) sr. Friedrich Nietzsche, "Tak pravil Zarathuštra", 1967



## Jaký by měl být pedagog? (Příspěvek ke koncepci učitelského vzdělávání)

Vladimír Šimek

*Ačkoliv tento článek vzešel z půdy Pedagogické fakulty, redakce VNR se domnívá, že jeho obsah je velmi podnětný i pro pedagogy jiných fakult. Rozhodli jsme se jej tedy v mírně upravené verzi přinést i čtenářům našeho časopisu - především pak lékařům, kteří, ač vykonávají na půdě LF UK (a potažmo tedy samotné university) pedagogickou práci, považují ji často spíše za cosi okrajového, místo aby ji chápali jako další, rovnocenný rozměr jejich vlastní profese.*

J.J.

Totalitní režim sice padl, ale společenský vývoj se ubírá jinými cestami, než mnozí z nás očekávali. Průměrně soudní lidé jistě neočekávali okamžitý blahobyt a pouze pozitivní změny. Neočekávali jsme však zároveň onu velkou míru demoralizace, která se projevila - a bohužel se ještě prohlubuje. Mám na mysli především hysterii ziskuchtivosti, nárůst zločinnosti a úpadek kulturnosti v širokém smyslu slova. Pokládám proto za nejdůležitější úkol současnosti nalézt co nejrychleji východiska z neutěšené situace, především pak vybudovat "hráze" proti ničivým morálním proudům.

Nejúčinnější "hrází" je kvalitní výchova - kvalitní škola. Kvalitní škola = kvalitní učitel. Kvalitní učitel musí mít morální, vědomostní a osobnostní předpoklady k tomu, aby připravoval nové generace, poznamenané hloubkou demoralizací, které nastoupí do činného života za deset až patnáct let. Tak dlouhá je totiž doba školní přípravy. Učitel a škola tedy musí být nejenom na výši doby, ale předjímat pravděpodobnou životní situaci v budoucnu.

Zodpovědnost učitele a školy vůči společnosti je nesmírná. Pruský důstojník v Herbenově knize "Do třetího a čtvrtého pokolení" zdůvodňuje brumovickému faráři vítězství Prusů u Hradce Králové - po předchozí drtivé kritice místní školy a učitele - takto: "Geniální vojevůdce může udělat sebelepší plán, mužstvo mu jej prohraje, když vyroste v takovém nepořádném a zanedbaném světě. Jestliže my jednou potáhneme na Rusko nebo na Francouze, naši vojáci vyhrají také v Rusku a ve Francouzsku. Protože vyhrají průstí učitelé!"

Kvalitní škola a kvalitní učitelé nevzniknou dekretem, ani mnohdy problematickou rekvalifikací. Kvalitní učitel může vyrůst řekněme za pět let po vstupu na konsolidovanou školu. Nejprve je tedy nutné vytvořit tyto konsolidované školy. Je třeba urychleně vytvořit koncepci učitelského vzdělávání. Je třeba udělat z učitelského povolání povolání prestižní a vyžadovat pak na učiteli vlastnosti nezbytné k jeho tvořivému výkonu.

*Učitel a školství* snad všude na světě stojí ve stínu ostatních resortů. Jistě, má-li ten který stát dobré odborníky různých oborů, například zdravotní personál, lékaře i badatele v oboru lékařství, má-li vzkvétající obchod, klesá-li v něm kriminalita (to jest přibývá morálních lidí), je to vše do jisté míry výsledkem působení školství, tedy učitelů. Výsledky však vykazují jiné resorty: zdravotnictví, obchod, bezpečnost či justice. Na podíl učitelů se obvykle nevzpomene.

Tím méně si pak společnost uvědomuje *komplikovanost učitelské práce*. Nezapomínejme, že úkolem učitele je nejenom vzdělávat, ale také vychovávat, a to od mateřské školy až po vysokou (i když vysokoškolská učitelé si tuto povinnost nepřipouštějí). Obojím se, pravda, zabývá také rodina (pokud funguje). Rozdíl však spočívá v tom, že rodina většinou tuto činnost provádí amatérsky, zatímco škola by měla být profesionální. Učitel musí být odborně připraven na výchovnou i vzdělávací činnost. Zároveň by mu však neměl chybět ani amatérismus v ušlechtilém významu pojmu, to jest láskyplný přístup k oboru, žákům a lidem vůbec. Učitel musí, je-li to třeba, fungovat i jako rádce rodičů a určitého okruhu společnosti. Ano, povinností dobrého učitele je mnoho.

Ten, jehož úkolem je vychovávat, ať už v rodině nebo ve škole, musí mít tedy řadu vlastností, které z člověka vytvářejí *osobnost*. Rozumějme tím v tomto textu člověka v pozitivní jednotě jeho schopností, rozumu, citu a vůle, s vyhraněnými pozitivními společenskými vztahy a postavením. Jde tedy o integrovaného jedince s kladnými duševními vlastnostmi, nebo alespoň s převahou pozitivních vlastností. Pokud není vychovatel osobností, nemá naději na úspěch ve výchovné činnosti - ať už se jedná o učitele anebo o rodiče.

Osobnost musí mít samozřejmě určité předpoklady vrozené, je však třeba rozvinout je výchovou. Ta může při krystalizaci sehrát rozhodující roli. I když se na tomto místě nelze šffit o formách výchovy, je třeba zdůraznit, že jsou tím účinnější, čím jsou nenápadnější; dále pak, že výchova je záležitost dlouhodobá a systematická.

Z předchozího plyne, že učitel, který je - nebo má být - výchovným a vzdělávacím profesionálem, musí být osobností. Tím dospíváme k základnímu požadavku na učitelské vzdělání, který je až dosud z nepochopitelných důvodů zcela opomíjen.

Budu však konkrétnější, než je u nás zvykem, pokusím se alespoň v základních rysech charakterizovat svou představu *pojmu osobnosti učitele*. Vyjdu z následujícího schématu:

## OSOBNOST UČITELE:

etičnost (morálnost)

kulturnost (estetičnost)

filosofické myšlení

kreativita

odbornost .....

## ODBORNOST:

znalost předmětu

komunikativní dovednosti

psychologie, sociologie

pedagogika, didaktika

V levém sloupci jsou vlastnosti, které modelují osobnost učitele. Mezi ně nutně patří i odbornost. Učitele, který není odborníkem ve svém oboru, bude sotva kdo pokládat za osobnost.

Proti běžnému současnému pojetí učitelského vzdělání je zde zásadní rozdíl. Především samotný levý sloupec. Modelování osobnosti učitele zatím nebyla vůbec věnována pozornost, tím méně v takové míře, jak je v navrženém schématu. Odbornost je dosud pojímána převážně jako ovládnutí matematiky (do určité úrovně), českého jazyka a literatury (do určité úrovně) atd., znalosti a dovednosti specifické právě pro učitelské povolání (viz druhý sloupec) jsou značně zanedbávány. Někdo možná namítne, že s psychologií, didaktikou atd. se musí každý posluchač vyrovnat, dokonce z nich skládá zkoušku. Nevnímá se však, tyto obory jsou prezentovány izolovaně od vlastních odborných předmětů, pouze na velmi obecné úrovni, a možno říci, odtaziť od potřeb budoucích učitelů. Posluchačům se sice přednáší o mezipředmětových vztazích, avšak systém jejich vzdělávání sám je neznám nejenom v celku pedagogických fakult, ale často dokonce ani v rámci kateder. Neúnosně těžké břemeno předávaných informací se ponechává na bedrech studentů, kteří však mohou mít o problematice svého budoucího povolání sotva matné tušení. Argument "Jsme přece vysoká škola, nemůžeme vodit studenty za ručičku jako na střední škole...", pokládám v této souvislosti za nepřijatelný.

Na první místo osobnostních vlastností učitele kladu *etičnost (morálnost)*. Její selhání téměř v celonárodním rozsahu (nikoliv tedy pouze v učitelských kruzích) má značný podíl na následné obecné demoralizaci, jejíž projevy vidíme na každém kroku. Je potřeba opravit nebo znovu vytvořit morální hodnotové stupnice. Denně se přesvědčujeme, že lidé různých věkových skupin (tedy nejenom mladí) nerozlišují mezi tolerancí a lhostejností, hrdinstvím a fanfarónstvím, mezi hodnotami trvalými a efemérními. Základním vyznáním značné části občanů a vrcholem mnohých hodnotových stupnic je pouze osobní úspěch.

Etičností zde však není míněn požadavek přemrštěné mravnosti hraničící se svatostí. Jednotlivec absolutně morálně dokonalý (?) je od běžné společnosti oddělen "příkopem výjimečnosti", může získat obdiv, uznání, úctu, ale těžko získá kontakt s běžnou populací, pocit blízkosti, sounáležitosti atd., tolik potřebné pro učitele. Etičnost bych spíše globálně charakterizoval heslem: "Nebát se a nekrást". Učitel nesmí být poníženy, devotní vůči nadřízeným. Musí rozlišovat mezi uctivostí a podlézavostí, přísností a despotismem. Stanoviska musí zaujímat uváženě, v případě, že ze závažných důvodů změnil názor, nesmí se bát svůj nový postoj přiznat a zdůvodnit.

Ono "nekrást" je třeba brát v širším smyslu. Učitel tak nesmí žáky (studenty) okrást především o příklad vlastního života a jednání, musí být světlem, které hoří, zapaluje, avšak nečadí více, než je nutné. Nesvědomitý učitel může žáky okrást o čas, který tráví ve škole a má být věnován účelné přípravě na budoucí produktivní život. Učitel může okrást nespravedlností. Může dokonce okrást, i když vykáže splnění všech povinností podle popisu práce, nedá-li žákům to, co se do žádného popisu nevejde, co se nedá dost dobře definovat ani vypočíst, to, čeho se dostává dětem v harmonických rodinách.

*Kulturnost (estetičnost)* úzce souvisí s etičností - tak úzce, že je někdy těžké vzájemně je odlišit. Kulturnost pojmám široce. Je to široké spektrum od společenského chování přes způsob oblékání, vztah k životnímu prostředí, umění až po úroveň jazykového projevu.

Příliš mnoho lidí si osvojilo všeobecnou lhotejnost k ošklivému. Pokud nás neestetické šeredno přímo neohrožuje, nevnímáme je, ať již jde o špínu ulic, odpudivost pracovišť, zdevastovanou přírodu atd. - Učitel musí projevovat určitou míru vkusu v obecně estetických záležitostech, měl by mít kulturní, estetické zájmy bez ohledu na to, jaký předmět či obor vyučuje, a tato jeho kulturní orientace by měla být patrná při komunikaci se žáky i občanským okolím. Měla by se permanentně projevovat neutuchající vnímavostí pro vše kulturní a krásné. Má-li učitel estetické potřeby jako součást své životní filosofie, přenáší je na žáky a své okolí tou nejpřirozenější cestou: to, co člověk miluje, bezděčně propaguje.

*Filosofické myšlení* je oblastí racionální, která vydatně přispívá k formování osobnosti učitele. Nemám tu samozřejmě na mysli celý rozsah filosofického vzdělání pro filosofy, ale takovou úroveň filosofického náhledu, která je nezbytná pro učitelskou profesi. Znamená to, aby si učitel kladl otázky a hledal na ně odpovědi, aby chápal jevy v celém kontextu, uvědomoval si mnohotvárnost jsoučna a uměl se dopracovat podstaty. Filosofické myšlení pomůže učiteli, aby se nestal pouhým rutinérem podle jedné pedagogické šablony.

Nositeli  *Kreativita, tvořivosti* byli již tradičně v minulosti zejména venkovští učitelé, kteří bývali hybnou pákou společenského, kulturního, hospodářského a politického života své obce. Postupem času byli z této role vytlačeni, nebo ji

po špičkách opustili sami. Jak to vypadá se společenským a kulturním životem vesnice dnes, není třeba se šírit. Bylo by asi velmi poučné prostudovat učební plány, osnovy a další materiály někdejších učitelských ústavů a pedagogických gymnazií a zjistit, jak tyto školy vštěpovaly s takovým úspěchem většine svých absolventů právě kreativitu.

Pod pojmem kreativita zahrnuji mimo jiné neustávající práci učitele na sobě samém, doplňování znalostí a dovedností. Tvořivá osobnost si neustále klade otázky a hledá na ně odpovědi, a to jak na již zmíněné obecné, filosofické úrovni, tak ve věcech své odbornosti, hledá produktivní formy činnosti, má schopnost transferovat je z oboru do oboru. Učitelem by měl být pouze člověk, který má vnitřní potřebu vytvářet hodnoty.

Kreativitě studentů se však - až na řídké výjimky - nevěnuje pozornost ani na pedagogických fakultách. Představa většiny činitelů, rozhodujících o charakteru vysokých škol, je stále zafixována na středověký model: monologická přednáška - seminář. Případné úvahy o zavedení modernějších forem a metod jsou z neznalosti a pohodlnosti spojovány se snižováním akademického ducha vysokých škol a zamítány. Snad proto na našich školách zatím většinou nevešly ve známost aktivizující metody a metody rozvoje kreativity, jichž se využívalo ve vzdělávacích zařízeních různých neškolských resortů již za vlády komunistů. Využívání těchto metod klade na vyučující značné požadavky - alespoň do té doby, než si je osvojí. Vyžaduje to v první řadě kreativitu samotných vyučujících, transformaci existujících metod a modelů pro jednotlivé vyučovací předměty, nový pohled na vlastní obor, schopnost a vůli pružně reagovat na změnu vzdělávacích potřeb.

*Odbornost učitele* pojímám, jak je patrné ze schématu, jinak, než je zvykem. Zdůrazňuji, že učitel nemusí být vědec. Jeho společenská funkce je podstatně jiná. Jeho úkolem je podávat žákům klíč k oboru, kterému vyučuje. Učitel základní školy podává základní klíče ke vzdělávání, odborný učitel se svým předmětem je jako jedna barva na paletě vzdělávání, která je žákům předkládána, aby se orientovali v základech hlavních lidských činností včetně vědních oborů, aby měli možnost zaujmout k nim stanoviska, vybrat si, zaměřit se a podle svých možností, nadání a zájmů v určitém oboru pokračovat tak daleko, jak je možno nebo užitečno.

Učitel tedy funguje jako katalyzátor v reakci mezi předmětem a žákem. Jeho úkolem není vědecké bádání, nýbrž vnášení světla do hlav žáků. Plní-li ho, a je kromě toho také vědcem, je to jedna z pozitivních osobnostních vlastností, která zvyšuje jeho prestiž u žáků. (Ostatně víme, že existují vědci s přirozeným pedagogickým talentem. Víme však také, že špičkový odborník je mnohdy špatným učitelem. V člověku s mimořádným talentem pro určitý obor je totiž tolik věcí zcela samozřejmých, že nepokládá za potřebné o nich mluvit, objasňovat je žákům, z nichž ovšem většina obvykle žádné mimořádné nadání pro daný předmět nemá.)

Zatímco určitého objemu znalostí lze, jak ukazují zkušenosti právě z vysokoškolského studia, dosáhnout jednorázově v omezeném časovém úseku, vytvoření osobnostních vlastností studenta ve výchovném procesuje záležitost nejenom dlouhodobá, ale je obvykle provázena i řadou peripetií, návratů, pokusů a omylů. Výchovné působení dosahuje skutečného cíle jenom tehdy, přejde-li výchova plynule v sebevýchovu.

**Pravý sloupec** poukazuje na **specifické požadavky**, které pedagogická práce vyžaduje.

*Znalost předmětu* je pro každého učitele pochopitelnou samozřejmostí. Tento požadavek ovšem zahrnuje i schopnost obecnějších přístupů k vlastnímu oboru: filosofii oboru, specifickou didaktikou psychologii.

Za nesmírně důležitou součást odbornosti učitele pokládám *komunikativní dovednosti*. Zahrnují celou drůzu dovedností, z nichž některé jsou podmíněny již konstitucí (např. zvučnost hlasu), všechny však vyžadují soustavné zdokonalování. Pedagog musí umět zvučně, výrazně, gramaticky správně a stylisticky kvalitně mluvit, formulovat otázky a instrukce, nenásilně zavádět se žáky dialog, provokovat je k diskusi a cílevědomě ji vést, musí umět čitelně a s dobrou grafickou úpravou psát i na tabuli či zpětném projektoru a umět myšlenku či výklad vyjádřit i jednoduchým grafickým náčrtem atd.

Obdobně nezbytná je praktická znalost *psychologie a sociologie*. Pojmem "praktický" chci vyjádřit to, o čem jsem se již zmínil u filosofického myšlení: jde zde sice o vědy pomocné, jejich vhodné využití však může podstatně zvýšit kvalitu učitelské práce. Pedagog musí chápat zorný úhel, ze kterého se uvedené vědní obory zabývají člověkem a společnostmi, jejich možnosti a meze, jejich pracovní metody, význam pro pedagogickou činnost, a musí si osvojit i konkrétní techniky, využitelné k lepšímu poznání svých žáků (studentů) a vztahů mezi nimi, jejich vztahu ke vzdělávání a jeho různým formám, a nakonec i přístup a vztah studentů k pedagogovi samému. Zde je na místě i obeznamenost s vybranými sociometrickými a psychologickými technikami.

Nezbytnou součástí každé pedagogické odbornosti je pak praktická znalost (nebo lépe "ovládání") *pedagogiky*, event. *didaktiky* vyučovaného oboru.

Je zřejmé, že chceme-li zvednout úroveň vzdělávání = školství = učitelů = občanů, musíme začít pedagogickými fakultami. Je to obtížný a zodpovědný úkol. Jednak proto, že je učitelské studium strukturálně velmi složité, jednak, že má dopad na celou populaci.

Dobry výkon pedagogického povolání patří k sice k nejnáročnějším, ale zároveň i nejvýznamnějším. Není totiž pouze prestižní otázkou pedagogických fakult, nýbrž v obecném pohledu je i nejučinnější cestou ze současného marasmu naší společnosti.

*Pozn. redakce:*

*Převzato z časopisu LOGOS akademické obce Pedagogické fakulty UK, č. 2/93. Zkráceno reakcí VNR o úseky, zabývající se specifickými problémy pedagogických fakult.*

## Rozdíl mezi teologem a religionistou

Otakar. A. Funda

*Doc. ThDr. Otakar A. Funda, Dr. Theol. se zabývá filosofií a religionistikou. Přednáší na Husitské teologické fakultě UK v Praze a na Universitě v Bonnu. V předešlém čísle jsme otiskli jeho článek "Ježíš z Nazareta a vznik křesťanské víry", dnes přinášíme jeho druhé pojednání.*

Mám na mysli především rozdíl mezi křesťanským teologem a religionistou, který se zabývá křesťanstvím jako fenoménem lidských dějin a kultury.

Křesťanský teolog, právě tak jako religionista, který se soustřeďuje k tématu křesťanství, studuje křesťanství, jeho vznik, dějiny i současné trendy. Křesťanství je předmětem zájmu obou, předmětem jejich studia. Křesťanský teolog však přistupuje ke svému tématu zevnitř, kriticky reflektuje výpovědi křesťanské víry, ale v zásadě je sdílí, sám stojí na pozici víry. Teologie je tedy kritickou sebereflexí křesťanské víry ve službě zvěstování. Křesťanský teolog je většinou přesvědčen o jedinečnosti a nadřazenosti křesťanství vůči jiným náboženstvím. Toto přesvědčení opírá o víru, že křesťanství není projev lidské kultury, lidského ducha, nýbrž že má svůj původ v božím zjevení.

Pro religionistu, který se zabývá křesťanstvím, je křesťanství jedním z náboženství, je výtvozem lidského ducha, fenoménem lidských dějin a kultury. Religionista se snaží křesťanství pochopit, být mu práv, ale klade je do jedné řady s jinými, dějinně zase jinak podmíněnými náboženstvími. Pokud se religionista přeci jen nechá lákat k hodnotícímu soudu - což není jeho úkolem - pak upřednostní jedno náboženství před druhým ne z důvodu božského zjevení, božského původu toho či onoho náboženství, nýbrž z důvodů např. etické nebo sociální hodnoty určitého náboženství.

Poučený religionista ovšem ví, že žádnému náboženství není možné zcela porozumět zvenčí. Proto se snaží být co nejvíce práv svému tématu, sít se se svým tématem a bedlivě naslouchat a artikulovat, jak vyznačiči určitého náboženství, v našem případě křesťanství, sami sobě rozumí, jak prožívají svou víru.

Religionista, který se zabývá křesťanstvím, nehlasá křesťanskou víru, nepředkládá k věření článku křesťanské věrouky a nesnaží se je interpretovat, aby byly sdílné, ale ptá se, jaké pojetí světa, života a člověka odrážejí. Teologovi, který určitý článek křesťanské víry - byť i velmi kriticky - interpretuje, jde však vždy o to, aby jeho intenci zvěstoval. Religionista přestává na tom, že se snaží tuto intenci objasnit. Religionista nechápe svou práci jako službu náboženství,

kterým se zabývá, nýbrž jako úsilí ve službě člověku obecně, ve službě filosofie, humanity, výchovy, kultury. Tím se zásadně odlišuje od teologa. Teolog zvěstuje Boha a to i tehdy, když se snaží tuto kategorii přiblížit pomocí nenáboženské, filosofické mluvy. Religionista nezvěstuje Boha, nýbrž se ptá, co vede člověka k tomu, aby o Bohu mluvil a jaké sebepochopení svou řečí o Bohu artikuluje.

Jsou teologové, kteří o sobě říkají, že jsou religionisty. Pokud to znamená, že přešli z pozice teologické na pozici religionistickou, je to v pořádku. Pro jejich religionistický vhled je nesmírným přínosem, že jako dříve teologové mají zvláštní citlivost pro výpovědi křesťanské víry a dovedou velmi přiměřeně chápat jednotlivé odstíny i pohledem jakoby zevnitř. Pokud však teolog o sobě tvrdí, že je religionistou, ale přitom setrvává na vyznavačské pozici křesťanské víry, pak religionistou není! Myslím nyní, pokud nevyznává jen určitou antropologickou koncepci, nýbrž pokud vyznává jako objektivní boží činy dějin spásy, jako např. stvoření, spasení skrze Kristův kříž, Kristovo vzkříšení, dar Ducha svatého, druhý příchod Kristův, vzkříšení mrtvých, život věčný apod. Teolog, který se zabývá religionistikou, není v pravém slova smyslu religionistou, nýbrž teologem, který podnikl určité religionistické bádání. Všimá si např. sociologie či psychologie náboženství. Jeho bádání má však v jeho víře svou mez. Teolog může snadněji religionisticky studovat jiná náboženství, nikoli však náboženství, které vyznává. Ale i studium jiných náboženství není důsledně religionistické, protože v určitou chvíli se přihlásí s apologií svého vyznávaného náboženství vůči jiným náboženstvím. Tu již je opět teologem, nikoli religionistou. Teolog může brilantně ovládat různé religionistické disciplíny, ale není v pravém slova smyslu religionistou. Teolog, který se zabývá religionistikou, tenduje nakonec k náboženské filosofii, kdežto religionista k filosofii náboženství. Filosofující teolog se snaží filosoficky objasnit své náboženské výpovědi, filosoficky je reflektovat a filosoficky je podbudovat. Dělá náboženskou filosofii. Religionista pěstuje filosofii náboženství, to znamená, že filosoficky reflektuje náboženství jako lidský jev a ptá se na jeho filosofické komponenty.

Mezi teologií a religionistikou, myslím konkrétně mezi křesťanskou teologií a religionistickým studiem křesťanství, leží zcela ostrý předěl. Mezi teologem a religionistou je ovšem možná velmi plodná spolupráce. Myslím nyní na teologa, který pracuje historicko-kritickou metodou a důsledně tuto metodu uplatňuje ve všech oblastech dějin křesťanství, nevyjímaje jeho počátky. V oblasti znalosti látky - v případě religionistického studia křesťanství v oblasti znalosti křesťanské tradice - mohou jít teologa religionista značný kus cesty společně. Ostatně to bylo dílo teologů, zejména protestantských liberálních teologů 19. a počátku 20. století a teologů školy dějin formy, které otevřelo religionistickému studiu křesťanství velmi důkladnou znalost mateiálu.

Zvláštní pomezí se otevírá mezi teologií směru nenáboženské interpretace křesťanství a religionisty, kteří studují křesťanství. Z teologů myslím v této



souvislosti především na R. Bultmanna s jeho demytologizací, na D. Bonhoeffera a jeho odmítnutí představy všemohoucího a všeřídícího Boha, na P. Tillicha, který pojem Bůh interpretuje jako náboženský symbol, na G. Ebelinga, který odmítá dělit skutečnost na profánní a sakrální a říká, že je jen jedna skutečnost a ve víře jde o její zcela pravdivou podobu, a na H. Brauna, pro kterého je Bůh výrazem pro zcela speciální antropologii, pro to, odkud jsem určen, co se mne bezpodmínečně týká. Pokud teolog interpretuje výpovědi křesťanské víry směrem zcela specifické antropologie a opouští náboženské mýty, představy, dogmata, může být rozdíl vůči religionistovi téměř zanedbatelný. Teologové směru nenáboženské interpretace křesťanství, ač vědomě chtěli zůstat teology a svůj projekt nenáboženské interpretace koncipovali jako teologický počín ve službě křesťanské zvěsti, stanuli na pomezí mezi teologií a religionistikou. Naše drsná doba však likviduje mezipozice. Ve vyhrocení zatěžkávacích zkoušek se kdysi nadějně mezipozice ukazují být iluzí. Tak jako se ukázala fikcí vidina socialismu s lidskou tvář, tak se ukázala fikcí i nenáboženská interpretace křesťanské víry jako teologický počín. Zůstává otázkou, zda iluzornost těchto mezipozic tkví v nich samých, či zda určitá zjednodušující brutalita naší doby nenechává prostor pro širší škálu jemných odstínů.

Teolog může být religionisticky vzdělán, ale svým přístupem k tématu není religionistou, nýbrž teologem. Studuje určité náboženské jevy za použití i religionistických zřetelů, nakonec však provádí apologii křesťanství vůči jiným náboženstvím, či své konfese vůči jiným konfesím. Neměl by si tedy teolog lhát do kapsy a říkat, že je religionistou, když jím není. Religionista může být teologicky vzdělán, může mít i svou teologickou minulost, ale religionistou je teprve tehdy, když ke svému tématu - a platí to zejména pro religionistické studium křesťanství - přistupuje bez vyznavačské a konfesní vázanosti.

Třeba ještě podotknout, že religionistika je něco zcela jiného než interreligiózní dialog. V mezináboženském dialogu hovoří reprezentanti různých náboženství ze své náboženské pozice, i když se snaží poznat jiné náboženské útvary a jejich vyznavačům pozorně a vstřícně naslouchat. Religionista však nehledá bázi, na které by se mohli setkat věřící různých konfesí či věřící různých náboženství. Religionista nezastává náboženství, které je předmětem jeho studia, nýbrž dotazuje se na jeho obecně lidský přínos. Ovšem interreligiózní dialog jako nový religiózní jev je předmětem religionistova studia a zájmu.

Dostáváme se k otázce místa religionistiky, zejména religionistického studia křesťanství na teologické fakultě. Na většině teologických fakult religionistika v pravém slova smyslu není, nebo jen religionistiku předstírá a nakonec stejně vyústí do apologie křesťanství a do tvrzení o nadřazenosti křesťanství vůči jiným náboženstvím. Není to tedy religionistika v pravém slova smyslu, věda o náboženství, srovnávací věda náboženská. Religionistika je ve světě traktována spíše na fakultách filosofických, potom ovšem skutečně jako religionistika, a

nikoli studium jiných náboženství z křesťanské pozice. Na teologických fakultách je religionistika často součástí oboru misie a poskytuje informaci o jiných, nekřesťanských náboženstvích. Informaci velmi zasvěcenou, solidní, ale v závěru přece jen podmíněnou východiskem křesťanského vyznání. Jsou ovšem i teologické fakulty, spíše fakulty kombinované, teologicko-duchovědné (theologisch-geisteswissenschaftliche Fakultät), kde je traktováno religionistické studium - a to nekřesťanských náboženství, ale také křesťanství. Religionistické studium judaismu a křesťanství na teologické fakultě má vůči filosofické fakultě jednu neocenitelnou přednost, že totiž studenti religionistiky, konkrétně religionistického studia křesťanství, se zároveň v teologických disciplínách setkávají s autentickou křesťanskou sebereflexí. Religionista může tedy navázat na jejich znalosti z oblasti biblické teologie, církevních dějin, dějin dogmatu, systematické teologie a praktické teologie. Je na evropských teologických fakultách universitního typu běžnou skutečností, že procento studentů, kteří studují teologii s úmyslem služby v církvi není příliš vysoké. Protože evangelium má být solí země a ne cukrem církevního ghetta, nerozpakují se evropské teologické fakulty universitního typu poskytnout teologické vzdělání i studentům, kteří se neváží na církevní příslušnost a nebudou v rámci církve působit. Tito studenti pak kombinují studium teologie např. s pedagogikou, psychologií, přípravou na sociální práci či s religionistikou nebo dějinami či jazyky. Protože v nedávné minulosti bylo u nás studium teologie zpřístupněno jen studentům církevním, je pochopitelné, že v prvních letech svobody je zájem o studium teologie - a zejména teologie v kombinaci s religionistickým přístupem - značný. I v této oblasti se však ukazuje, že si sami zavíráme možnost chopit se úkolů, které nám klade zájem o zakotvení ve svobodné, pluralitní, sekulární Evropě.

Pokud jde o uplatnění studentů teologie, kteří volí kombinované studium, či kteří studují teologii ve smyslu religionistického zájmu, ukazuje nám evropský model řadu podnětných variant, zejména v oblasti výchovy, sociální péče a kultury. I u nás budeme postaveni před otázkou, jaký alternativní předmět budou navštěvovat školní děti, jejichž rodiče neprojeví zájem, aby jejich dítě navštěvovalo hodiny církevního náboženství té či oné konfese. V Evropě má často tento alternativní předmět název "etika". Mohli bychom však také navrhnout: "základy životní orientace". Právě zde by se otvírala určitá možnost uplatnění pro teologicky a filosoficky vzdělané vysokoškoláky, kteří seznali evropskou duchovní tradici - a tedy i tradici křesťanskou- a jejich přístup ke křesťanství jako jevu lidských dějin a kultury je religionistický.

# TEXTY

## The Past, The Present And The Future Of Medicine

Compiled by Radana Königová

In 1850 **Armand Trousseau** spoke in Paris of the fascination which ac-companies the study of **MEDICINE**: "Literature, painting and music, do not yield an enjoyment more keen than that which is afforded by the study of medicine. Whoever does not find in it, from the commencement of his career, an almost irresistible attraction, ought to renounce the intention of following our profession."

In 1902 **Sir William Osler** determined the task of medicine : "To wrest from nature the secrets which have perplexed philosphers in all ages, to track to their sources the causes of disease, to correlate the vast stores of knowledge, that they may be quickly available for the prevention and cure of disease - these are our ambitions.

To observe the phenomena of life in all its phases, normal and perverted, to make perfect that most difficult of all the arts - the art of observation - to call to aid the science of experimentation, to cultivate the reasoning faculty, so as to be able to know the true from the false - these are our methods. To prevent disease, to relieve suffering and to heal the sick - this is our work ."

**Rudyard Kipling** - 10 years later - in his *Book of Words* set forth a portrait of the Doctor : "The world has long ago decided that you have no working hours which anybody is bound to respect, and nothing will excuse you in its eyes from refusing to help a man, who thinks he may need your help, at any hour of the day or night. In all time of flood, fire, famine, plague, battle, murder it will be required of you that you go on duty at once, and that you stay on duty until your strenght fails you or your conscience relieves you."

In 1928 **Sir Robert Hutchinson** published in the *British Medical Journal*: "Every doctor must be a judge. He has to weigh the evidence of symptoms and signs, and allot to each its proper value in making the diagnosis. We can increase our powers of observation by training and practise, we can increase our knowledge by study and experience, but judgement seems to be an inborn faculty - the result of a union of mind and character which a man either has or has not. It may be improved only be general mental culture, and not by purely scientific training ...."

Historically, all health professionals have followed the powerful traditions of Hippocrates, whose thoughts may be summarised: "...declare the past, diagnose the present, foretell the future; practice these acts. As to disease, make a habit of two things : to helpor at least to do no harm ...".

The emphasis on doing no harm was justified at a time when most medical treatments were useless and frequently dangerous. Once medical science began to develop effective treatment, physicians were forced to balance burdens and benefits as they decided what was in the best interest of the patient. Making moral choices is the basis of medical decision-making but the choice is often between two apparently "good options."

Traditionally, the physician's duty is to the patient and this duty only extends to the family in a diluted fashion when the patient becomes incompetent. The strong point of entrusting the use of extremely complex life support systems to physicians is - that the physicians have the knowledge and judgement to use them in an ethologically effective manner. This premise also implies that they have the expertise to know - when this technology has no benefit and should not be used.

**Recently**, the focus on patient's right to refuse treatment has shifted to the patient's right to demand treatment even if doctors believe that such treatment is futile. "Right to care" cases are the next step in defining the boundaries of patient autonomy. These situations involve a conflict of values as families demand continuation of care even if there is no chance of recovery or meaningful survival for the patient.

There is another aspect to the dilemma we now face. We have been given a significant proportion of our society's wealth, enough to build, equip and staff substantial structures for modern medicine. Technological advances have made it possible to maintain moribund and comatose patients in a state of suspended animation for prolonged and sometimes indefinite periods. The treatment of such patients by life support systems cannot strictly be said to be "medically futile" as it maintains vital signs even though it does not restore the patient to consciousness.

There is a great dispute whether a health care system already affected by rapidly increasing costs should force physicians to go against their expert judgement when families insist on maintaining prolonged coma for reasons that are defensible only in emotional terms.

Hospitals have the responsibility to promote ethically sound decision-making through well drafted policies which will inform patients and families regarding the circumstances for withholding or withdrawing futile procedures in the institution. Moves to curtail excesses in health care delivery may now provide financial incentives to limit health care unless it is clearly beneficial.

The introduction of economic considerations in individual patient decision-making is clearly perilous, but may be necessary as society begins its debate on the most effective use of its limited health resources.

The nature of modern medicine is interventionist. "Aggressive supportive care" for comatose patients has been considered like a contradiction in terms in one hand, but on the other hand La Puma and Schiedermayer in 1989 pointed out why we should talk to comatose patients. Attempts to maintain verbal contact with patients even when the prognosis for recovery is "hopeless", reinforces the physician's role as dependable caregiver both for the patient and for those who are able to participate in health care decision-making. Nurses are taught and - in our practice - accompanying persons (family members) instructed to offer their comatose patients "environmental enrichment program". The multimodal biofeedback - including verbal stimulation - may help the nurses in the difficult task of spending eight or twelve hours giving "total care" and may help the family in becoming involved in the care.

Doctors usually decide to terminate CPR because the patient is not responsive. This demonstrates that withdrawal of care can have the same moral quality as initiating care.

Even though CPR or other life-sustaining maneuvers may be futile in terms of prolonging life, they could help individual patients and their families if they were

of symbolic or psychologic value (Crippen, 1992). Dartmouth Medical School has made an attempt to prepare future doctors for situations likely to be encountered in practice using Problem - based Learning of the Social Sciences and Humanities. It was developed on the premise that doctors should learn to borrow relevant concepts from many humanistic and social disciplines and to integrate them into their daily decision - making process for the benefit of their patients, their communities, and eventually society as whole.

Regarding the future - it may be featured as chaos making a new science. By the late 20th century in ways never before conceivable, images of the incomprehensibly small and the unimaginably large, become part of everyone's experience - thanks to microscopes and telescopes.

In the development of one person's mind from childhood, information is clearly not just accumulated but also generated - created from connections that were not there before. The shapes of all natural objects are dynamic processes jelled into physical forms, and particular combinations of order and disorder are typical for them. The paragon of a complex dynamic system is the human body - no object of study available offers such a cacophony of counterrhythmic motion on scales from macroscopic to microscopic (James Gleick, 1987).

A new kind of physiology - chaos - is built on the idea that mathematical tools could help scientists understand global complex systems independent of local detail. Researchers increasingly recognized the body as a place of motion and oscillation, they found rhythms that were invisible on frozen microscope slides or daily blood samples. The dynamics are much richer than anybody would guess from reading textbooks.

Pattern born amid formlessness - that is biology's and medicine's basic beauty and its basic mystery.

## International Cooperation: From Mound Dressing To Humanitarian Aid

Prof. S. William A. Gunn, M. D., Switzerland

*President of the Mediterranean Burns Club and the World Association for  
Emergency and Disaster Medicine, Consultant to the United Nations*

### *Poznámka redakce:*

*Prof. Gunn žije ve Švýcarsku. Účastní se všech významných mezinárodních akcí, jež řeší problémy katastrof civilizačními živelných. Byl v předsednictvu Světové Zdravotnické Organizace (W. H. O.) řadu let pro oblast Emergency Relief Operations. Je autorem publikace "Multilingual Dictionary of Disaster Medicine" a sedmi knih o neodkladné péči a organizaci. Otištěný text přednesl dne 1.10.1993 na slavnostním zahájení Mezinárodního popáleninového sympozia ve Velké Aule Karolina u příležitosti 40. výročí pražského popáleninového centra. Na tomto sympoziu mu byl udělen diplom čestného členství České lékařské společnosti.*

Disasters, unfortunately, and help, fortunately, are as old as humanity. As long as man has had a heart, some adrenalin and a physiological reflex for protection, he has had compassion and an urge to bring succour to those in distress.

Distress, I am afraid, is not in short supply today. In fact the frequency and magnitude of disasters and major emergencies are steadily increasing throughout the world, imposing a heavy strain on the essential services and much suffering in individual countries and the international community. There are, currently, in the world's "disaster belt" of earthquakes, cyclones, floods and fires, over 100 developing countries, few if any of which have the technical knowledge, planning capacity and necessary resources to cope with such onslaughts. Add to these the constant risk of major technological disasters and the current post-cold-war sociopolitical upheavals, and we have a spaceship Earth in a chronic state of emergency.

Historically, assistance in such emergencies has evolved from early wound dressing and pain relief, to specialized techniques like skin grafting or Disaster Medicine, to institutionalized mechanisms like the Red Cross, and to newer social and political concepts of aid, as humanitarian intervention.

Whatever the motivation, whatever the magnitude of the emergency, whatever the scale of relief, and however genuine the goodwill, urgent response must, if it

is to be efficient and effective, have a proper organization, scientific base and solid technical underpinning.

Most of you in this audience have too often heard my views on the absolute necessity in emergency and disaster medicine of a technical and managerial infrastructure both in men and matériel. So today I will concentrate not on the organizational and physical but on the humanitarian imperatives of immediate assistance. Of course this goes without saying in burns management.

I feel all the more at ease in doing so, as we are honoured to be gathered in the Carolinum, this leading centre committed to learning, humanitarian service and liberty.

During the past decade, even less, our ways of thinking about mass casualties and our ways of tackling disasters have changed dramatically.

Major emergencies and disasters are no more considered fatalistic phenomena, but rather for eseeable and preventable events;

Disaster-stricken communities are claiming assistance not as a charity but as a right;

Those who provide assistance are looking upon it not as a sympathy but as a duty based on mutual aid;

Disaster aid is being seen not as an ad hoc emergency repair episode but as an essential factor in long-term development; and

The world community is now perceiving emergency relief not as a magnanimous contribution but as a humanitarian obligation.

I contend that this is a quantum leap forward in human and international relations.

Let me examine, with you, this humanitarian postulate of our speciality. And I unreservedly rank emergency and disaster medicine as specialties, that have come of age but which are young enough to provide dream, action and growth. I consider it a privilege to be associated with the world's major organization devoted to these two exciting endeavours, and I thank you all for contributing to this Congress.

Humanitarian - I was saying. It is paradoxical that wars have engendered peaceful organizations and that new kinds of conflict are now engendering new concepts of peaceful response.

The International Committee of the Red Cross was born out of the battlefield of Solferino (1859) and resulted in the Geneva Conventions on decency between belligerents. World War I produced the League (now Federation) of Red Cross and Red Crescent Societies, and, of course, the United Nations, and its medical arm the World Health Organization, were born out of the ashes of World War II.

But the end of World War II also resulted in the Cold War, which, until three years ago, completely galvanized international politics, quasi-paralysed the U. N., distorted country-to-country intercourse, polarized all national expenditures and limited humanitarian action.



Suddenly, with the recent end of the cold war, all this has changed. The world is faced with a new situation, with new problems, and new challenges.

The **new situation** is that thermonuclear competition between the two major nuclear powers is virtually over, and that war between the leading nations of the East and West is most unlikely. It is no longer disrespected among serious analysts to consider the probability of a nuclear-free world, and in large measure international peace is at hand.

The **new problems** are equally real, but of an entirely different nature, with a most destabilizing effect on peace and security. One problem is the continuing presence of nuclear weapons under more fragile circumstances than before, and the other is the explosion of ethnic conflicts and centrifugal movements in many parts of the world.

In contrast with the relative calm on the **international** scene, **intra-country** strife of varying origins is showing up the United Nations and the international community ill-prepared and undecided for such new situations. For all their horrors, these internal conflicts do not threaten international peace; the strife in Bosnia will not plunge Europe into war, the fighting in Afghanistan is not an international war, and no outside power is invading Somalia. (In this country, you found your solutions to your specific problems.)

States, the international community, the United Nations, the disaster management organizations, relief societies, burn surgeons and EMS doctors now have to adapt to these changing circumstances and changing needs.

The changes perhaps affect least the non-governmental organizations and scientists of disaster medicine, like us, than the government-based and diplomatically tied institutions. For disaster medicine is a humanitarian, emergency help and health providing activity, related to man's suffering and unrelated to any political ideology or governmental ties. Somewhat in like manner, liberated from the straight-jacketing political constraints of the ex-cold war, the United Nations too is re-defining its capacities: it is **moving from peace-keeping to peace-building**, and this is to its credit.

This evolution, perhaps revolution, is recent. On April 5, 1991, the Security Council took a historic decision that has established new rules in international relations and intra-national behaviour, and which have a tremendous impact on emergency assistance. Resolution 688 now gives the international community the "right to intervene"- le droit d'ingérence - on humanitarian grounds or for urgent human-rights protection.

Furthermore, and this concerns more the non-governmental, scientific, and voluntary medical services like WADEM, General Assembly Resolution 4-131 formally recognizes the role of NGOs in providing humanitarian aid in "...food, medicines and health care for which access to victims is essential".

These are landmark decisions. It was on the strength of Resolution 688 that

outside forces were able to intervene in Northern Iraq in favour of the suffering Kurds, that made it possible for U. S. and other forces to mount Operation Restore Hope in Somalia, and that allows some kind of help to be channelled to Bosnia-Herzegovina, however insufficient this may be. These problems too we are having to learn as novel situations.

As a WHO surgeon I note with pride that this takes us full circle to the basic precept of the World Health Organization: that health and security are a human right. Indeed the right to health is enshrined in WHO's Constitution, which states:

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every being

- and:

The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security.

Other United Nations instruments expand on and strengthen these ideals: Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights states:

Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary services, and the right to security ... in circumstances beyond his control. Principle 4 of the UN Declaration of the Rights of the Child states: The child shall enjoy the benefits of social security. He shall be entitled to grow and develop in health ... [and] ... have the right to adequate nutrition, housing, recreation and medical services.

And the Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition adds:

Every child has the inalienable right to be free from hunger and malnutrition...

All these expressions of intent took more substance in December 1991 when General Assembly Resolution 46/182 created the U. N. Department of Humanitarian Affairs to combat more effectively the major emergencies. DHA supersedes UNDRO and officially establishes the humanitarian nature of international assistance.

These then are some of the bases - and to us doctors some of the necessary underpinnings - of the evolving doctrine of humanitarian intervention in disasters. Translated into medical terms, there is already a feeling that Disaster Medicine is Humanitarian Medicine.

Naturally these ideas will not be enthusiastically espoused everywhere. The right to intervene, in particular, cannot be expected to receive universal acclaim, and even just at this moment at the International Conference on Human Rights in Vienna it is being opposed by some, who perhaps fear for their seats. For the former Minister of Health of France, Dr. Bernard Kouchner, "...It is a dream. It

is a sort of utopia. But it is obviously the only way". Former national-security adviser to President Carter, Zbigniew Brzezinski, also welcomes the concept and considers that "intervention is the flip side of interdependence". And are we not living in an interdependent world?

To be productive, credible and impartial, any intervention must be decided upon and carried out under the strictest vigilance and unbiased adherence to international precepts in order to avoid abuses or excesses and not invite excuses. For, as one observer from the Third World has put it, intervention, however well meaning, must not become "a new form of colonialism"; we can only accept it as a short-term solution". This is in fact capital: an emergency intervention, whether medical, military or political, must be seen as just that - an emergency, with strictly specified conditions and limits to it in scope, time and place.

Where does our profession stand in all this? Obviously the old problems due to nature's fury and man's folly will be with us on an ever-increasing scale. On the other hand, the new challenges of humanitarian service will at once open new vistas and bring new satisfactions in international aid. If we as doctors and burn surgeons can meet the old and the new with honesty, competence and humility, we shall have made our small step on this planet Earth.

## OPINIONS:

### It's All Right, Ma. I'm Only Bleedin' . . .

---

Jan Urban

*Transcript of the programme first shown August 13th 1991*

---

Living in what used to be called Eastern Europe is a powerful intellectual experience. It always was. For half a century the authorities presented all their citizens with a ready made ideological survival kit, with a simplistic Survive Your Own Life Baedeker - What To Love, What to Hate and What To Believe In. There were many unhappy individuals, who did not understand their historical mission and ended their lives or careers outside their comradesly working collectives. Everybody understood. The rules were that simple. For more than twenty years I myself knew perfectly well that the world ended just one hundred and thirty four kilometres south-west from our house on a border with what was then West Germany. Behind that was some Other World. Others of the older generation have known the same for forty years. We - The People, have had no problems with democracy or a free press, with credit cards or with a choice between different schools or political parties. Simply because we have had no democracy or free press, credit cards or the right to have a choice. And after more than two generations spent in this very special environment, We - The People, became ideology addicted. For good or bad, in love or hatred, and despite the disappearance of the communist rulers the majority of us still need a simple guide book - How To Survive Your Own Freedom. Those few beautiful and crushing months in autumn 1989 might have changed History in Europe but they have not changed us. Does it sound funny, Kafka-esque, or just mad?

After spectacular televised revolutions with the hundreds of thousands of people in the streets, with the fall of the Berlin wall, theater revolution in Czechoslovakia and a violent uprising in Romania - whatever happens in Central and Eastern Europe now, can only seem gray and boring, to say the least - poor television!

Nevertheless - it is only now, that the real Revolution and the real Change begin. And the real difficulties as well, of course. We wanted freedom, some of us even fought for it and now we have it and we do not have that guide book to tell us what to do with that freedom. So it is something like the time of The Gold Rush, something like a political and an economic Catch as catch can for all. Sometimes I walk around Prague and just have to laugh watching people, who would not just a few years ago

dare to read a western newspaper on the street now carrying Madonna posters, Playboy magazine or at least British airways plastic bag. Everything western is regarded better than "that domestic stuff." So instead of buying a new Skoda car for an equivalent of two years salary people travel to Germany to buy a second hand western made car for the same money. Striptease and erotic massages are advertised nearly as much as unlimited travelling abroad, both equally shocking - and not only to former communists. Everything seems chaotic and many people begin to think Is this what we wanted? To have Wenceslas Square, the scene of so many torchlight vigils, the home of Jan Palach's memorial, looking like Oxford Street. With all these loud foreigners everywhere, with so many tourists behaving like they owned the whole place and so many owners just rushing to sell everything for hard currency at once. Sometimes some people say it looks that we are going through a crash course on capitalism but right now that we are somewhere near the second half of the 19th century. And sure it is easier and takes less effort to learn know-how in striptease or cigarette smuggling than in electronics. But no more complaints. All this is simply the first, trivial manifestation of our new freedom - but don't be morally superior just because we show a taste for your junk culture. Aren't we entitled to our triviality, our pop-posters, our consumer durables, our Rambo-trash, our Madonna-trash? The world we left was imaginably drab, imaginably brave.

What we leave behind are stories of individual heroism and mass cowardice, friendship and betrayal, long silence and then the so-called revolution, which lasted for only ten days. Something is gone and we are not really sure what is gone and who is the winner. Since 1945 more than seven million people became the members of the Communist party. On the first day of the revolution in November 1989 there were still more than a million eight hundred thousand members in the Communist party, out of a population of 15 million. Cowards, opportunists, criminals or true believers? And who is going to be a judge? The majority which benefitted silently for two generations, first by collaboration with the Nazis and then the Communists? Or a few hundred dissidents?

Try to imagine that you sit in the same prison cell with a friend as I did a few years ago. You know him well enough to trust him, he is a brave dissident, and after the revolution you suddenly find out that he was a paid

traitor. And you have to be the one to tell him to get lost, because none of his other dissident friends can bear to tell him. Then you find out how the state security broke him down, and it is so horrifying that you ask yourself - What would I do if I had to meet such cruelty and cynicism? The more you know about "The Craft"; the less you wish to become a judge of these things.

And do not dare just to think that you would behave better, just because you are English, or you have a longer tradition of a legal state. When it comes down to mass and massive oppression, everything becomes very personal. Whatever you do, say, sing or buy - everything can have a political meaning, and you know constantly that someone is watching ... And you are alone and from time to time "They" give you a chance to prove your loyalty. And you think about your family, job, children. And about those who made the mistake not to be loyal to "Them". The biggest truth written about what we left behind says, that the dissident movement of Charta 77 was an uprising of a character, not of a political conviction. You too are just normal human individuals.

Well, I spoke about "The Craft" or "The Operetta," as we called the double life we led in those days. I lost some friends in it. My father died of a heart attack after a state police interrogation. Sometimes I had to run, hide, getting death threats or once even an empty coffin was brought to my flat with my name on it. I had to live my life knowing, that someone is constantly watching and listening. On the other hand, I have found some real friends and have learnt a lot about other people and myself. But still it was just "The Craft". We knew it was not the real, the normal life. It is gone, hopefully forever. And here we are, something like if a tiger walked around Piccadilly Circus. We were good in a jungle, but we know nearly nothing about Piccadilly Circus and we still have tigers' instincts. I suppose, this is the reason, why nearly all of former dissidents became politicians. It reminds them of the jungle.

In this period it is extremely important not to dive into self-imposed isolation, into the solitude of our own problems, old prejudices and false hopes in quick and cheap solutions. This is a time, when we should make most of our mistakes, which can affect our future efforts. And this time, because we have opened a gate to the rest of the world, for the first time in a half century, we can affect others with our own mistakes. In this period

constant contacts with Western democratic forces and structures are vital in the full meaning of the word. Imagine us, Eastern Europeans, like an ugly, worn out male creature, waking up one morning and deciding that a lifetime spent on drinking was enough. There is an unclear memory of some better past long time ago, maybe a slight feeling of shame and a will to wash, shave and go out to look for some work. In this particular situation, when moved by the combination of a good will and a hangover, it is vital to have enough light, a mirror and someone who can help you to convince yourself that you should open a window to get some fresh air. It is not just that someone shouts at you : "Stop drinking, you beast. Just look at yourself. You will never make it among decent people!" We - ex-ideologyholics, need someone who knows us, who wants to know us better, we need a partner, not a teacher.

And we need that light, a mirror and some time as well to get sober and help ourselves. Nothing more, nothing less. The trouble is we need this together and we need it right now!

I often have the feeling that not many in the East and very few in the West of Europe and its Atlantic neighbourhood understand the scale of the problems the post-communist countries are facing and, especially, will be facing in the near future. The most helpful comparison I can make is between the former German Democratic Republic, the GDR as we call it, what you used to call East Germany and the rest of the former Soviet bloc. The East-Germans had their currency hardened and convertible overnight. Their debt disappeared in the same fashion. It will take at least several years, before other Eastern European currencies get near to full convertibility, and their foreign debt is here to stay for decades. With many complaints East Germans overnight began to earn "only" sixty percent of their Western relatives' salaries. Meanwhile the rest of Eastern Europe gets ten times less. My salary as a well known and relatively well paid journalist reaches nearly four pounds a day. In one moment the GDR just forgot its old constitution, laws, legislature, judicial system and got a new one off the peg, ready to wear. Other Eastern European parliaments pass dozens and dozens of laws month by month, inventing everything about parliamentary democracy and tailoring a market economy from scratch. In the case of Czechoslovakia, the federation of two national republics, the discussions on a new Constitution threaten, some people

believe, to break the country to pieces. When there was a need for more policemen or judges in the GDR, they were simply transferred there temporarily from the old West Germany. Nothing like that is possible in the rest of the former Warsaw pact. We have to use communist judges and policemen and in many cases it is like teaching the old cats to bark. But it matters most to say, that with all these advantages the old East Germany is not changing as expected, neither economically, nor socially. Reunification will take longer, will cost much more and will be more painful for all than expected. Poland, Czechoslovakia, Hungary and the others do not have Big Wealthy Brother. In this sense their transformation will be even more difficult.

But - and it is a great but - all this is not only an economic crisis or a problem of economic transition from somewhere to somewhere else. This is a crisis of a society, living for so long on fear and ideology. It is naive and mistaken to try to transform it by purely economic means and tools. Not only can this "methodological" mistake, so far overwhelmingly prevalent among the political leaders on both sides of the former Iron Curtain, slow down the needed socio-political-economic changes - it can stop them dead! In some years time we may see populist, nationalist, authoritarian regimes all over Central and Eastern Europe, but definitely with certain market economy features. We should not forget that the Germans, a nation of great culture and history, voted willingly for their dictator in the 1933 election.

The transition of former communist bloc countries is a historical challenge for all Europe, because the Window Of Opportunity will not be open for ever. If something entirely new and positive is not started, we maybe have only five or six years before the new bad habits, new nationalism, new racism and a new totalitarianism, even an elective totalitarianism, replace the old ones. In this sense we in Europe as well as in the Soviet Union are standing in front of a ticking time-bomb. Dance, cry or pray, try whatever trick you want - there always will be just one single way to prevent an explosion. You have to be very careful with the fuse.

Central and Eastern Europe is still socio-politically as well as economically disabled. We are wounded, bleeding and brain damaged. We need a push from outside and it is not the money that we should think about



first. At this point I must recall one wise old French diplomat, one of those, who helped to push through Marshall plan after the Second World War. Forty years after its first steps he still shivered with anger, when describing how arrogant and ignorant in the European context (meaning history and political relations) his American counterparts were, when they kept repeating : "We are not interested in your historical animosities with Germany and Britain. We have a common problem to solve here. Your crippled economies and the Russians at your door. We have some ideas and some initial finances, but you have to co-operate." I believe that today we are in a very similar situation. The Marshall plan worked not simply because of its financial strength, but because it changed the political and cultural environment, the collective mental health of post-war Western Europe by exerting a gentleman-like force and by helping it to help itself on an historically absolutely new supra-national level. The Marshall plan forced all those little countries of Western Europe to think bigger.

The opposite experience of an absolute political and economic failure is the West's blind pumping of dozens of billions in loans to the communist government in Poland in the seventies. Most of it lost forever, solving nothing, just burdening the new Poland with foreign debt, drastically multiplying economic and political tensions in the country and formatting its economic non-future for maybe even decades. The sins of the fathers now visited on the rebellious children. In this sense it is no joke to say that it will cost the West a lot to repair the damage caused by their own old pro-communist loans.

The whole of Eastern Europe, and especially Poland, Czechoslovakia and Hungary can be helped to build the new ties with Western Europe. What is needed is an equally courageous and farsighted "Marshallian" approach from both sides. Anything less can bring us too near to failure and to a long-lasting period of Europessimism. We need the politicians and political forces in the West to look further than the next election and someone in the East who would know how to overcome the irrationality of nationalist and populist moods in the public. Neither of us, not East or West, can afford to have Yugoslavia's problem spread across Europe like a virus.

We have to care about Information, Institutions and Integration. Information exchange is still very poor between the West and the East of

Europe and even poorer among the newly liberated countries themselves. Who should care? The Eastern European governments, struggling with still too much ideology and state intervention in everything they touch? The media people or experts in information technology, who grew up and spent all their lives in ideologically-blocked national states?

We cannot change too much without institutionalising East-West and especially East-East cooperation in all thinkable activities. That can give the clear rules of the game, can form the necessary feeling of obligation, which is so needed to replace the old instinct to wait for orders from above that is still so widespread in the East.

It is vital to integrate the East into the EC now! - not in twenty or more years time. The West can name the conditions and it can in its gentlemanly fashion force the East to follow. This cannot and should not be done through approaching and testing individual countries. Rather - the EC should push these countries to cooperate within their Eastern European region on building new structures and ties together right now and not wait until they've healed their worn out national economies and societies. Otherwise they will wallow in petty nationalism, and forget that they have more in common than they have differences. Special EC membership with many rights and many obligations would change that peculiar cultural legacy the totalitarian regimes left behind them very quickly. It worked once and it would work again. We should not lose too much time on trying to improve the state of health of our moribund institutions. The risks are too high. We lack domestic private capital as well as a political calm, culture and trusted democratic institutions. Everything in our lives is still too political and our politics are still played in Run for your life style. We need time and your cooperation to prove to our people that democracy is more profitable than dictatorship or nationalism. We can and surely will make many mistakes. By caring only about market forces and not caring enough about education, environment or society as such we can only polarize our society, into the successful 10%, those who can make it, many of whom will be the former communist bureaucrats, and the remaining 90%, those who will never have a cat in hell's chance. We can spend a lifetime on nationalist quarrels and fights. I just hope that Czechs and Slovaks are still too lazy to shoot if they decide to break the common state.

The risks are really high, but we are well trained in losing and muddling through somehow, when things look unmanagable.

We know we have to help ourselves. What we need is your experience in building a civil service and institutions for education and management. We need to know about your problems and your mistakes. God knows, you make enough.

You can, of course, sit back and just watch what happens in Central Europe on television. But maybe you should remember, that this part of the Continent served as a cradle to two world wars, and that in 1938 Britain's signature on the Munich agreement helped to start one of them. Today the world is much smaller than then. You do not have to care. But you should. Because, believe it or not, the game we play here, is about you as well, and what you do, affects us. In those good old bad old jungle days we looked for the individual people, who cared for other people, because those, who did not care about anything were always the most dangerous. We found friends of the same intellectual bloodtype in different nations, different political parties or religions, many of them in Britain. We remember that. But we also learnt to distrust ideologies, fanatics and prophets. We, ordinary citizens, succeeded in getting rid of a communist totalitarian regime. But now we have to get rid of the totalitarianism in our own souls and minds.

So. And getting near to the end I want to remember my first English friend, Peter Wallace, whom I met in 1967 in Birmingham. We met again in 1968 and after three months spent together in England, Scotland and Wales I flew back home. The delayed BEA connection to Prague was on the evening of August the 20th 1968, as far as I know, the last airplane from the West to land in Prague before the Soviet invasion of Czechoslovakia which started the next morning. On that morning Peter was in a train and was stopped by the US army close to the Czechoslovak border. It was many years before he could visit Czechoslovakia and it took me 21 years before I could visit Britain again. We both were seventeen at that time and we liked the songs of Bob Dylan. So I think I could end by saying that I hope, though it will be difficult and painful, we will make it - do not ask me how! Somehow, as we always did. As Bob Dylan says "It's all right, Ma. I'm only bleedin'..."

Zdeněk Klein

**ECCE HOMO**

Soupis termínů rodu HOMO

(Paleontologie, etnická, sociální a kulturní antropologie)

Příručka slovníkového charakteru, která shrnuje více než 400 termínů  
rozdělených do 4 kapitol uvedených v podnázvu.

Autor se pokouší splatit dluh antropologů ostatním přírodovědeckým, ale i  
společensko-vědním oborům.

Kniha může usnadnit vstup do studia člověka a jeho chování v normě a patologii,  
zejména je vhodná pro studenty medicíny a psychologie.

Knihu si můžete objednat na adrese:

PCP, Informační středisko

Ústavní 91, 181 03 Praha 8 - Bohnice

tel. 8574645, 8559002

Nakladatelství J E Ž E K  
("Velká" a "Malá řada" a  
texty a texty přesahující  
(psychologie, sociologie,



vydává v edičních řadách  
"Zlatý fond") filosofické  
do příbuzných oborů  
historie, umění apod.).

Kromě toho připravujeme i ediční řadu esejistické a experimentální tvorby s titulem "Volná řada". Z tohoto důvodu uvítáme jakékoliv zajímavé typy na méně známé (např. regionální) autory či texty, odpovídající zaměření nakladatelství, které by byly vhodné k vydání.

Čtenářům přejeme mnoho příjemných  
a obohacujících zážitků s knihami  
našeho nakladatelství.

## NAKLADATELSTVÍ **j e ž e k** NABÍZÍ:

**ERAZIM KOHÁK:**  
**ČLOVĚK, DOBRO A ZLO**  
(KAPITOLY  
Z DĚJIN MORÁLNÍ FILOSOFIE)

"Žijeme na konci věku. Před dvěma sty lety jsme se vydali na cestu "pokroku" a usilovně ji sledovali - až nás dovedla na okraj apokalyptického střetnutí pohádkového přepychu a nesmírné bídy i na pokraj ekologické katastrofy. Dnes tápavě hledáme jiný, únosnější způsob, jak být člověkem na tomto ohroženém světě. Pod jedno-  
rozměrným zaměřením na ovládnání přírody a stupňování spotřeby nosíme bohatou mnohotvárnost lidských možností. Nosíme v sobě středověkého rytíře i renesančního podnikatele, staroegyptskou touhu po věčnosti i řecké úsilí o krásu a dobro, hebrejské opojení Bohem i jeho prvokřesťanské i reformační dozvuky."

V poutavě psaných a široce založených přednáškách zpovídá prof. Kohák čtenáře touto mnohotvárností. Vede ho k porozumění celé škály alternativních pojetí lidství i ke kritickému zkoumání: které alternativy otevírají budoucnost, které naopak uzavírají minulost. Na základě těchto přednášek prof. Koháka připravila Česká televize v rámci tzv. "odpolední university" velmi zdařilý dokumentární seriál "Člověk a jeho práva".

**JAN SOKOL:**  
**ČLOVĚK A SVĚT OČIMA BIBLE**  
(POKUS O ÚVOD  
DO BIBLICKÉ ANTROPOLOGIE)

Předkládaná práce je pokusem uvést čtenáře do myšlenkového světa, který je mu dnes většinou hodně vzdálený. Nejen proto, že se jedná o texty staré několik tisíciletí, ale hlavně proto, že biblické texty vycházejí z velice odlišného pohledu na svět a člověka, než je pohled dnešní, určený zejména vědou. Tyto texty nám kladou jiné otázky, jinak argumentují a hledají jiné odpovědi.

Naše doba je dobou nejistot, změn a hledání. To, co se autor pokouší čtenáři vyložit a přiblížit, leží v oblasti filosofické.

Kniha vychází z fenomenologických zkoumání lidského pobytu na světě, vědomí prostoru a konstituce času. Na ně pak navazuje výkladem o člověku, jemuž záleží na jeho bytí (J.Patočka), o vině a svědomí, a nakonec i o jádru křesťanského poselství, o kříži a vykoupení.

Práce je podřízena navýsost praktickému účelu: nabídnout zájemcům solidní úvod do myšlenkového světa biblické literatury. Začíná základním výkladem o biblickém textu a jeho historii, aby postupně na jednotlivých biblických postavách a epizodách ukázala fenomén nejpodstatnější - fenomén víry.



**MICHAL RŮŽIČKA:  
INFORMACE A DOBRO**

"... Přesto, že média stvořila *svůj svět*, vedle toho ještě pořád cosi sdělují, stále o nějakém *světě* vypovídají. Jenže o jakém? To, co kamera vidí původně, přece není *svět médií*, je to *svět přirozený* - je to ten svět, v němž žijeme a který zakoušíme. Uvěřil-li kdo *a priori* světu médií jako *světu*, o němž není pochybnost, rezignuje tím na vlastní zkušenost."

Tato knížka je napsaná krásným jazykem a její vtip, hravost a především důkladná znalost problematiky zbaví čtenáře - dneska spíš "diváka" - strachu z informací. A naopak každý, kdo s informacemi pracuje, bude s nimi zacházet opatrněji a laskavěji. Vždyť jde o to, neskoučet u zprávy, ale data, fakta a informace vztáhnout k nějakému horizontu, vést dialog, a ve "světě srozu-mitelných souvislostí" obnovit lidský příběh. Informace takto pojatá, vedená rozumem, srdcem i svědomím, už nebude hromadou kamení vysypanou do galerie všeobecné inteligence, nýbrž se nám stane provokací ke schůzce se slovem a jeho významem, s věcí jako s partnerem, avšak již nikdy s partnerem jako s věcí.

**CATHERINA CHALIEROVÁ:  
O FILOSOFII EMMANUELA LÉVINASE**

*Emmanuel Lévinas*, francouzský filosof, se narodil roku 1905 v Litvě. Od roku 1923 žije ve Francii. Jeho myšlení podstatně ovlivnili E. Husserl a M. Heidegger, zejména však zkušenost druhé světové války a vyvražďování Židů, jemuž Lévinas unikl jen jako válečný zajatec. Po válce se věnoval obnově

židovského školství ve Francii a židovské duchovní tradice vůbec. Navázal v tom jednak na staré tradice talmudismu, jednak na myslitele M. Bubera a F. Rosenzweiga. Proti důrazu na vnitřní zkušenost pobytu (Heidegger) staví primát Druhého, proti důrazu na ontologii staví do popředí etiku, proti snaze celé evropské tradice zahrnout všechno jsoucí do pojmové totality myšlení pak E. Lévinas zdůrazňuje Nekonečno, které se ve tváři Druhého brání každé totalizaci, domáhá se slyšení a říká kategorické "Nezabijteš!".

Ve své filosofii se snaží dodat mnohosti nějaký metafyzický statut a ukázat, že v jistém smyslu je tu více či méně něco jiného než totalita. Jeho myšlení je bytostně konkrétní: pojednává o potěšení, o spravedlnosti a míru, o erotice a rodině, o smrti, o lidské tváři, již se představuje existence či spíše existující.

Jeho brilantní styl se přitom neustále opírá o dvojí vášeň: vášeň po člověku a po transcenci. To činí z Lévinasova myšlení jisté ne přímo existencialismus, zato však jednu z nejvýznamnějších moderních filosofí existence."

Autorka přednášek, francouzská filosofka *Catherine Chalierová*, je žačkou a spolupracovnicí Emmanuela Lévinase. V této knize se zaměřuje na problémy lásky, svobody, dialogu a lidského společenství.

**MEDARD BOSS:  
NÁRYS MEDICÍNY A PSYCHOLOGIE  
(ÚVOD DO FENOMENOLOGICKÉ  
DA-SEINS ANALÝZY)**

Jedná se o stěžejní dílo rakouské psychoanalytické školy, rozpracovávající praktické možnosti a důsledky fenomenologické filosofie E. Husserla z hlediska jejího využití v psychoanalýze. Nový směr, vzniklý syntézou filosofického a psychoanalytického pohledu a nazvaný jeho autorem M. Bossem *da-seinsanalýza*, v druhé polovině 20. století zásadně ovlivnil evropské psychoanalytické myšlení. Medard Boss byl dobře obeznán s Husserlovou i Heideggerovou filosofií, jeho psychoanalytické kořeny lze však

nejspíše hledat u Freuda a Junga, ačkoliv Boss je v celém svém myšlení více jejich nekompromisním kritikem než následovníkem. Z těchto důvodů je kniha vynikajícím úvodem do fenomenologického i do psychoanalytického myšlení.

Metodu da-seinsanalýzy ukazuje autor velice podrobně na jediném psychiatrickém případě (tímto mnohému čtenáři zřejmě připomene Freudovy slavné studie o hysterii).

V roce 1990 vznikla také u nás Česká da-seinsanalytická společnost, da-seinsanalýza je i jedním ze základních výukových oborů pražské psychologické fakulty, kde ji přednáší PhDr. Petr Rezek a překladatel Bossovy knihy PhDr. Oldřich Čálek. S tímto stezejším textem by měli být obeznámeni všichni ti, kteří se chtějí podrobněji zabývat psychologií či filosofií.

První dva díly knihy již vyšly, třetí díl vyjde v prvním pololetí roku 1994.

**VÁCLAV SMITKA:  
ARCHEOLOGIE LIDSKÝCH ŽIVOTŮ  
(KOLÁŽ O STÁŘÍ, ŽIVOTĚ A SMRTI)**

Knihy pražského psychologa PhDr. Václava Smitky, který se ve své praxi již téměř tři desetiletí zabývá psychikou starých lidí, přináší velice originální a odvážný pohled na problematiku stáří, umírání a duševní nemoci, především je to však sugestivní výpověď o hledání a nalézání smyslu života v těch nejbolestnějších a nejtěžších životních situacích.

Autor vytvořil v této knize mnohaznamovou koláž, složenou především z autentických výpovědí, kreseb a téměř nestylizovaných výpisů z anamnéz gerontopsychiatrických pacientů. To vše je prokládáno výraznou autorovou osobně laděnou poezií a krátkými úryvky z naší i světové prózy (Hrabal, Erasmus Rotterdamský aj.).

Knihy oslovuje svou bezprostředností, pravdivostí a mnohdy až šokující syrovostí vrstevnatého lidského osudu a apeluje na vnímavost vůči druhým ve velkém příběhu světa, jehož součástí je nakonec každý z nás.



**ZDENĚK KRATOCHVÍL:  
VÝCHOVA, ZŘEJMOST, VĚDOMÍ  
(ZÁKLADNÍ POJMY A PŘEDSTAVY  
FILOSOFIE VÝCHOVY)**

Filosofie výchovy je pro české myšlení především úkolem hledat pravé místo českého velikána tohoto oboru Jana Ámose Komenského nejen v našem, ale v celoevropském filosofickém kontextu. Autor sleduje v dějinách zdroje Komenského myslitelské inspirace a proměny těchto myšlenek do nové doby, aby tak objevil jednu z hlavních linií evropské filosofie výchovy. Tato linie je vyznačena jmény velkých filosofů antiky (Plátón a četní středoplatonici i novoplatonici z řad křesťanů i nekřesťanů), renesance (Mikuláš Kusánský, Mersilio Ficino, J. A. Komenský) i myslitelů dvacátého století (Eugen Fink, Jan Patočka, Klaus Schaller).

Práce Zdeňka Kratochvíla je zaměřena na zkoumání původů základních pojmů filosofie výchovy a na jejich aktuální význam, všimá si i některých méně často tematizovaných kontextů této myšlenkové linie. Úkolem, který si autor vytýčil, je tedy nejprve "pojmová archeologie" základních výrazů hlavní linie filosofie výchovy, dále připomenutí filosofických, obecně kulturních, náboženských a pedagogických témat, která s tímto určením filosofie výchovy souvisí, v závěrečných kapitolách je pak pokusem o ukázání nových možností filosofie výchovy, a konečnou výchovy samotné. V těchto kapitolách autor konfrontuje výklad klasických témat a problém "postmoderní situace".

Zdeňk Kratochvíl, autor učebnic antické a středověké filosofie a studie o vzájemném vlivu antické filosofie a prvotního křesťanství, čtenáře citlivě a zasvěceně provází problematikou filosofie výchovy, která se v rámci českého i evropského myšlení zdá být jedním ze stěžejních filosofických témat.



**VLADIMIR SOLOVJOV:  
ČTENÍ O BOHOLIDSTVÍ**

Vladimir Solovjov je jedním z nejvýznamnějších představitelů ruské idealistické filosofie konce 19. století, jež patřila v době svého vzniku ke klíčovým momentům evropského myšlení, po roce 1917 byla však téměř vymazána z dějin filosofie. Z českých myslitelů se Solovjovově etice věnoval např. český filosof Ladislav Klíma (jeho spis na toto téma byl znovu vydán v roce 1993 nakladatelstvím Pražská imaginace). Oprávněnost znovuoživení tohoto myslitele na samém konci našeho století stvrzuje Solovjov sám, když svoji knihu uvádí slovy:

"Budu hovořit o pravdách pozitivního náboženství, záležitostech, které jsou modernímu vědomí a zájmům dnešní civilizace velmi vzdálené a cizí, neboť současná civilizace se zajímá o to, co nebylo včera

a nebude zítra. Nesoulad a bezvládní kolem nás jsou zřejmé a nesporné, stejně jako je nepochybné a zřejmé, že lidstvo nemůže v tomto stavu setrvat a že stále hledá jednotící a spojující princip. Láska a sebeobětování ve vztahu k lidem jsou možné jedině za předpokladu, že oni sami v sobě uskutečňují absolutní, člověka přesahující princip, vzhledem k němuž jsou všichni ve stejné míře na straně nepravdy, a musí se této nepravdy zřici. Jestliže tento absolutní mravní princip neuznáme, všichni ostatní lidé pro nás budou jen bytostmi o relativním významu, jen určitými přírodními silami ... Znovusjednocení uvádí všechny elementy lidského bytí a všechny jednotlivé principy a síly lidstva do patričního vztahu k ústřednímu absolutnímu principu. Z tohoto hlediska je náboženský princip opravdovým uskutečněním svobody, rovnosti a bratrství."

**ERAZIM KOHÁK:  
ŽIVOT V PRAVDĚ A MODERNÍ SKEPSE  
(PRAŽSKÉ PŘEDNÁŠKY)**

Jeden z nejvýznamnějších představitelů morální a ekologické filosofie, americký univerzitní profesor českého původu, Erazim Kohák, se po svém celoživotním nedorovlném exilu v USA vrací do Prahy jako profesor University Karlovy. Ve svých prvních přednáškách v mateřském městě rozvíjí ryze českou myšlenkovou tradici "života v pravdě".

Kniha čtenáře seznamuje s nejvýznamnějšími současnými trendy americké i evropské filosofie, aby je postavila do konfrontace právě s onou ryze českou myšlenkovou tradicí "života v pravdě".

Sám autor o tomto svém textu říká:

"Svůj filosofický úkol, své filosofické poslání jsem chápal jako úkol hledání pravdy, hledání dobra, hledání smyslu, které se nevází na lhostejnou preferenci toho či onoho jedince. Proti moderní lhostejnosti jsem chtěl prokázat, že ještě je pravda a lež, spravedlnost a bezpráví, dobro a zlo, a že mezi nimi je rozdíl, že - slovy Jana Patočky - jsou věci, pro které stojí za to trpět, o něž stojí za to usilovat. Ve všem mém filosofickém myšlení mi šlo o to, aby člověk nepropadal lhostejnosti."

**Poslední čtyři inzerované knihy  
vyjdou v prvním pololetí roku 1994.**

Objednávky zasílejte na adresu:

Nakladatelství JEŽEK

Štemberkova 890

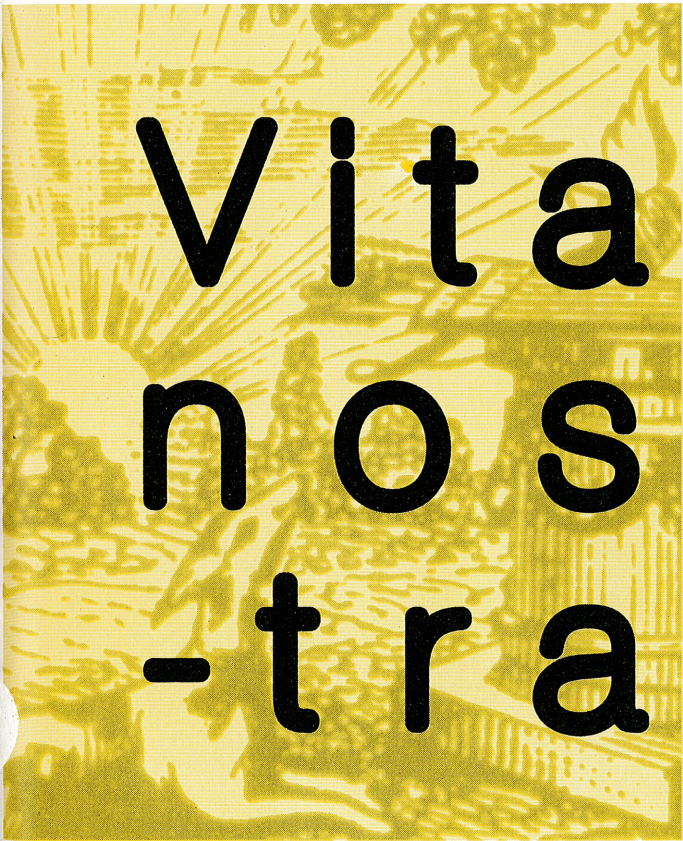
Rychnov nad Kněžnou

PSC 516 01



**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UK V PRAZE**  
**RUSKÁ 87, 100 00 PRAHA 10 - KRÁLOVSKÉ VINOHRADY**





**vita  
nos  
-tra**

**3 - 4 / 9 4**  
**časopis**  
**3. lékařské**  
**fakulty**  
**university**  
**karlovy**  
**praha**

**r e v u e**

VITA NOSTRA REVUE 3 - 4 / 94  
sborník statí, článků, dokumentů, komentářů  
a textů 3. lékařské fakulty University Karlovy  
v Praze.

Cena dvojčísla: 30 Kč, pro studenty 10 Kč.

Předplatné na 1 rok: 60 Kč.

Složenkou k předplacení obdržíte na děkanátě  
fakulty.

Redakce:

Jiří Ježek, Pavel Gregor, Jiří Šimek,  
Milan Kment, Petr Widimský,  
Radana Königová, Milica Sklenčková.

Sazba a grafická úprava:

DIVUS

Kontaktní adresa:

VITA NOSTRA REVUE  
Děkanát 3. LF UK, Ruská 87, Praha 10,  
Královské Vinohrady.

Své příspěvky zasílejte pouze na disketě  
v textovém editoru T602 na kontaktní adresu.  
Diskety Vám budou po zkopírování vráceny.

Poděkování příspěvatelům.

Časopis si můžete zakoupit v knihkupectví  
H+H, Hnidákovi,  
budova děkanátu 3. LF UK,  
Ruská 87, Praha 10, Královské Vinohrady.

<b>Slovo děkana: Imatrikulační projev děkana fakulty</b> <b>Prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc. pro školní rok 1994/95</b>	<b>5</b>
---	----------

## F a k u l t a

<b>Akademický senát</b> <i>Eva Samcová</i>	12
<b>Další možnosti modernizace studia na 3. LF UK</b> <i>Jiří Horák</i>	14
<b>Seznam prací publikovaných pracovníky 3. LF UK v zahraničních časopisech v roce 1993 (kromě Slovenské republiky)</b>	17
<b>Seznam monografií, skript a kapitol v monografiích publikovaných v roce 1993</b>	25
<b>Přehled publikační činnosti v roce 1993</b>	27
<b>PŘEDSTAVUJEME PRACOVIŠTĚ 3. LF UK A FN KV V PRAZE:</b> <b>Rozhovor s Prof. MUDr. Pavlem Kuchyňkou, CSc.,</b> <b>přednostou oftalmologické kliniky FN Královské Vinohrady</b> <i>Připravil Pavel Gregor</i>	29

## A k t u á l n í o t á z k y

<b>Jak dál v postgraduálním vzdělávání lékařů</b> <i>Jiří Horák</i>	34
<b>Vede morálka k lepšímu zdraví?</b> <b>(Úvaha pro nedělní pořad radia RIO „Etika a my“.)</b> <i>Jiří Šimek</i>	38
<b>Růžová linka</b> <i>Eva Vaníčková</i>	40
<b>Vláda dětem lásku koupit nemůže</b> <i>Wade F. Horn</i>	42

## Z e z a h r a n i č í

<b>Některé dojmy z týdenního pobytu na Mayo Clinic</b> <i>Pavel Gregor</i>	48
<b>Konference „COHERHE“</b> <i>Jiří Šimek</i>	51

# Sestřičky

## Konec dietních sester v Čechách!?

*Tamara Starnovská, vrchní dietní sestra FN Královské Vinohrady*

56

## Odborné texty

### Výživa u nemocných s rozsáhlými popáleninami

*Adriena Lhotková, dietní sestra*

60

### Jak dlouho hospitalizovat nemocné s nekomplikovaným infarktem myokardu?

*Pavel Gregor, Petr Widimský*

65

## Studenti

### Sen a skutečnost (aneb má ještě smysl MdP?)

*Lukáš Šoltys*

70

### SEMESTRÁLNÍ PRÁCE Z LÉKAŘSKÉ ETIKY

#### Úvodní slovo

*Helena Haškovcová*

72

### Neštovice jsou eliminovány. Má člověk zničit i virus?

*Martin Winkler*

74

### Etické problémy dlouholeté péče o chronicky nemocné

*Ivo Trešl*

78

### Sexual Harassment - Sexuální „harašení“

*Jana Rejřňová*

83

### Některé aspekty vztahů klasické a alternativní medicíny

*Jana Rejřňová*

85

### Autonomie pacienta v současné medicíně

*Kateřina Matyášová*

89

## Texty

### SIR KARL R. POPPER V PRAZE

Projev prof. Cyrila Höschla

95

Prague lecture, Karl Popper 1994

103

Dokumenty

108

**Slovo děkana:  
Imatrikulační projev děkana fakulty  
Prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc. pro školní rok 1994/95**

Vaše Magnificence, Spectabiles, Honorabiles, Cives Academici, paní a pánové,

shromáždili jsme se dnes proto, abychom mohli slavnostně stvrdit závazek, který na sebe berou jak ti, kdož vstoupili na půdu Karlovy university a budou tímto okamžikem přijati za členy její akademické obce, tak i ti, kteří přijali čím dál obtížnější a obětavější úkol vychovávat generace lékařů, jež přijdou po nás. Vstup na universitu patří k těm pozoruhodným okamžikům v životě jedince, kdy se v životním plánu vybírá z několika často velice různých možností a kdy se vskutku něco důležitého rozhoduje. Maturanti a mladí lidé se výběrem školy vyhupují na obzor, z něhož lze občas zahlédnout tajemně se lesknoucí hladinu příštího života. Ještě v tu chvíli nevědí, že příprava končí a začíná onen hlavní život, který lze sice všelijak měnit, ale už jej nelze vzít zpět a začít nanovo. Ti starší, kteří se rozhodli vstoupit na universitní půdu ať již formou bakalářského studia nebo formou university třetího věku, zvolili nelehkou cestu za hranice svého dosavadního poznání a své zkušenosti. Prokázali tak moudrost, jejímž úhelným kamenem vždy zůstává Sókratovo *Scio me nihil scire*. Všichni pak, kdož zde dnes stojíme, uvalili jsme na sebe břemeno povinností. Dovolte mi připomenout hlavní cíle universitního studia lékařství, jež tvoří jakési desatero toho, co by měl student obsáhnout, a zároveň toho, co by mu škola měla umožnit.

1. Porozumění základům onemocnění.
2. Porozumění lidskému vývoji.
3. Porozumění teoretickým východiskům a teoretickému pozadí života, zdraví a nemoci.
4. Určit diagnózy hlavních nemocí.
5. Navrhnout léčbu.
6. Navrhnout prevenci.
7. Určit prognózu.
8. Přijmout opatření směrem k pacientovi, směrem k rodině, směrem k zaměstnavateli, směrem ke společnosti.
9. Porozumět sobě samému a umět se chovat.
10. Umět pro svou práci a pro její cíle motivovat nejenom pacienty, ale i generace, které přijdou po nás.

Cíle studia bakalářského i university třetího věku se od tohoto desatera logicky odvozují vzhledem k povaze a definici toho kterého zaměření.

Vážení kolegové, vybrali jste si dobrou školu a dobrou fakultu.

Dovoluťe mi několik slov o škole. Pražskou universitu chtěl založit už roku 1294 Václav II., Otakarův syn, ale čeští páni ze strachu před cizineckou vědou tomu zabránili. Přirozenost se tak lekla útoku ducha. Lidem nepodrobeným vzdělanecké kázní se zdá z přirozených příčin každá vzdělanost cizineckou a nebezpečnou, protože přináší změnu řádů společenských a nutnost přizpůsobit se jim. Universita si žádala učenců z ciziny, což vedlo k posílení vlády vzdělanců, t.j. duchovenstva, na úkor světských pánů. Je tedy pochopitelné, že odchovanci starých řádů se bránili. Je případné, že už 50 let před založením této university a 100 let před Dekretem kutnohorským se objevila v domácím obyvatelstvu nechuť k cizinecké universitě. Tuto nechuť překonal Karel IV., který universitu 1348 založil zřejmě tak, že nevyšetřoval domácí náladu a počínal si v tomto smyslu absolutisticky. Podařilo se mu prosadit svou vůli, a pokládáje university za důležitý státní podnik, založil pražské vysoké učení.

Naše universita byla založena podle vzoru university pařížské a boloňské. Lišila se od nich však v jednom důležitém momentu: zatímco staré university (jako pařížská, boloňská a oxfordská) byly národní v tom smyslu, že vyrůstaly poznenáhlu z institucí daných potřebou místa a kraje, kde se organizovaly, a ze staré vědecké tradice, udržované intenzivní duchovní prací, vznikla pražská universita z absolutní vůle panovníkovy a bez vsí originální domácí průpravy vědecké. Kopírovala jen cizí zřízení, přenechávajíc následujícím dobám úkol, aby se Praha vyrovnala myšlenkově a organizačně s tímto novým tělesem.

Praha byla tehdy na periférii vzdělanosti, jejímiž středisky byly severní Itálie, Paříž, Oxford a Porýní. Tam byl prudký duchovní život, tam vyrostl Dante, tam učil Tomáš Akvinský, tam zápolili za své ideály rytíři. Pražská universita připomínala spíše universitu neapolskou než pařížskou. Neapolská universita byla první universitou v Evropě založenou také na panovníkův rozkaz - a také (jako pražská) v sídelním městě. Pražská universita byla však od samého počátku mnohem kosmopolitnější, mnohem internacionálnější. Karel IV. sice opsal z věnovací listiny neapolské university slova později tak často uváděná, že totiž založil universitu, aby věrní obyvatelé království toužící po vzdělání „*nemuseli kraj světa obcházeti a cizích národů se prositi, nýbrž i za slávu sobě mohli pokládati, když by jiné přespólní touha po vzdělání vábila do jejich země*“, ale není vidět, že by bylo vskutku Karlovým úmyslem nějak omezovat svobodu stěhovat se z university na universitu.

Na Karlově universitě od počátku byli profesori i studenti z celé střední Evropy. Středověké zřízení, internacionální pojetí vědy a organizace universit přinášely samy sebou, že universita byla autonomní korporací, podléhající svou správou v poslední instanci panovníkovi a svým učením papeži. Pro dnešní svobodu vědy sice neměl středověk vůbec smyslu, ani ji nežádal ani ji neumožnil, avšak jinak vynikala středověká universita nad universitami dnešními právě svojí internacionálností.

Dnešní universita slouží vymezené potřebě státu. Profesory jmenuje stát, ministerstvo je akredituje, zkoušky na universitě jednoho státu většinou neplatí ve státě druhém, ba mnohá odvětví vědy, zejména věd humanitních, se interpretují na každé universitě podle stanoviska příslušného státu nebo kultury.

V tomto ohledu byla na středověké universitě svoboda větší. Zkoušky vykonané na jedné universitě platily pro všechny university. V tomto ohledu byl papež pro university autoritou, která zaručovala jejich internacionálnost a svobodu proti lokálním vládním nápadům. Královským privilegiem byla internacionálnost pražské university výslovně zaručena. Cituji:

„Kteřížkoli by přišli, buďtež doktoři, mistři nebo studenti kterékoli fakulty nebo odkudžbykoli přišli, mají jak na cestě sem, tak pokud zde budou meškati, i když by se odtud vraceli, pod zvláštní královskou ochranou a bezpečným průvodem býti, také všichni jak doktoři, tak žáci všech předností, svobod a spravedlností, které na učení pařížském nebo boloňském v obyčeji jsou, účastni býti a užívatí“.

Tímto citátem z knížky Emanuela Rádla „Válka Čechů s Němci“ jsem chtěl poukázat na důležitou roli university v současném světě. Universitní vzdělanost tvoří protiváhu úzkoprstosti, šosáctví, maloměšťáctví a nacionalismu. Přál bych si, aby tento její cíl nezapadl v lavině každodennosti, která nás všechny čeká.

A nyní několik slov k fakultě. 3. lékařská fakulta vznikla původně rozdělením pražské lékařské fakulty v roce 1953 na tři nové fakulty. Tehdy to byla Fakulta všeobecného lékařství, dnes 1. LF, Fakulta dětského lékařství, dnes 2. LF a Fakulta hygienická, dnes 3. LF. Od roku 1990 mají všechny tři fakulty nový název a nové zaměření.

3. lékařská fakulta University Karlovy je jedinou její fakultou, jejíž vedení, tedy děkan a proděkan, pracují již čtvrtým rokem ve stejném složení. To umožňuje sledovat i dlouhodobé cíle rozvoje fakulty, uvádět v život poučení z vlastních chyb, zajišťovat stabilitu vývoje fakulty a pokročit v započatém díle. Příchody a odchody akademických funkcionářů jsou v otevřené společnosti žádoucí samozřejmostí a představují jeden z hlavních atributů demokracie. Avšak zbrklé plýtvání silami a střídání posádky při pos-tupu neznámým, chaotickým a často nepříznivým terénem znamená být stále na počátku. Naše fakulta se naštěstí takovému znevýhodnění vyhnula. Výsledkem našeho čtyřletého úsilí na fakultě jsou některé skutečnosti, které ji odlišují od jiných lékařských fakult a které - zejména v oblasti efektivity - budu nyní citovat z Horké linky rektorátu č. 6, abych nebyl snad podezříván ze subjektivního přístupu.

1/ Z údajů za minulý rok vyplývá, že naše fakulta dostala ze všech lékařských fakult University Karlovy z rektorátu nejmenší příspěvek v oblasti neinvestičních prostředků a mezd, v investicích je na tom ještě hůře fakulta plzeňská. V přepočtu na jednoho studenta jsme dostali nejméně ze všech pražských lékařských fakult.

2/ Přesto však je průměrná mzda na naší fakultě nejvyšší ze všech lékařských fakult university, a to velmi výrazně. Rozdíl mezi průměrnou mzdou na naší fakultě a nejbližší nižší průměrnou mzdou na jiné lékařské fakultě university je téměř 1 000



Kč měsíčně. To zdaleka není pouze důsledek skutečnosti, že máme roční náskok ve výuce zahraničních studentů - samoplátců. Je to mimo jiné tím, že naše personální politika v minulém období byla restriktivní a stimulovala výkon. 3. lékařská fakulta má oproti jiným fakultám malou administrativu. Cena, kterou je třeba počítat na jednoho studenta je u nás ze všech lékařských fakult nejnižší. Tato efektivita přitom není na úkor vybavenosti, uvažujeme-li v kontextu University Karlovy.

Naše fakulta má moderní budovu děkanátu a teoretických oborů vybavenou počítačovou sítí poslední generace. Má vlastní uzel mezinárodních sítí s přístupem do Bitnetu a Internetu. Na optických discích ústředny jsou mnohamegabitové databáze z oblasti lékařství přístupné z kteréhokoli terminálu 24 hodin denně. Studenti mají do sítě přístup z učeben a fakulta počítá s rozšířením jejich účasti v síti.

Vybavenost se neomezuje pouze na výpočetní techniku. Fakulta se spolu s Fakultou nemocnicí Královské Vinohrady snaží ze všech sil překonávat nelehkou ekonomickou situaci v obou resortech, školském i zdravotnickém. Nemocnice Královské Vinohrady vkládá do výuky mediků nemalé prostředky. Řada klinik patří dnes k vedoucím tréninkovým a doškolovacím centrům. Za všechny můžeme jmenovat kliniku stomatologickou, která prakticky přivedla do naší země nové netradiční materiály a technologie, kliniku ortopedickou, proslulou kyčelními náhradami, kliniku oční, která je špičkovým chirurgickým pracovištěm s přidruženou mezinárodní tkáňovou oční bankou, kliniku ušní, nosní a krční, která pořádá pravidelně mezinárodní workshopy, kliniku plastické chirurgie, která je ojedinělým mikrochirurgickým pracovištěm v celé zemi, II. interní kliniku, která se podílí na pozoruhodném česko-americkém projektu Dubeč, kliniku urologickou, zavádějící nové technologie, kliniku popálenin, která je světoznámým pracovištěm obstarávajícím spádovou oblast prakticky celé naší země, a našly by se další příklady.

Fakulta má také mimořádné postavení mezi ostatními lékařskými fakultami důrazem, jaký může díky své tradici v hygienických oborech a díky svému umístění a spolupráci se Státním zdravotním ústavem, klást na rozvoj preventivního lékařství a veřejného zdravotnictví. Prestiž fakulty v této oblasti dokládá např. pořádání letních škol ve spolupráci s London School of Hygiene and Tropical Medicine, kam se sjíždějí frekventanti z celé Evropy.

Vážení kolegové, nebudu dále pokračovat ve výčtu důvodů, pro které se domnívám, že jste si mezi lékařskými fakultami University Karlovy zvolili správně. Za mémi slovy se skrývá skutečnost, které nyní stanete tvář v tvář a bude lépe, uděláte-li si svůj názor sami. Je totiž možné, že se ve svém pohledu mýlím. Je možné, že potíže a nedostatky, kterých máme přehršeli, převáží nad přednostmi, o nichž jsem se zmínil. Jako vždy, i zde jde o kontext, o porovnání. Ostatně kvalitu školy tvoří rovnou měrou též studenti. Velice bych si přál, abyste se s naší fakultou ztotožnili, abyste byli hrdi na to, že na ní můžete studovat, abyste jí pomáhali vytvářet, abyste nám svou nesmlouvavou kritikou od samého počátku pomáhali zdokonalovat

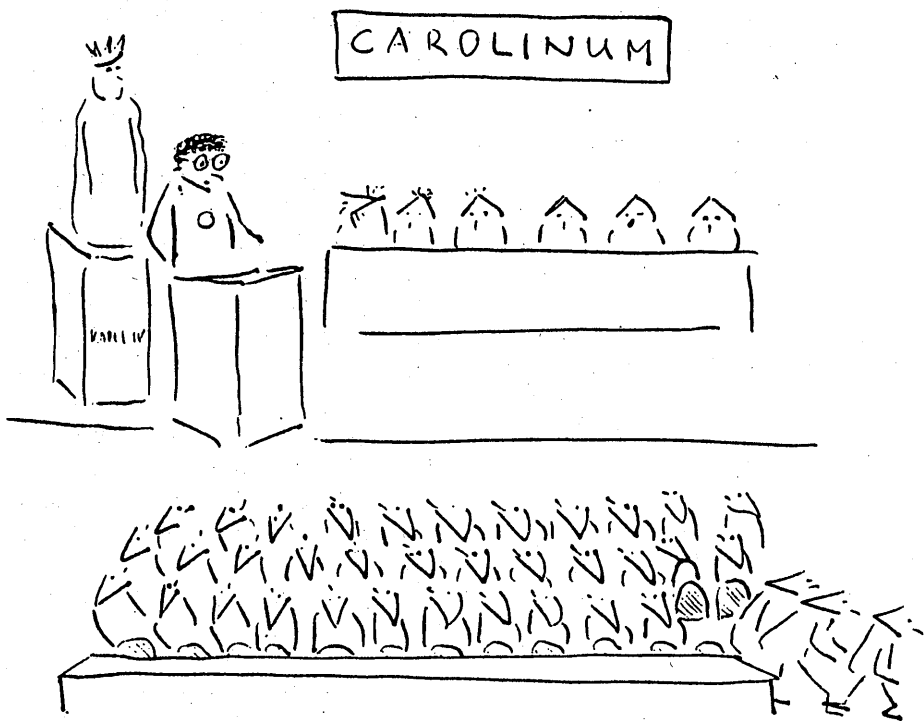
její obraz. Přijmete-li i Vy, dnešní studenti, 3. lékařskou fakulty University Karlovy za svou, a budete o ni pečovat spolu s námi, pak nemám o její úroveň obavy.

V této souvislosti je mou milou povinností přivítat mezi námi příznivce 3. lékařské fakulty, kteří svou podporu projevili a stále projevují tím, že přispívají na sociální program fakulty i na její rozvoj. Sociální program fakulty představuje především nadace Probimed, což je zkratka „PROTi BÍdě MEDiků“, která shromažďuje prostředky na tvorbu podpůrné sítě pro nadané, leč chudé studenty. Ve správné radě nadace jsou pánové Ivan Boháček, Ivan Medek, Ivan Havel, Radim Palouš, Karel Křikava, Paul Grof, Martin Zákravský a paní Hana Provazníková. Z příspěvků na rozvoj fakulty se podporuje zejména materiální vybavení. Jestliže jsem před chvílí hovořil o pozitivních výsledcích činnosti fakulty, pak je to též díky přispění těchto mužů a žen, jimž patří můj upřímný dík.

Chci Vás, milí přátelé, ujistit, že vyšší efektivita fakulty spojená s vyššími mzdami, o nichž jsem hovořil, jsou cestou ke zhodnocení vašich příspěvků. Jsou totiž cestou k záchraně teoretických oborů, ke zvýšení prestiže postu universitního učitele a ke zvýšení kvality výuky. Jsou tudíž i projevem vstřícnosti fakulty vůči vám, jejího vděku, jejího aktivního přístupu a zárukou, že vaše příspěvky padají na úrodnou půdu. Samozřejmě ani vy ani my nemůžeme uspokojit potřeby globálního charakteru. Nemůžeme naráz vybudovat laboratorní komplex, sportovní, společenská, kongresová, klubová, restaurační a ubytovací zařízení, nemůžeme pokrýt potřeby investic. Snažíme se tedy dělat to, na co stačíme.

Na začátku jsem připomněl, že vstup na universitu patří k těm pozoruhodným okamžikům v životě jedince, kdy se v životním plánu vybírá z několika často velice různých možností a kdy se vskutku něco důležitého rozhoduje. Ujišťuji vás, že jste se rozhodli správně, když jste si vybrali rozlehlý a všeobjímající humanitně-přírodovědně-umělecký obor lékařství. Dojde v něm naplnění mnohý rozličný váš talent i způsob, dopustíte-li to a potřechnete-li zavčas, že jakákoli vynikající schopnost je především obyčejnou dřinou.

Vážení studenti, vážení kolegové, spolupracovníci a přátelé, přeji vám v nadcházejícím školním roce hodně štěstí, radosti z drobností i z velkých úspěchů a těším se na spolupráci s Vámi ve všech oblastech života naší university. Q.B.F.F.F.



VYBRALI JSTE SI DOBROU, ALE NAROČNOU  
FAKULTU... KAM JDETE?!...

J.J.

**FAKULTA**

## Akademický senát

Eva Samcová

Při pohledu na působení senátu od března 1993 do současné doby si nejdříve musím zrekapitulovat, co bylo vlastně jeho úkolem. Akademický senát měl v tomto období především tyto úkoly:

- zvolit děkana fakulty a vyjádřit se k jeho volbě proděkanů;
- sledovat studijní záležitosti;
- podat návrhy na změnu statutu;
- vyjádřit se a v praxi realizovat pravidla prodlužování pracovních poměrů;
- vypracovat připomínky k několika verzím nového vysokoškolského zákona;
- zajišťovat komunikaci s universitním senátem;
- vyřizovat urgencye, dopisy, vyjádření k aktuálním problémům;
- v posledním období připravit volby do nového senátu .

Jaký byl senát v tomto období? Slyšela jsem mnoho názorů, od shromáždění hlupců až po pracující a smysluplný spolek. Líbí se mi to. Mohu tedy dodat i něco za sebe. Podle mně to byl dobrý senát. Vyrovnaný ve studentské i pedagogické části. Senát chvílemi velmi bojovný, a tím i živý. Senát, ve kterém převládl duch spolupráce. Snad se dá říci, že tím byl i trochu napřed před většinou společnosti. Vždy při takovéto úvaze mi napadne paralela se situací na silnici. Přejíždíme-li státní hranici se západní zemí, jsme svědky zajímavého úkazu. Za hranicemi naší země už řidiči pochopili, že když nebudou vzájemně spolupracovat, nastane v dopravě chaos. U nás se řítí bezohledně vozy nejmodernějších značek, často s řidiči, jejichž ročník narození má jako třetí číslici sedmičku, kteří se snaží dokázat světu, jací jsou kabrňáci. Výsledkem jsou často obtížně řešitelné situace. Je to jistě projev nezralých osobností, ale také známka toho, že se snažíme tvořit demokratický systém teprve velmi krátkou dobu. I instituce senátu potřebuje čas k získání respektu členů akademické obce.

Objevuje se však jiné nebezpečí. Bude mít senát čas, aby jako instituce mohl pevně zakotvit? Kdo je ten, který nebere v úvahu připomínky, vycházející ze senátů všech fakult a vysokých škol k návrhům nového vysokoškolského zákona, které značně omezují pravomoci nejenom senátů? Nehraje se tady s námi zase nějaká podivná hra? Nechce zase někdo vládnout bez oponentů? Ano, je to v nás, skoro každý kromě nejmladší generace je tím postižen. Analyzujeme-li poctivě svoje jednání, víme, že to, jak jsme žili dříve, včetně našich malých zbabělostí, muselo se

na nás podepsat. Ale neměli bychom dovolit těm, kteří nemohou nebo nechtějí svoje jednání změnit, aby nám určovali kurs.

Souboj s naším malým vnitřním komunistou souvisí ještě s jiným problémem. Často je nesouhlasný názor brán jako napadání toho, s kým nesouhlasíme. Ve vědeckém prostředí, jakým bezpochyby fakulta je, by tato myšlenka měla zmizet. Vždyť každý z nás pocítil, jak se kvalita jeho práce vylepšila, když vyslechl svého oponenta, uvážil bez pocitu urážky, zda argumenty jsou nebo nejsou oprávněné.

Další akademický senát končí své funkční období. Za sebe musím říci, že jsem předsedu tomuto senátu dělala ráda. To, co jsme pro fakultu udělali nebo neudělali musí posoudit jiní. Zbývá popřát novému senátu dostatek nadšení, rozumu a nadhledu.

## Další možnosti modernizace studia na 3. LF UK

Jiří Horák

Zavedením velkého počtu povinně **volitelných kursů** ve III. až V. ročníku začíná na naší fakultě od školního roku 1994/5 nová fáze reformy studia, která - byť se zatím týká pouze studia medicíny - nepochybně časem ovlivní i všechny směry studia bakalářského. O smyslu a významu volitelných kursů jsem již opakovaně ve VNS i VNR informoval, zde jen připomínám, že jejich zavedením naplňuje 3. LF UK jedno z doporučení Komise Evropských společenství (1) ohledně organizace lékařského studia v členských zemích. Podle uvedeného doporučení mají být podporovány aktivní formy výuky na úkor pasivního přejímání znalostí, což je také smyslem volitelných kursů.

Rozsah volitelných kursů činí v našem studijním plánu při 30, příp. 45 hodinách za semestr méně než 10% celkového studijního zatížení, a to pouze ve třech ročnících. Z pohledu na celkový plán šestiletého studia představují volitelné kursy méně než 5% výuky - je zde tedy dostatečný prostor pro jejich další rozšíření. Považuji však za vhodné, abychom případné úpravy rozsahu volitelných kursů zvážili až po zhodnocení alespoň dvouletých zkušeností s jejich organizací a prováděním.

Dalším pravděpodobným směrem modernizace výuky, a to nejen na naší fakultě, ale v rámci celé university, bude zavedení **kreditního systému**. Jeho princip spočívá v přiznávání určitého stupně náročnosti jednotlivým úsekům studia, který se vyjadřuje tzv. kredity a dovoluje tak stanovit jistou ekvivalenci různých kursů a vyučovaných oborů. Kreditní systém je běžný i u nás na vysokých školách technických směrů, kde umožňuje velkou variabilitu studijních programů při zachování srovnatelné náročnosti studia. Lze říci, že čím je studijní plán volnějš (tj. čím vyšší je procento volitelných kursů, a zejména pak tam, kde neexistuje ročníkový systém), tím jsou přednosti kreditního systému výraznější. U fixního studijního plánu, tak jak byl do minulého školního roku praktikován na naší fakultě, má kreditní systém jedinou výhodu: tou je možnost studentů jiných směrů či fakult zapsat si jen určitý kurs s jistým počtem kreditů, jejichž předepsané množství musí student získat. Přes toto omezení se však u oborů s malou flexibilitou studijního plánu (kam typicky a nutně patří i lékařství) kreditní systém postupně rozšiřuje i na ně.

Je zřejmé, že mají-li být přednosti kreditního systému opravdu využity, je třeba, aby fungoval na co nejvíce vysokých školách. Z tohoto důvodu plánuje jeho zavedení i Universita Karlova. Kromě vzájemné prostupnosti studijních směrů jak uvnitř fakul-

ty, tak i uvnitř či dokonce vně university však kreditní systém stěžejně přinese do výuky lékařství něco opravdu nového.

3. LF UK otevřením velkého počtu volitelných kursů, u nichž je ekvivalence zatím vyjádřena počtem výukových hodin, již v předstihu učinila k zavedení kreditního systému první konkrétní krok.

Z pedagogického hlediska je nepochybně nejvýznamnější novinkou, o níž se v posledních letech ve světě hojně diskutuje, tzv. **problémově orientované studium**.

Při klasickém postupu se výuka medicíny odehrává od jednoduššího ke složitějšímu: od široce pojatých teoretických základů přes obory preklinické až ke klinické aplikaci naučeného představující syntézu dosud získaných poznatků (např. od anatomie a fyziologie přes patofyziologii, patologii, farmakologii a propedeutiku ke klinickým oborům, přičemž ještě většina z vyjmenovaných oborů se dělí na část obecnou a speciální a výuka je plánována tak, aby postupně a systematicky probrala celý obor).

U problémově orientovaného studia je tomu jinak. V jeho asi nejrozšířenější - a řekl bych nám nejbližší podobě - je zachováno členění studia na klasické obory. Přitom však výuka oborů klinických neprobíhá nikterak systematicky, nýbrž studenti jsou konfrontováni s řadou nemocných, jejichž případy rozebírají ze všech možných aspektů, a tak se vlastně učí celou medicínu jakoby najednou. Přitom se očekává, že si studenti ke každému případu samostudiem doplní chybějící znalosti z ostatních oborů.

Praktická realizace problémově orientovaného studia může mít ovšem řadu podob. Zjednodušeně si lze tento systém představit tak, že např. výuka vnitřního lékařství by po absolvování propedeutiky spočívala pouze v demonstraci a rozboru řady nemocných bez snahy postupně probrat choroby jednotlivých orgánů a orgánových systémů. Dokonce se už objevily první učebnice psané podle uvedeného principu - v podstatě se jedná o soubory kazuistik.

Jednou z prvních námitek, kterou patrně každý z nás při konfrontaci s uvedeným přístupem vznese, je fakt, že se student nemůže během několika let takového studia setkat s více než se zlomkem všech chorob, o nichž by měl být informován. Přesto si problémově orientované studium získalo na řadě lékařských fakult ve světě značnou oblibu. Předpokládá vysokou iniciativu a samostatnost studentů, kteří si vyhledávají a doplňují informace potřebné k pochopení všech aspektů toho kterého případu. Skutečností je, že v klinických oborech je i u nás problémově orientovaný přístup praktikován pokaždé, kdy se student setkává s novým nemocným. Svým zaměřením slouží ovšem rozboru jednotlivých případů v klasickém způsobu studia spíše k ilustraci a doplnění přednášené látky.

Domnívám se, že ani naši učitelé, ani studenti nejsou připraveni přijmout problémově orientované studium jako jedinou či převážnou formu výuky a nevidím ani důvodu, aby k tomu byli vyzýváni či nuceni.

Osobně považuji problémově orientované studium v jeho vyhraněné podobě za určitý extrém. Jeho popularita patrně spočívá ve skutečnosti, že dokáže zaujmout studenty a přivést je k samostudiu. Příznivé zkušenosti s problémově orientovanou výukou



pocházejí ovšem ze zemí, kde je samostatnost a pocit zodpovědnosti studentů za vlastní vzdělání v průměru na podstatně vyšší úrovni než tomu je dosud u nás, a proto bych doporučoval při jeho zavádění v našich podmínkách jistou opatrnost.

Z uvedeného rovněž vyplývá, že aplikace problémově zaměřeného studia je záležitostí jednotlivých ústavů a klinik, a nikoliv studijního plánu, jak se někteří učitelé chybně domnívají. Bylo by dobře, kdyby některý obor na 3. LF UK (zejména tam, kde se jeho učitelé v zahraničí s problémově orientovanou výukou setkali) popsany přístup vyzkoušel a o získaných zkušenostech fakultní veřejnost informoval.

Závěrem této stručné informace si dovoluji vyjádřit své pevné přesvědčení, že přes svůj nepopiratelný význam má formální stránka uspořádání výuky na její kvalitu menší vliv než přístup, motivace a zaujetí učitelů a studentů.

#### *Literatura:*

*1. Advisory Committee on Medical Training: Report and Recommendations on Undergraduate Medical Education. Commission of the European Communities, Brussels, 28. 10. 1992.*

## Seznam prací publikovaných pracovníky 3. lékařské fakulty UK v zahraničních časopisech v roce 1993 (kromě Slovenské republiky)

[V závorce je uveden Impact Factor]

- APPOLD, J. - EIKEN, H. G. - ČECHÁK, P.: The phenylketonuria G272X haplotype 7 mutation in European populations. *Hum. Genet.*, 92, 1993, s. 107 - 109. [2.656]
- ABOU-SALEH, M. T. - FILIP, V.: Prediction in Psychopharmacology. *Br. J. Psychiatry*, 163, Sept. 1993, Suppl. 21. [2.056]
- ARENBERGER, P. - BUCHTOVÁ, L. - HLADOVEC, J. aj.: Increase of endothelaemia in psoriasis. *Acta Derm. Venerol. (Stockh.)*, 73, 1993, s. 35 - 36. [0.980]
- ARENBERGER, P. - BUCHTOVÁ, L. - HLADOVEC, J.: Increase of endothelaemia in psoriasis. *Dermatol. Digest*, 8, 1993, č.10, s. 11 - 12.
- ARENBERGER, P. - BUCHTOVÁ, L. - LEDER, L. O.: Increased pyruvate kinase activity in peripheral blood cells of atopic dermatitis patients. *Clin. Res.*, 41, 1993, č. 2, s. 412. [37.160]
- ARENBERGER, P. - BUCHTOVÁ, L. - LEDER, R. O.: Increase pyruvate kinase activity in peripheral blood cells of atopic dermatitis patients. *J. Invest. Dermatol.*, 100, 1993, s.535. [3.855]
- ARENBERGER, P. - BUCHTOVÁ, L. - LEDER, R. O.: Psoriasis patients show a higher endothelial cell blood level. *J. Invest. Dermatol.*, 100, 1993, s. 476. [3.855]
- ARENBERGER, P. - BUCHTOVÁ, L. - PICKOVÁ, J.: Psoriasis and the 2,3-biphosphoglycerate blood level. *Dermatology*, 186, 1993, s. 158.
- ARENBERGER, P. - KAMÉNY, L. - RŮŽIČKA, T.: Characterization oh high affinity 12(S)-hydroxyeicosatetraenoic acid (12(S)-HETE) binding sites on normal human keratinocytes. *Epithelial Cell Biol.*, 2, 1993, s. 1 - 6.
- ARENBERGER, P. - NELSON, P. - ABRAHAM, A. aj.: Anti-RANTES immunoreactivity in skin. *J. Invest. Dermatol.*, 101, 1993, s. 446. [3.855]
- ARENBERGER, P. - RAAP, A. - ARMAH, B. aj.: The lipoxygenase inhibitor 2-phenylmethyl-1-naphtol (DuP 654) is a 12(S)-hydroxyeicosatetraenoic acid receptor antagonist in the human epidermal cell line SCL-II. *Skim Pharmacol.*, 6, 1993, s. 148 151.
- BARDODĚJ, Z. - MALOŇOVÁ, H. - NĚMEČEK, R. aj.: Bestimmung von Merkapturaten zur Abschätzung der Belastung durch potentiell krebserzeugende Substanzen. *Schriftenr. Zentralbl. Arbeitsmed.*, 13, 1993, s. 81 - 89.

- BLÁHA, V. - ČIHÁK, I. - NÍČEK, F.: Clearance and distribution Parameters of <sup>99m</sup>Tc-EHIDA, -DTPA and -MAG -3 by Dynamic Liver/Kidney Scintigraphy. Nucl. Med. Biol., 20, 1993, č.1, s. 89 - 93. [0.875]
- BOBÁK, M. - KRŽÍŽ, B. - LEON, D. aj.: Socioeconomic factors and height of preschool children in Czech Republic. Am. J. Public Health, v tisku. [2.459]
- BUČEK, S.: Xenografts ( A Future for Skin Banks in South Africa). S. Afr. J. Surg., v tisku.
- ČELKO, A. M.: Epidemiology - Editorial comment on papers of outstanding interest. Current AIDS Literature, 6, 1993, č. 12.
- DAVID, I. - FILIP, V. - KAREN, P.: The effect of 7-methoxytacrine on EEG in healthy volunteers. Homeostasis, 34, 1993, s. 214-215.
- DAVID, I. - HÖSCHL, C. - FILIP, V. aj.: The effect of levoprotiline and maprotiline single dose on C-EEG during 24 hours. Homeostasis, 34, 1993, s. 212 - 213.
- DONÁT, P. - KRŠIAK, M.: Can fear reduced aggression? A comment about effects of antiaggressive drugs, anxyolytics and androgens. Abstracts of the XXIII. International Conference, 1 - 9 September 1993, Torremolinos, Spain.
- DONÁT, P. - MRÁZ, M. - KRŠIAK, M. aj.: Behavioural characteristics of rats differing in the sensitivity to stressors. Abstracts of the International Congress on Applied Ethology, Berlin, 24th - 30th July 1993, s. 56.
- DONÁT, P. - MRÁZ, M. - KRŠIAK, M. aj.: Behavioural characteristics of rats differing in the sensitivity to stressors. Manuscript submitted for the Proceedings of the International Congress on Applied Ethology, Berlin, 26th - 30th July 1993.
- DYTRYCH, Z.: Children Born to Women Denied Abortion: Mental Health Concerns. 1993 World Congress, World Federation for Mental Health. August 23 - 27, 1993, Tokyo, Japan, 1993.
- FILIP, V. - HÖSCHL, C. - KAREN, P. aj.: Predicting Therapeutic Results with Levoprotiline and Maprotiline in Major Depression: The Role of the Outcome Criteria. Br. J. Psychiatry, 163, 1993, Suppl. 21, s. 35 - 38. [2.056]
- GYLLENBERG, M. - GYLLENBERG, H. G.- SCHINDLER, J. aj.: Non-uniqueness of numerical taxonomic structures. Binary, 5, 1993, s. 138 - 144.
- HAHN, A. - SCHNEIDER, D. - CLAUSSEN, C. F.: Neurootological findings in the patients with Meniere\*s disease. Abstracts of XXth. Congress of NES, Linkoping 3. - 6. 6. 1993, v tisku.
- HÁJEK, M. - HEJCMANOVÁ, L. - PŘÁDNÝ, J.: Proton in vivo spectroscopy of patients with hyperphenylalaninaemia. Neuropediatrics, 24, 1993, s. 111 - 112. [0.887]
- HAVLÍNOVÁ, M. - TOMÁŠEK, L. - PROVAZNÍK, K. aj.: School Development of Anxious and Non - Anxious Children: A Longitudinal Study. Anxiety Research (An Int. J.), 1993, v tisku.
- HNÍKOVÁ, O.: Partial Deficiency of Thyroxine-Binding Globulin - A HLA Study. Horm. Res., 1993, v tisku. [0.640]
- HÖSCHL, C.: Prediction in Psychopharmacology. Abstr. No. 105. Neuropsychophar-

- macology, 9, 1993, Suppl. 2, s. 49S. [3.000]
- HÖSCHL, C.: Prediction: Nonsense or Hope? Br. J. Psychiatry, 163, 1993, Suppl. 21, s. 46 - 54. [2.056]
- HULÍNSKÁ, D. - HAVLÍK, J. - DOU TLÍK, S. aj.: Detection of specific antigens in blood and cerebrospinal fluid of Lyme disease (LB) patients. 6th European Congress of clinical Microbiology and Infectious diseases, Seville, 28 - 31 March 1993.
- HULÍNSKÁ, D. - KRAUSOVÁ, M. - JANOVS KÁ, D. aj.: Electron microscopy and the polymerase chain reaction of spirochetes from the blood of patients with Lyme disease. Cent. Eur. J. Public Health, 1, 1993, s. 19 - 25.
- HOFMAN, V. - HAHN, A. - CLAUSSEN, C. F.: Influence of vasoactive drugs in inner ear: an experimental study. Poster. Abstracts of XXth. Congress of NES, Linköping 3. - 6. 6. 1993.
- CHODOUNSKÝ, Z. - DALY, N. - LANDBERG, T. aj.: Teaching Course on the Role of Radiotherapy in the Management of Cancer. 1993.
- JANDA, V.: Muscle strength in relation to muscle length, pain and muscle imbalance. In: Muscle Strength. Ed. by K.Harms Ringdahl. New York, Churchill Livingstone 1993.
- JANDA, V.: Die Muskelabschwächung in der Rückenschule. In: Rückenschule interdisziplinär. Ed. by H. Rieder, H.Kalinke. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1993.
- JANDA, V.: Reflex Activation of Gluteal Muscles in Walking. Spine, 18, 1993, č. 6, s. 704 - 708. [0.541]
- JANEČKOVÁ, M. - HNÍKOVÁ, O. - ZAMRAZIL, V. aj.: Die Jodversorgung der Kinderpopulation in Prag. Padiatr. Padol., 28, 1993, č. 3, s. 87.
- JELÍNEK, R. - PETERKA, M. - BEDNÁŘ, V.: Changed malformation spectra in chick embryo population exposed to graded doses of teratogen. Teratology, 48, 1993, s. 44. [1.600]
- KADLEC, M.: Rehabilitácia II. Eurorehabil., 2, 1993,
- KAMÉNY, L. - MICHEL, G. - ARENBERGER, P. aj.: Down-regulation of epidermal growth factor receptors by dithranol. Acta Derm. Venerol., 73, 1993, s. 37 - 40. [0.980]
- KLEIN, Z.: Differences in the interpretation of some gestures between psychic normal persons and psychotic inpatients. Abstracts of the III. Internat. Congress on Applied Ethology, Berlin 1993.
- KMENT, M.: The working report of Central Ethical Commission of Czech Republic during 1990 - 1992. Int. J. Bioethique, 4, 1993, č. 2, s. 156 - 158.
- KMENT, M. - HAŠKOVCOVÁ, H.: Czech central ethics Committee at Work. Bull. med. Eth., 92, 1993, s. 16 - 19.
- KÖNIGOVÁ, R.: Ethical problems in mass disasters. Ann. Medit. Burns Club, 6, 1993, č. 3, s. 190 - 192.
- KÖNIGOVÁ, R.: The Management of Mass Burn Disasters. Kluwer Academic Publishers 1992. System of postgraduate training in burn emergencies in Prague.

- KORYCH, B.: Infection and immunity. *Folia biol.*, 38, 1992, s. 195 - 201. [0.439]
- KUBIČKA, L. - CZEMY, L. - KOŽENÝ, J. aj.: The substance specificity of psychosocial correlates of alcohol, tobacco, coffee and drug use by czech women. *Addiction*, 88, 1993, s. 813 - 820.
- KUBOVÁ, H. - MAREŠ, P.: Anticonvulsant action of oxcarbamazepine, hydroxycarbamazepine and carbamazepine against metrazol-induced motor seizures in developing rats. *Epilepsia*, 34, 1993, s. 188 - 192. [2.229]
- KUBOVÁ, H. - MAREŠ, P.: Effects of Alprazolam on a model of human absences - rhythmic metrazol activity in rats. *Physiol. Res.*, 40, 1993, s. 361 - 364.
- KUBOVÁ, H. - MAREŠ, P. - VORLÍČEK, J.: Stable anticonvulsant action of benzodiazepines during development in rats. *J. Pharm. Pharmacol.*, 45, 1993, s. 807 - 810. [0.907]
- LEBL, J. - HNÍKOVÁ, O. - JANEČKOVÁ, M. aj.: Incidence of Idiopathic Growth Hormone Deficiency in Czech Republic. *Abstr. of 16th Int. Symp. on Growth and Growth Disorders*, Lisbon, October 1993.
- LEHMENKUEHLER, A. - SYKOVÁ, E. - SVOBODA, S. aj.: Changes in the diffusion properties of extracellular space during postnatal development of the rat neocortex. *Europ. J. Cell Biol.*, 60, 1993, Suppl. 36, s. 24. [2.528]
- LEHMENKUEHLER, A. - SYKOVÁ, E. - SVOBODA, J. aj.: Extracellular space parameters in the rat neocortex and subcortical white matter during postnatal development determined by diffusion analysis. *Neuroscience*, 55, 1993, č.2, s. 339 - 351. [3.589]
- LEŠTINA, J. - DAVID, I.: The effect of maprotiline on SEPs in a major depressive episode. *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, 86, 1993, s. 82P. (Abstract.) [2.126]
- LIBIGER, J. - CZEBOR, P. - MALÍŘOVÁ, E. aj.: Prolactin Response to Neuroleptic Test Dose and Improvement. *Abstract. Neuropsychopharmacology*, 9, 1993, s. 120. [2.148]
- LIBIGER, J. - CZOBOR, P. - VOLAVKA, J.: Does the changes of psychopathology on placebo predict the treatment response? *Psychiatry Research*, 1993. V tisku. [1.365]
- LIBIGER, J. - HÖSCHL, C.: Psychiatry in Czech Republic. *Abstr. No. 107. Neuropsychopharmacology*, 9, 1993, Suppl. 2, s. 49 - 50S. [2.148]
- JÍRA, M. - SCHÖNFELD, Y. - KETMANN, J. aj.: Idiotypes of anti-ds-DNA antibodies in SLE patients from various regions. *Autoimmunity*, 14, 1993, s. 231 - 233. [0.958]
- MAKAL, V. - MIŇOVÁ, M. - KUBOVÁ, H. aj.: Developmental changes of thresholds for cortical epileptic afterdischarges. *Physiol. Res.*, 42, 1993, s. 49 - 52.
- MALINA, L. - BUREŠOVÁ, I. - CHLUMSKÁ, A. aj.: The influence of liver disease on the development of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in patients with chronic hepatic porphyria (PCT). *Dermatol. Monatsschr.*, 179, 1993, s. 219.

- MAREŠ, P. - KUBOVÁ, H.: Transition between two types of epileptic seizures in developing rats as a sign of progressive epileptogenesis. In: Progressive Nature of Epileptogenesis. Workshop on Neurobiology of Epilepsy, Tromso, Norway, June 26 - 29, 1993.
- MAREŠ, P. - KUBOVÁ, H. - ZOUHAR, A. aj.: Motor and electrocorticographic epileptic activity induced by 3-mercaptopropionic acid in immature rats. *Epilepsy Res.*, 16, 1993, s. 11 - 18. [1.641]
- MAREŠ, P. - SEIDL, J. - NOVÁKOVÁ, J.: Differential action of phenytoin and carbamazepine on cortical rats. *Neurosci. Lett.*, 160, 1993, s. 49 - 52. [2.496]
- MAREŠ, P. - SEIDL, J. - POHL, M.: Paired-pulse and frequency potentiation of cortical responses in developing rats. *Brain Res. Bull.*, 32, 1993, s. 107 - 111. [1.746]
- MARŠÁLEK, M.: Insulin coma treatment: A risk factor of tardive dyskinesia. *Neuropsychopharmacology*, 9, 1993, s. 117S. [2.148]
- MATEJČEK, Z. - DYTRYCH, Z.: Specific learning disabilities and the concept of psychological subdeprivation: The Czechoslovak experience. *Learning Disabilities Res. and Practice*, 1:44-51, 1993.
- MATOUŠKOVÁ, E. - VOGTOVÁ, R. - KÖNIGOVÁ, R.: A recombined skin composed of human keratinocytes cultured on cell - free pig skin. *Burns*, 19, 1993, (2), s. 118 - 123. [0.269]
- MEDEM, P. - OVERGAARD, K. - SEREGHY, T. aj.: Enhancing the efficacy of thrombolysis by AMPA receptor blockade with NBQX in a rat embolic stroke model. *J. Neurol. Sci.*, 119, 1993, s. 209 - 216. [1.888]
- OVERGAARD, K. - SEREGHY, T. - BOYSEN, G. aj.: Protection of brain tissue and reductio of mortality by thrombolytic therapy in an embolic stroke model. *Acta Neurol. Scan.*, 1993, v tisku. [0.963]
- OVERGAARD, K. - SEREGHY, T. - BOYSEN, G. aj.: Reductio of infarct volume by thrombolysis with rt-PA in an embolic rat stroke model. *Scan. J. Clin. Lab. Invest.*, 53, 1993, s. 383-393. [0.628]
- OVERGAARD, K. - SEREGHY, T. - FRELLSEN, H. aj.: Composition of emboli influences the efficacy of thrombolysis with rt-PA in a rat stroke model. *Fibrinolysis*, 7, 1993, s. 141 - 148. [2.512]
- OVERGAARD, K. - SEREGHY, T. - PEDERSEN, H. aj.: Neuroprotection with NBQX and thrombolysis with rt-PA in rat embolic stroke. *Neurol. Res.*, 15, 1993, s. 344 - 349.
- PEKÁREK, J. : L'exercice de la Dentisterie en république Tchaeue. *Information dentaire*, 75, 1993, č. 13.
- PETERKOVÁ, R. - PETERKA, M. - RUCH, J. V.: Morphometric analysis of potential maxillary diastemal dental anlagen in three strains of mice. *J. Craniofac. Genet. Dev. Biol.*, 13, 1993, s. 213 - 222. [0.610]
- PETR, T. - BÁRTA, I. - ADÁMKOVÁ, M. aj.: The effect of partial hepatectomy on the genotoxicity of aflatoxin B1. *Neoplasma*, 39, 1993, č. 4, s. 241 - 244. [0.375]

- PFEIFFER, J.: Fokus - Die Entwicklung des Vereins für die Pflege um die psychisch Kranke in der Tschechischen Republik. Pro mente infirmis, 1993. V tisku.
- PIEPSZ, A. - GORDON, I. - HAHN, K. - KOLÍNSKÁ, J. aj.: Determination of the technetium-99m mercaptoacetyl triglycine plasma clearance in children by means of a single blood sample: a multicentre study. Eur. J. Nucl. Med., 20, 1993, s. 244 - 248. [1.355]
- PODRAZKÝ, V. - ŠTOVIČKOVÁ, J. - NOVOTNÁ, J. aj.: Evidence for the degradation of type XI collagen by bovine disc and articular cartilage extracts. Biol. Chem. Hoppe Seyler, 374, 1993, s. 497 - 500. [1.836]
- RAŠKOVÁ, H.: Pharmacology of immunomodulation. Abstracts of the 2nd International Congress ISNIM, Paestrum (Salerno), Italy, September 12 - 17, 1993.
- RAŠKOVÁ, H. - STAREC, M. - ZÍDEK, Z. aj.: Genetic differences in immunomodulation, behaviour and stress induced organ lesions. Abstracts of the 2nd International Congress ISNIM, Paestrum (Salerno), Italy, September 12 - 17, 1993.
- RATHOUSKÁ, J. - KUBOVÁ, H. - MAREŠ, P. aj.: Anticonvulsant activity of Flumazenil in rats during ontogenetic development. Pharmacol. Biochem. Behav., 44, 1993, s. 581 - 586. [1.679]
- RUBEŠ, T. - HLAVÁČKOVÁ, V. - PROCHÁZKOVÁ, Z. aj.: Immunoscintigraphy by Means of Monoclonal Antibody Imaging in Colorectal Carcinoma Detection of the patients underwent Surgery. Proceedings 56. kongresu v Lublinu, Polsko.
- RŮŽIČKA, T. - ARENBERGER, P. - PETER, R. U. aj.: Psoriasis arthropatica. In: Braun-Falco, O., Plewig, G., Maurer, M.: Fortschritte der praktischen Dermatologie und venerologie. Berlin - Heidelberg, Springer Verlag 1993, Sv. 13, s. 318 - 323.
- RŮŽIČKA, T. - ARENBERGER, P. - WAGNER, S. aj.: Psoriasis arthropatique. Ann. Dermatol. Venerol., 120, 1993, s. 5 - 13. [0.328]
- ŘÍPOVÁ, D. - NĚMCOVÁ, V. - FARSKÁ, I. aj.: Changes in platelet phospholipid content in treated and untreated schizophrenics. Eur. Neuropsychopharmacol., 3, 1993, č. 3, s. 395.
- SAMEC, Z. - TROJÁNEK, A. - SAMCOVÁ, E. aj.: A study of the membrane ion transport by transient electrochemical techniques. Abstracts of 44th ISE Meeting, Berlin, September 5 - 10, 1993, s. 161.
- SARTORIUS, N. - HÖSCHL, C.: Biological Psychiatry in Eastern and Central Europe and in China. Abstr. No. 102. Neuropsychopharmacology, 9, 1993, Suppl. 2, s. 48S. [2.148]
- SEREGHY, T. - OVERGAARD, K. - BOYSEN, G.: Neuroprotection by EAA antagonist augments the benefit of thrombolysis in embolic stroke rat. Stroke, 24, 1993, s. 1702 - 1708. [3.196]
- SEREGHY, T. - OVERGAARD, K. - BOYSEN, G. aj.: Reduction of infarct volume and mortality by thrombolysis in a rat embolic stroke model. In: Thrombolytic Therapy in Acute Ischemic Stroke II. Ed. by G.J. Del Zoppo, E. Mori, W. Hacke.

- Berlin-Heidelberg, Springer Verlag 1993, s. 311 - 315.
- SCHINDLER, J.: Dynamics of Bacillus colony growth. Trends Microbiol., 1, 1993, s. 333 - 338.
- SCHÖNFELD, Y. - JÍRA, M. - YEHUDA, V.: Reactivity of anti-idiotypic antibody 16/6 to ds-DNA in humans. Harefuah, 124, 1993, s. 772 - 774.
- SOUKUPOVÁ, S. - MIKOLÁŠOVÁ, R. - KUBOVÁ, H. aj.: EEG and motor manifestations of cortical epileptic foci induced by bicuculline methiodide in developing rats. Epilepsy Res., 15, 1993, s. 22 - 33. [1.641]
- STANČÁK, A. - PFEFFER, D. - HRUDOVÁ, L. aj.: Electroencephalographic correlates of paced breathing. Neuroreport, 4, 1993, s. 723 - 726.
- STAREC, M. - DONÁT, P. - MRÁZ, M. aj.: Genetic differences in rat responses to stress. Abstracts of the 34th Spring Meeting of „Deutsche Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie“, Mainz, March 16 - 18, 1993, abstr. č. 521.
- STAREC, M. - DONÁT, P. - ZÍDEK, Z. aj.: Genetic differences in two rat strains, their behaviour, stress-induced gastric and heart lesions and immunomodulation. Abstracts of the 2nd international Congress ISNIM, Paestrum (Salerno), Italy, September 12 - 17, 1993.
- STAREC, M. - ZÍDEK, Z. - DONÁT, P. aj.: Neuroimmunomodulatory differences in two inbred strains of rats. Abstracts of the Joint Meeting of the „Deutsche Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie“ and of the „Association Francaise des Pharmacologistes“, Lille, 6-8 October 1993. Fundamental & Clinical Pharmacology, 7, 1993, s.381. [0.597]
- STEJSKAL, P. - SUP, R. - DOLEŽAL, I. aj.: Use of reversedregulation of work rate intensity by heart rate in testing physical fitness (CHR-test). Sport. Med. Training and Rehab., 4, 1993, s. 33 - 46.
- SYNKOVÁ, E. - SVOBODA, J. - POLÁK, J.: Extracellular space diffusion characteristics during normoxia, hypoxia and terminal anoxia. Europ. J. Cell Biol., 60, 1993, Suppl. 36, s.25. [2.528]
- ŠPRINDRICH, J.: Radiology in Czechoslovakia in a time of change. Invest. Radiology, 28, Suppl. 13, 1993, s. 36 - 37. [0.836]
- TEN CATE, F. J. - WIDIMSKÝ, P. - CORNEL, J. H. aj.: Intracoronary Alunex: its effects on left ventricular hemodynamics, function and coronary sinus flow in humans. Circulation, 88, 1993, s. 2123 - 2127 e. [9.038]
- TRŇAVSKÝ, K. - GATTEROVÁ, J. - LINDUŠKOVÁ, M. aj.: Combination therapy with hydroxychloroquine and methotrexate in rheumatoid arthritis. Z. Rheumatol., 52, 1993, s. 292 - 296. [0.246]
- URBÁŠKOVÁ P. - SCHINDLER, J. - ALDOVÁ, E. aj.: Antibiotic susceptibility of mesophilic aeromonads isolated in Czechoslovakia. Med. Microbiol. Lett., 2, 1993, s. 152-15.
- VELÍŠEK, L. - VONDŘIČKOVÁ, R. - MAREŠ, P.: Models of simple partial and absence seizures in freely moving rats: action of ketamine. Psychopharmacol. Bio-



- chemistry Behav., 45, 1993, s. 889 - 896.
- VELÍŠKOVÁ, J. - VELÍŠEK, L. - MAREŠ, P. aj.: Ethosuximide supresses seizures and lethality induced by picrotoxin in developing rats. Pharmacol. Biochem. Behav., 44, 1993, s. 975 - 979. [1.679]
- VYHNÁNEK, F. - HELFERT, I. - LOCHMAN, O.: Treatment of pulmonary hypertension in the initial phase of acute endotoxic shock in dogs. Eur. J. Surg., 1993, v tisku.
- VYHNÁNEK, F. - KÖNIGOVÁ, R. - PULS, M.: Incidence of blunt trauma in electrical burns. Burns, 1993, v tisku. [0.269]
- WIDIMSKÝ, P. - GREGOR, P.: Pericarditis during the course of myocardial infarction. Abstracts from the 10th Symposium on Echocardiography, Roptterdam, June 23 - 25, 1993.
- WIDIMSKÝ, P. - GREGOR, P.: Rescent atrial fibrillation in acute myocardial infarction: a sign of pericarditis? Eur. Heart J., 1993, abstract suppl. from Europ. Congress of Cardiology, s. 1595. [1.938]
- WIDIMSKÝ, P. - SURYAPRANATA, H. - ZIJLSTRA, F. aj.: Simultaneous angiographic and intracoronary Doppler guide wire assessment of myocardial and coronary flow reserve during PTCA. In: Abstract book from the symposium „Current Concepts in the Therapy of Coronary Artery Disease“, Garmisch Partenkirchen, January 26 -29, 1994, s.57.

## Seznam monografií, skript a kapitol v monografiích publikovaných v roce 1993

- ANDĚL, M. - HORÁK, J. - KMENT, M. aj.: Vnitřní lékařství. Díl I.-VI. Praha, Karolinum 1993.- V tisku.
- BARÁKOVÁ, D.: Základy ultrazvukové diagnostiky v oftalmologii. Praha, ALCON Pharmaceuticals LTD 1993.
- DAVID, A.- HLADKÝ, A. - KOSNÁČ, L. aj.: Práce a zdraví svařečů. Svařečská příručka, díl I. Praha, Odborový svaz KOVO, sekce svařečů a paličů 1993, 74 s.
- DEZORTOVÁ, M.: Optimalizace pulsních sekvencí při měření protonových MR slekter mozku. Praha, MFF UK 1993. 56 s.
- HLAVNIČKA, P.: Optimalizace pulsních sekvencí pro in vivo MR spektroskopii při 1,5 a 2 T. Praha, MFF UK 1993. 58 s.
- HNÍKOVÁ, O.: Pediatrické kapitoly. Praha, Karolinum 1993.
- HÖSCHL, C.: Psychosomatická problematika v endokrinologii. In: Psychosomatická medicína. Eds. J.Baštecký, J.Šavlík, J.Šimek. Praha, GRADA-Avicenum 1993., s.219 - 233.
- HÖSCHL, C. - ŠIMEK, J.: Koncepce psychického stresu. In: Psychosomatická medicína. Eds. J.Baštecký, J.Šavlík, J.Šimek. Praha, GRADA-Avicenum 1993, s.41-47.
- JANDA, V.: Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik. 3., přeprac. vyd. Berlin, Ulstein Mosby 1993.
- KLAPAČ, M.: Psychologie a pedagogika pro pedagogické pracovníky učňovských zařízení. Praha, Institut pro výchovu učňů 1993.
- KORYCH, B.: Imunologie a imunita. In: Současná imunologie. Eds: M.Mára, B.Korych. Praha, Tritton 1993, s.4 - 100.
- KORYCH, B.: Přirozená imunita. In: Současná imunologie. Eds: M.Mára, B.Korych. Praha, Tritton 1993, s.36 - 55.
- KŘÍŽOVÁ, E.: Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví. Praha, Universita Karlova 1993.
- KUŽELA, L. - HAMANOVÁ, H.: Juvenilní hyperbilirubinemie. In: Dospívající v péči praktického lékaře. Ed: H.Hamanová. Praha, Tritton 1993.
- LINC, R. - DOUBKOVÁ, A.: Anatomie hybnosti. Praha, 3. LF UK 1993.
- MALINA, L.: Dermatovenerologické praktikum a dermatovenerologická propedeutika. Praha, Karolinum 1993.
- PFEIFFER, J.: Mental Health Service Reforms in the czech Republik. In: Community Mental Health Care. Eds. C.Dean, H.Freeman. London, Royal College Psychiatrists 1993.

- POČTA, J. - ŠTURMA, J.: *Medicina neodkladných stavů a katastrof.* Praha, Karolinum 1993.
- Psychosomatická medicína. Editoři J.Baštecký, J.Šavlík, J.Šimek. Praha, Avicenum 1993.
- Sportovní masáže pro posluchače lékařských fakult. Praha, 3. LF UK 1993.
- ŠERÝ, V. a kol.: *Atlas rozšíření nemocí.* Brno, Ústav pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 1993.
- ŠPRINDRICH, J.: *Arthrografie na horní končetině.* Brno, LF MU 1993.
- TRNAVSKÝ, K.: *Léčebná péče v revmatologii.* Praha, GRADA-Avicenum 1993.
- TRNAVSKÝ, K.: *Vademecum revmatologie pro zdravotní sestry. Příloha časopisu Sestra.* Praha 1993.
- TVRDEK, M. a kol.: *Obecná chirurgie.* Praha, Karolinum 1993.- V tisku.
- VELÍŠEK, L.: *Kapitoly z moderní neurofyziologie a epileptologie.* Praha, Karolinum 1993.
- VELÍŠEK, L.: *Směry moderní fyziologie.* Praha, Karolinum 1993.
- VELÍŠEK, L.: *Testové otázky z fyziologie.* Praha, Karolinum 1993.
- VLASÁK, V.: *Endokrinochirurgie.* Praha, Karolinum 1993.
- WIDIMSKÝ, P. - TEN CATE, F. J.: *Contrast echocardiography: principles and developments.* In: *Cardiac Ultrasound.* Eds. J.R.T.C.Roelandt, G.R.Sutherland aj. London, Churchill Livingstone 1993, s. 63 - 67.

## Přehled publikační činnosti v roce 1993

Ústav	Časopisy		Přednášky		Abstr. Stati Proceed.	Skripta Monogr.
	zahr.	čes.	zahr.	čes.		
Ú.obecné biologie	1		2	14		
Ú.molekulární biologie	11	4	10	4		
Ú.anatomie		1		2		1
Ú.histologie a embryol.	2	6	2	6		
Ú.lék. biofyziky		4				
Ú.lék. chemie a toxikol.	1	1	2	1	1	
Ú.biochem.a patobiochem.	1	10	4	13	1	
Ú.cizích jazyků		1	2	2	1	
Ú.fyziol.a klin. fyziol.	11	5	11	18	1	
Ú.patol. fyziologie	11		5	9	10	
Ú.lék. etiky	1	15	2	35		3
Ú.farmakologie	1	12	11	15	11	
Ú.patologie		1	1	4		
Ú.lék.mikrobiologie	3	2	2	12		
Ú.soudního lékařství		3	3	2		
Ú.klinické imunologie	2		10			
Ú.těl.výchovy		1	1	4		1
Ú. zdraví dětí a mládeže	1	18	4	30		
Ú. epidemiologie	4	3	3	10	3	
Ú. hygieny obecné		2	2	3		
Ú. výživy		2		5		
Kl.pracovního lékařství		11		9		1
Ú. ochrany před zářením			2	2		
Ú. tělových. lékařství	1	2		2		
Chirurgická klinika	2	15	5	14	1	
Kl.popálenové medicíny	3		5	18	1	
Kl.plastické chirurgie		8	3	9	2	
Ortopedická kl.		11	6	55	4	
Kl.anesteziol.a resusc.		5		6		
Kl.urologie		3		14		
PCP	18	27	34	63	1	2

Ústav	Časopisy		Přednášky		Abstr. Stati Proceed.	Skripta Monogr.
	zahr.	čes.	zahr.	čes.		
Dermatovenerologická kl.	13	8	6	5	1	
Kl.infekčních nemocí		2		23		
I. interní kl.	2	15	9	19		2
II.interní kl.	3	28	5	23		2
Pediatrická kl.	3	17	2	27	1	1
ORL		14	2	12	3	1
Neurologická kl.		5		14		2
Kl.radiologie	2	5	3	12		3
Kl.radioterapie a onkol.		8	1		1	
Kl.gynekologie a porod.	1	12	5	9		
Oftalmologická kl.		1	6	10	1	1
Kl.stomatologie	1	2		6		2
Kl.nukl. medicíny	2	1	5	8		
Kl.rehabilitač.lék.	3		32	42	2	1
Kl.geografické medicíny	1	5	19	9		2

## PŘEDSTAVUJEME PRACOVISŤE 3. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERSITY KARLOVY A FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY V PRAZE

Připravil Pavel Gregor

*Cílem příspěvků, které nyní začínáme zveřejňovat, je podrobněji představit jednotlivá pracoviště naší fakultní nemocnice a fakulty. Někomu by mohl tento cíl připadat směšný a zbytečný. Není však tomu tak. V době, kdy se většina klinik věnuje svým vlastním problémům a cílům, nejen že nevnímáme přítomnost jiných pracovišť a jejich problémy, ale nejsme informováni ani o jejich úspěších, které mnohdy překračují hranice nejen našeho města, ale i státu. Mladší lékaři, kteří nastupují do naší nemocnice, neznají často slavnou historii řady našich klinik, známá jména lékařů, která se zapsala do historie naší a světové medicíny. V každém čísle VNR bychom proto chtěli vždy jedno pracoviště představit.*

### **Rozhovor s Prof. MUDr. Pavlem Kuchyňkou, CSc., přednostou oftalmologické kliniky FN Královské Vinohrady**

*Ačkoliv oční lékařství patří mezi tzv. „malé obory“, rozhodně nemůže být na naší fakultě mezi malé řazen ani svou historií ani současným významem. Přednostou oftalmologické kliniky na naší fakultě je pan prof. MUDr. Pavel Kuchyňka, CSc.*

**Pane profesore, mohl byste nám říci něco o historii Vaší kliniky a osobnostech, které na ní působily?**

Oční klinika v naší nemocnici vznikla ze stávajícího očního oddělení v roce 1953. Její přednostou byl Prof. MUDr. Josef Janků, který jako první na světě popsal toxoplasmosu v cévnatce oka. Po jeho odchodu do důchodu, v roce 1958 na jeho místo nastoupil Prof. MUDr. František Vrabec, který je dodnes mezinárodně uznávaným odborníkem především v morfologii oka. Mým bezprostředním předchůdcem je Prof. MUDr. Jan Kolín, kterému se podařilo vybudovat kliniku na velmi dobré úrovni a zavést řadu nových operačních postupů, především v oblasti předního segmentu oka.

**Můžete nám představit současnou podobu Vaší kliniky, pokud jde o její velikost, počet a strukturu jednotlivých pracovníků?**

V současné době má naše klinika 40 lůžek a pracuje zde deset lékařů. Tři z nich jsou zaměstnanci fakulty.

Částečnou přestavbou přízemí budovy jsme rozšířili ambulantní část naší kliniky, kde jsme soustředili specializované poradny s moderní přístrojovou technikou. Máme zde ortoptickou a glaukomovou poradnu s počítačovými perimetry, ultrazvukovou vyšetřovnu, argonový a YAG laser, fundus kamery a histologickou laboratoř. V prvním patře budovy jsou pokoje pacientů, ve druhém patře jsou dva operační sály, které jsme v loňském roce rekonstruovali. V témže patře jsou i pokoje pro lékaře.

**Jaké jsou současné úkoly Vašeho pracoviště - výzkumné, léčebně preventivní a event. další?**

Rád bych, aby se klinika stala v oblasti léčebně preventivní péče samostatným oftalmologickým centrem s úplným komplementem. To znamená, že klinika musí zvládat veškerou škálu operačních výkonů na vysoké úrovni. Musí mít vlastní laboratoře, histopatologickou, tkáňovou oční banku, oddělení tkáňových kultur, imunohistochemickou laboratoř, vlastní oční optiku atd.

Vědecko-výzkumná činnost bude spočívat v oblasti imunohistochemie a tkáňových kultur ve spolupráci s Oční klinikou Johns Hopkins Hospital v Baltimore.

**Jakých dosažených cílů si nejvíce ceníte?**

V současné době jsme zavedli několik prioritních operačních postupů v rámci ČR. V operativě šedého zákalu jsme se dostali na vysokou mezinárodní úroveň. Začali jsme rutinně provádět nejmodernější metodu těchto operací - fakoemulsifikaci.

Dalším významným dosaženým cílem je založení a provozování oční tkáňové banky napojené na rozsáhlou síť Mezinárodní federace očních bank v Baltimore (IFEB). Zároveň se naše oční banka stala evropským školícím centrem této sítě.

Za třetí je to založení oftalmoonkologického centra pro ČR. Jsme jediným pracovištěm v našem státě, kde se léčí nitrooční tumory brachyterapií.

**Co vnímáte jako nejzávažnější problémy, s nimiž se Vaše klinika musí potýkat? Co se Vám nepodařilo a na co byste se chtěli soustředit v budoucnosti?**

Velkým problémem, se kterým se potýká nejen naše klinika, ale pravděpodobně i řada dalších pracovišť, je nedostatek schopných lidí a financí.

Nejsme stále spokojeni s ambulantním úsekem naší kliniky, který je velmi důležitý, protože právě tam dochází k prvnímu kontaktu lékaře s pacientem. S další přestavbou ambulantní části počítáme koncem tohoto roku, kdy se její součástí stane oční optika.

V operačním traktu bude otevřen třetí operační sál, který bude využíván pro vitreoretinální chirurgii. Otevření třetího operačního sálu nám umožní zvýšit počet opero-

vaných pacientů se šedým zákalem, u kterých začínáme tento zákrok provádět ambulantně.

**Jaké jsou podle Vás problémy v pregraduální výuce a co by se v ní mělo zlepšit?**

Oftalmologie má pouze jednosemestrovou výuku. Myslím si, že by se dalo ledacos zlepšit. Je nutno doplnit výukový materiál - videozáznamy a diapozitivy - počítačovou technikou. Nejdříve se musí medikům něco nabídnout, a teprve pak se také od nich u zkoušek může něco vyžadovat. Tento problém je především otázkou financí.

**Co si myslíte o postgraduální výuce lékařů na fakultách? Působí Vaše klinika nějak v tomto směru?**

Postgraduální výuka je velmi průměrná, alespoň pokud se oftalmologie týká. Není to ovšem jen vina oftalmologů, ale též pomalost změn, které byly již Českou oftalmologickou společností dávno navrženy (stále přetrvává I. a II. atestace, nesmyslná „kolečka“ atd.).

**Vím o Vás, že jste předsedou České oftalmologické společnosti. Jak zvládáte tuto funkci současně s náročným vedením kliniky?**

Není to jednoduché, zejména po administrativní stránce, ale zvládnout to lze.

**Děkuji za rozhovor.**





OD TĚ DOBY, CO STUDUJE MEDICÍNU,  
PANE DOKTORE, TRPÍ JAKÝMSI NEOPOD-  
STATUENÝM KOMPLEXEM HENĚCENOSTI...

# AKTUÁLNÍ OTÁZKY

## Jak dál v postgraduálním vzdělávání lékařů

Jiří Horák

*(Článek byl publikován v časopise Praktický lékař 74, 1994, č. 6, s. 294-295 jako součást ankety na téma postgraduální vzdělávání)*

O nutnosti zásadním způsobem zmodernizovat postgraduální vzdělávání lékařů u nás patrně nikdo kompetentní nepochybuje. Diskuse na toto téma se na různých úrovních vedou již téměř čtyři roky a jako člen několika komisí jsem se jich aktivně zúčastnil. Smyslem mého příspěvku do diskuse o postgraduálním vzdělávání (dále PGV) lékařů je poukázat na některé klíčové problémy PGV a formulovat svoje osobní představy a návrhy na jejich řešení.

Nejprve si dovolím terminologickou poznámku. Pod pojmem postgraduální vzdělávání lékařů rozumím veškeré popromoční vzdělávání lékaře, zaměřené k získání a udržení odborné kvalifikace potřebné k výkonu lékařského povolání. Patří sem tedy obecná klinická praxe, specializační příprava a celoživotní vzdělávání lékařů. Od PGV jako profesního vzdělávání je třeba odlišovat postgraduální studium, které je zaměřeno na získání doktorátu či vědecké kvalifikace.

Pojednání o postgraduálním vzdělávání by logicky mělo začít promoci, avšak vzhledem k některým představám o změně délky studia medicíny je třeba i zde zaujmout stanovisko. Šestileté studium medicíny považuji v kontextu našeho vzdělávacího systému za optimální a rozhodně nedoporučuji úpravu ať již ve smyslu jeho zkrácení či prodloužení.

Velmi diskutovanou otázkou je délka povinné klinické praxe před vstupem do specializační přípravy. Zdá se, že většina zainteresovaných činitelů se kloní k přípravě dvouleté. Osobně ji považuji za příliš dlouhou o domnívám se, že pro všechny klinické obory s výjimkou všeobecného (praktického) lékařství by zcela postačila praxe roční.

Délku obecné praxe nelze ovšem oddělovat od dalšího úzce souvisejícího problému: kolikastupňové postgraduální vzdělávání chceme či spíše potřebujeme. Zde nepochybně získali převahu příznivci jednostupňového vzdělávání, zdá se však, že díky jistému nedorozumění: zatímco myšlenka nahradit atestace I. a II. stupně v základních klinických oborech atestací jedinou je obecně akceptována a rovněž ji jednoznačně podporují, jiná je situace u oborů dosud označovaných jako „nástavbové“. Nemyslím, že by bylo vhodné, aby se lékař po absolvování klinické praxe - byl v proponovaném

trvání dvou let - zařadil do specializační přípravy na obory jako diabetologie, nefrologie, gastroenterologie, pneumologie, kardiologie, hematologie, plastická chirurgie, kardiochirurgie apod. Na interním či chirurgickém pracovišti by pak skutečný, tj. široce vzdělaný internista či chirurg byl vzácností a představa, jak nad starším nemocným s řadou různých chorob mezi sebou komunikuje tým specialistů bez společného jazyka, není věru povzbudivá. Nutná a oprávněná potřeba specializace v medicíně tu naráží na přirozené hranice, dané integritou lidského těla a ducha a vzájemnými souvislostmi jednotlivých orgánových systémů.

S výjimkou několika superspecializovaných institucí, kam přichází nemocný s jasně definovaným problémem (např. transplantační, kardiovaskulární či ortopedická centra) potřebuje terén i většina lůžkových zařízení lékaře nejen specializované, ale současně - a možná zejména - s kvalitními a širokými znalostmi základního oboru. Dokonce lze říci, že směrem k zařízením menším potřeba znalostí širších a obecných roste.

Považuji proto za vhodné, aby - snad s jistými úpravami - současný systém nástavbových atestací zůstal zachován. Jeho přednost proti příliš časně specializaci je zřejmá: příprava odborníků s širokými znalostmi v základním oboru. Jedinou nevýhodou je delší doba přípravy, která by se však ve skutečnosti nemusela příliš lišit od navrhovaného jednostupňového modelu: pokud by činila délka obecné klinické praxe jeden rok, délka praxe v základním oboru řekněme čtyři roky a délka nástavby dva roky, pak v porovnání s modelem dva roky obecná praxe + čtyři roky specializace činí rozdíl pouze jeden rok a při pěti letech specializace se rozdíl zcela stírá. Samozřejmě vycházím z předpokladu, že kvalitní a náročná příprava na základní atestaci umožňuje zkrátit dobu potřebnou k získání nástavbové specializace.

Požadavek, aby specializační příprava probíhala buď výhradně nebo převážně na akreditovaných školících pracovištích a aby školící místa byla obsazována konkursem nebo alespoň výběrovým řízením, je snad již obecně akceptován, není tedy třeba jej analyzovat. Snad jen zdůrazním, že akreditační komise musejí být nezávislé, tj. nespjaté se žádnou institucí zainteresovanou v poskytování PGV, že významnou úlohu by v nich měla hrát lékařská komora, že akreditace by měla být časově omezená a měla by zahrnovat i určení maximálně přípustného počtu školenců na daném pracovišti, a že by s jejím udělením měla být spojena i finanční podpora vzdělávacímu programu.

Vlastní atestační zkouška by mohla probíhat na půdě školícího pracoviště, avšak před komisí s celostátní či alespoň regionální působností, v níž by zaměstnanci školícího pracoviště měli být zastoupeni menšinově.

Systém povinného dlouhodobého pobytu na akreditovaných školících pracovištích s sebou přinese celou řadu specifických změn, jako např. nuceně zvýšenou mobilitu mladých lékařů s následnými problémy bytovými (při neexistenci trhu s byty) a rodinnými (zejména vzhledem k vysokému zastoupení žen mezi studenty lékařských fakult). Jistě vyvstane i otázka regulace počtu školících míst, a tedy následně počtu

lékařů v té které odbornosti, a problém, co s lékaři, kteří po absolvování obecné klinické praxe neuspějí v kompetici o školící místa. Každá z těchto otázek by si zasloužila samostatného pojednání a zde na ně mohu pouze upozornit, nikoliv se jimi podrobně zabývat.

Celoživotní vzdělávání lékařů po dosažení kvalifikace v oboru musí být povinné. Klíčová role zde opět připadá lékařské komoře, která by měla vydávat profesní licence na časově omezenou dobu a jejich obnovování spojit s jasně definovanými, kvantifikovanými a kontrolovatelnými požadavky na celoživotní vzdělávání (účast na doškolovacích kurzech, akcích odborných společností, pobyty na školících pracovištích apod.). Vhodný je systém započítatelných hodin (analogie kreditního systému), kdy pověřený orgán komory přiděluje přihlášeným a uznaným školícím akcím určité množství započítatelných hodin. Lékař je pak povinen nashromáždit za určité období (např. za pět let) při doškolovacích akcích jisté množství započítatelných hodin. Náklady spojené s účastí na školících akcích si samozřejmě odepisuje z daní.

Pojednání o koncepci postgraduálního vzdělávání by nebylo úplné, kdyby nebyla zmíněna role jednotlivých zainteresovaných institucí.

Domnívám se, že garantem fungování a kvality postgraduálního vzdělávání lékařů by měla být lékařská komora.

Ministerstvo zdravotnictví by zde mělo s komorou spolupracovat a vytvářet legislativní, materiální a další podmínky pro chod PGV.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) nemůže být nadále monopolním poskytovatelem PGV. Jeho budoucí roli spatřuji zejména v informování lékařské veřejnosti o nabídkách školících míst a kursů, ubytování účastníků krátkodobých školících akcí a patrně i organizování vlastních školících akcí (toto „patrně“ vychází ze skutečnosti, že koncepce budoucí činnosti IPVZ mi není známa). Nepochybně však musí skončit anomální situace, kdy na půdě jiných institucí (jako jsou fakultní nemocnice spojené s lékařskými fakultami) existují katedry a dokonce i kliniky IPVZ, někde i paralelně s odpovídajícími katedrami či klinikami lékařských fakult. Tato separace pre- a postgraduálního vzdělávání, vycházející ze scestného dělení úloh v oblasti medicíny zavedeného u nás v 50. letech (dle hesla: výzkum akademii věd, pregraduální výuku lékařským fakultám a PGV bývalému ILFu) zatím z legislativních důvodů přetrvává a ukončí ji až přijetí zákona o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Zapojení lékařských fakult do PGV je nezbytností, o níž snad není třeba nikoho přesvědčovat. Akreditaci školícího pracoviště by dle mé představy mohla získat i kvalitní pracoviště čistě zdravotnická, tj. organizačně nepřičleněná k lékařským fakultám, IPVZ nebo k resortním výzkumným ústavům.

V nejbližší době se tedy bude rozhodovat o budoucnosti postgraduálního vzdělávání lékařů na řadu let. Je třeba popřát zákonodárcům na jedné straně dostatek prozíravosti, na straně druhé dostatek odolnosti proti různým retardačním tlakům, které se při projednávání příslušného zákona velmi pravděpodobně objeví.

Mutatis mutandis totéž platí o avizované novele zákona o profesních komorách: bez silné a legislativou podpořené lékařské komory nebude ani kvalitního postgraduálního vzdělávání lékařů.

*Adresa autora:*

*Prof. MUDr. Jiří Horák, I. interní klinika 3. LF UK, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, r.č. 45.10.20/049*

## Vede morálka k lepšímu zdraví? (Úvaha pro nedělní pořad radia RIO „Etika a my“.)

Jiří Šimek

Od sametové revoluce často hovoříme o morální devastaci národa v důsledku mnohaletého přežívání v podmínkách totalitní společnosti s vládou komunistickou ideologií, mnozí z nás uvažují o tom, co by se dalo dělat pro zkvalitnění morálního citění lidí. Jde o nelehký úkol. Komunistický stát nepůsobil jen svou ideologií a mocí. V atmosféře stále konzumněji myslícího světa stačilo málo, aby se postoje mnohých z nás bez větších zvrátů postupně dostávaly na pozice sobectví, závisti a bezohlednosti k druhým.

Veřejná, otevřená diskuse o různých nových či starých morálních problémech prakticky neexistovala, ve výchově jen vzácně zazněl jiný morální názor než oficiální marxistická, třídně podmíněná, relativistická morálka, která se v praxi stále zřetelněji ukazovala jako nepoužitelná. Tak se stalo, že jsme sice všichni - jako i jinde ve světě - získali své základní poučení o morálních hodnotách a normách v pohádkách, ve kterých vždy dobro vítězí a morální chování je odměněno, ale pozdější nutná úprava morálního názoru byla jen malá. V mnoha z nás proto přetrvával pocit, že v životě by to mělo být podobně jako v oněch pohádkách, které prosvětlovaly naše dětství: že být morální se nám vyplatí a k morálnímu chování patří odměna. Každodenní zkušenosti o opaku jsme pak zklamáváni a od hledání morálních postojů odrazováni.

Rádi pozorujeme, jak člověk, jehož chování a postoje jsou v souladu s morálními požadavky doby, bývá chválen okolím, někdy i odměněn (dostane např. fair play cenu ve sportu). V Bibli si čteme o tom, jak Šalamoun, který dal přednost morálně vysoce ceněné moudrosti před vším ostatním, dostal za odměnu k moudrosti i dlouhý věk. Býváme pak zděšeni, když vidíme amorálního člověka, jak podvodem získává majetek, s majetkem pak dobrou ženu a stabilní rodinu a s tím i relativně šťastný život. Nejsme schopni se vyrovnat se společenským vzestupem a bohatnutím těch vychytralých a s chudobou poctivých a pracovitých lidí.

Před nedávnem jsem byl požádán, abych v přednášce pro lékaře odpověděl na otázku, do jaké míry může morální či nemorální chování ovlivnit zdravotní stav člověka.

Na první pohled nalezneme řadu argumentů pro oprávněnost pocitu, že morální chování by mělo vést i k lepšímu zdravotnímu stavu. Ve čtvrtém přikázání se říká: Cti otce svého a matku svou, abys dlouho žil a dobře se ti vedlo na zemi. Z české obrozené literatury známe postavu staříčkého pana faráře, který se dožívá

vysokého věku díky svému čistému svědomí při péči o svěřené duše. Babička Boženy Němcové byla též díky své moudré mravnosti zdráva do pokročilého stáří. Zlý alkoholik, který tluče svou ženu a děti, se upije k předčasné smrti.

V Bibli ale nalezneme vedle knihy Šalamounovy i příběh o Jobovi, který vzdor své spravedlnosti sedí malomocný na smetišti a seškrabuje ze svého těla odpadávající tkáň. V nemocnicích se setkáváme s řadou mladých lidí, kteří umírají na zhoubné bujení, aniž by komukoliv citelněji ublížili...

V morálním rozhodování je tomu podobně. Je mnoho pacientů, kteří trpí těžkým selháním ledvin, jsou v chronickém dialyzačním programu a čekají jako na smilování na transplantaci ledviny. Stává se, že někdo z blízkých příbuzných může být dárce ledviny. Tento příbuzný řeší problém: dát ledvinu nebo nedat? Je zřejmé, že pro něj morálně hodnotnější volba - ledvinu poskytnout - může vést při nečekaných komplikacích k podstatně horšímu zdraví. Podobně si můžeme představit matku, jejíž osmnáctiletá dcera může být pro ni dárce ledviny a ledvinu skutečně nabízí. Jistě se shodneme, že morálně čistší, a ovšem také podstatně méně zdravé, je odmítnout ledvinu od mladého člověka, který ještě není schopen domyslet všechny důsledky své nabídky.

Závěr přednášky byl jednoznačný - morální chování nezaručuje lepší zdraví, při řešení morálních dilemat nemůžeme považovat zdravotní hlediska za prvořadá. Jsem přesvědčen, že také v ostatních oblastech života bychom si měli připustit, že stejně jako zdraví, i bohatství a společenská prestiž může být odměnou za morální chování, více se ale uplatní vrozené vlohy, obratnost, přizpůsobivost a schopnost vhodným způsobem reagovat v rozhodujícím okamžiku. Morální volba sice může přinést užitek jak jednotlivci, tak i společnosti, užitek zde ale nemůže být hlavním důvodem. Ve svém morálním rozhodování se prostě nemůžeme vyhnout *povinnosti* jako jednomu ze základních argumentů. Povinnosti, kterou jsem z vlastního rozhodnutí přijal a z vlastní vůle vykonal. Splnění povinnosti bývá někdy odměněno, častěji ne. Nezlobme se proto, že morální člověk není vždy ten nejzdravější, nejbohatší a nejuctívanější.



## Růžová linka

Eva Vaníčková

Každý učitel se připravuje na nový školní rok, a každé dítě něco od nového školního roku očekává. Již tradičně se stává mezníkem v životě dítěte na dlouhou řadu let datum 1. září. Toto magické číslo, které je také velice vhodnou příležitostí ke zrodu něčeho nového, využila Česká společnost na ochranu dětí při přípravě projektu, zamýšleného nejen jako příspěvek k Mezinárodnímu roku rodiny.

Načasování projektu na 1. září vychází ze zkušeností, že děti se vracejí domů s novými prožitky, poznatky, zkušenostmi, názory, kamarády, ale často se vracejí také do domova, kde jsou změněny poměry, nejčastěji nemocí nebo rozvodem rodičů.

Hybným momentem projektu byly výsledky, které vyplývají z výzkumů a zkušeností, a které ukazují, že mnoho dětí prožívá úzkostně rozličné situace v rodině, škole i mezi kamarády a cítí se se svými problémy osamoceno, protože je nemá komu svěřit. Dětské trampoty, trápení, nepochopení ze strany dospělých, nedocenění problémů, nedostatek opravdového zájmu, vzájemné komunikace a času ze strany rodičů bývá příčinou dnes velmi časté subdeprivace dětí. Právě proto, že subdeprivace je tak častá, stala se problémem, který je třeba řešit.

Obě zmíněné skutečnosti, jak zvýšená poprázdňinová zátěž dětí, spojená s přebíráním role žáka, tak obecně častá subdeprivace dětí, byly tedy důvodem přípravy a tvorby intervenčního projektu RŮŽOVÁ LINKA.

Pomocnou ruku podala Česká společnost na ochranu dětí, která byla založena pracovníky centra preventivního lékařství 3. lékařské fakulty University Karlovy již v roce 1992.

Co v sobě projekt RŮŽOVÁ LINKA zahrnuje?

RŮŽOVÁ LINKA je určena dětem, které se ocitly v krizové situaci, cítí se ohroženy, poškozeny, nebo je „pouze“ trápí nějaký problém, cítí se osamoceny, mají pocit, že je nemá nikdo rád a nemají se komu svěřit nebo koho požádat o pomoc.

Na projektu RŮŽOVÁ LINKA se podílí tým odborníků (lékař, psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, psychiatr a další odborní konzultanti), kteří budou spolupracovat s dalšími krizovými centry, s celou rodinou, příp. školou, dětskými institucemi, ale i oddělením péče o děti OÚ, soudy a policií.

Česká společnost na ochranu dětí se díky tomu, že její sídlo je na 3. LF UK, tedy v regionu Prahy 10, rozhodla stanovit jako prioritu pomoci desátý pražský region. Tuto skutečnost přivítala starostka Prahy 10 a zprostředkovala nám kontakt na obdobnou nevládní organizaci, sídlící v předměstí Kodaně, se kterou má Praha 10 přátelské vztahy.

Informaci o RŮŽOVÉ LINCE jsme se snažili dostat až k dítěti, proto jsme zvolili cestu letáčeků do každé učebny, každé ordinace, „lidušky“, tělocvičny apod., a cestu samolepek, přidávaných ke každému nákupu v obchodech na Praze 10.

Součástí projektu je tvorba preventivních programů, nabízejících pozitivní alternativu chování a jednání v rozličných situacích, jak pro děti, tak i pro učitele a rodiče.

RŮŽOVÁ LINKA, která začala pracovat 1. září 1994, má i po krátké době od svého zahájení slibné zkušenosti. Denně volá 20 - 30 dětí, často i z obvodu Praha 4, a nejčastějším steskem jsou problémy v rodině, kamarádské vztahy a otázky spojené se sexuálním dospíváním.

„Sdělená bolest - poloviční bolest“ - tuto šanci „vypovídat se“, ventilovat své trápení, dává RŮŽOVÁ LINKA každému dítěti, které zavolá. Nabízí však samozřejmě ještě mnohem víc. Jak bude RŮŽOVÁ LINKA pracovat, to ovšem záleží i na jejím druhém konci. První zkušenosti budí naději, že záměr a smysl RŮŽOVÉ LINKY byl pochopen nejen dětmi, ale i rodiči, kteří se často stávají spoluúčastníky rozhovoru.

V této souvislosti je třeba si uvědomit, že každý z nás má ve svém okolí dítě - a tak téměř všichni nějakým způsobem do života dítěte zasahujeme. Tím spíše by si toto měl uvědomit i každý politik, který by měl při své praktické činnosti myslet na děti, na jejich blaho a zdraví.

*RŮŽOVÁ LINKA má telefonní číslo 67 102 250 a funguje téměř nepřetržitě včetně sobot a nedělí.*

## Vláda dětem lásku koupit nemůže

Wade F. Horn

*W.F. Horn je vědeckým pracovníkem Institute for American Values. Dříve pracoval v U.S. Department of Health and Human Services.*

*Článek je přeložen z anglického originálu „Government Can't Buy You Love“, publikovaného v časopisu POLICY REVIEW, č. 64, Spring 1993, pp. 72-77.*

*Přeložil RNDr. Jan Placht.*

### Materialistický omyl liberalismu

Dětská problematika bývá někdy zvláštní. Politikové mají rádi děti a často o nich mluví. Když ale přijde na to, aby svou rétoriku proměnili v činy, rychle změni předmět hovoru, zmíní se o nějaké symbolické akci nebo začnou naivně požadovat zvýšené dotace na často neproověřené a někdy přímo pochybné sociální programy.

Tento přístup byl rovněž hlavním nedostatkem Bushovy administrativy. Při váhání a nedostatku jasné koncepce v rodinné politice jsme se chovali mnohdy tak, jako bychom zastávali stejný názor jako mnozí liberálové, totiž, že vláda vyřeší všechny sociální problémy, když utratí dost peněz na sociální programy. A opravdu, Bushova vláda si může připsat k dobru 66-tiprocentní nárůst dotací do dětských programů, včetně například nevídaného posílení programu Head Start, The Women, Infant and Children's Food Supplement (WIC) Program (státní příspěvek na výživu pro ženy, děti a mládež), dětských očkovacích programů a programu lékařské pomoci Medicaid. Úhrnem to znamenalo, že jsme zvýšili výdaje na dětské programy z přibližně 60 miliard dolarů v roce 1989 na více než 100 miliard v roce 1993.

Tím jsme se ovšem pustili do něčeho, čemu já říkám „statistika sociálních výdajů“. Je to činnost, při níž na dětství pohlížíme jako na výsledek toho, kolik peněz vláda investuje na sociální programy. Z tohoto pohledu, čím víc peněz utratíme - nebo „investujeme“ - na programy na podporu rodiny a dítěte, tím víc dětství zabezpečíme. Měřítkem toho, jak opravdově se zajímáš o děti, se stalo to, kolik peněz získaných z daní hodláš utratit na dětské programy. Jestliže ty chceš utratit 8 miliard z peněz daňových poplatníků a já jenom 4 miliardy, tak se podle „statistiky sociálních výdajů“ zajímáš dvakrát více o potřeby dětí než já.

Takovouto statistiku sociálních výdajů vláda bohužel provádí již dobrých třicet let. Výdaje federálních vlád do programů na podporu rodiny a dítěte od roku 1960 drama-

ticky vzrostly a daleko převýšily tempo inflace. Přes tento mimořádný vzrůst objemu financí je však dnes podle všech ukazatelů ve svém zdravém vývoji ohroženo daleko více dětí než tomu bylo před třiceti lety. Proč ?

Statistika sociálních výdajů, na níž je tato politika založena, přehlíží klíčovou roli otců a matek. Nejde totiž ani tak o to, kolik vláda - a nakonec i rodiče - do svých dětí nainvestují peněz, jako spíše o to, **kolik času a energie** rodiče mohou a jsou ochotni svým dětem věnovat. Žádný vládní program, žádný sociální pracovník a žádná politika přerozdělování ještě nezajistila dítěti šťastné dětství. To dokáží jedině rodiče. Čím více času a energie budou rodiče jako celek do svých dětí investovat, tím více šťastných dětství bude zajištěno.

### Učitelé přicházejí a odcházejí

Aby mohly růst a prospívat, děti si potřebují vytvořit trvalý citový vztah s alespoň jednou spolehlivou dospělou osobou - svým živitelem. Děti potřebují vědět, že ve dne v noci je někdo nablízku, v časech dobrých i zlých.

A opět, od koho jiného než od rodiče můžeme rozumně očekávat, že si s dítětem takový vztah vytvoří? Výzkum na skupině tzv. zranitelných dětí (tj. dětí, které vyrostly v produktivní a společensky adaptabilní osobnosti, přestože mládí prožily ve velké bídě) ukázal, že tito lidé ve svém dětství vskutku měli někoho (většinou to byl rodič nebo blízký příbuzný), kdo se o ně spolehlivě staral a koho měli rádi. Učitelé přicházejí a odcházejí, sociální pracovníci přicházejí a odcházejí - a ovšem také prezidenti přicházejí a odcházejí. Ale rodiče a rodiny tu jsou jednou provždy.

Nadstraničká Národní komise pro děti a mládež pochopila tuto nezastupitelnou roli rodičů a rodiny, když napsala ve své závěrečné zprávě :

„Rodina je a musí zůstat v naší společnosti prvořadou institucí, jejímž úkolem je přivádět děti na svět a podporovat jejich růst a rovoj, dokud nedosáhnou dospělosti... Rodiče jsou těmi největšími odborníky ohledně problematiky svých vlastních dětí. Jsou jejich prvními a nejdůležitějšími učiteli, živiteli a pečovateli. Rodiče jsou nezastupitelní a musí se jim dostat respektu a uznání od každého člena společnosti za náročnou práci, kterou vykonávají.“

Máme důvod doufat, že Clintonova administrativa to bude chápat stejně. Institut moderních politických studií, důležitá intelektuální síla stojící u zrodu Clintonových prezidentských plánů, napsal:

„Ani kdyby měla všechny peníze světa, nebyla by vláda schopna vštěpovat dětem sebedůvěru, dobré studijní návyky, pokročilé vyjadřovací schopnosti nebo zdravé morální hodnoty tak efektivně jako silná rodina.... Úhrnem, vláda nemůže nahradit rodinu - a ani by se o to neměla pokoušet.“

A prezidentský kandidát Bill Clinton ve své přijímací řeči na sjezdu Demokratické strany prohlásil: „Vláda nevychovává děti - to je úkol rodičů.“

Tady se naskytá šance pro veřejnost. Jde o to vzít prezidenta Clintona za slovo. Co to prakticky znamená, když se řekne, že děti jsou vychovávány rodiči a ne vládou?

Především, každá důležitější veřejně politická aktivita v této oblasti by měla rodičům zaručovat maximální autoritu a nezávislost při výchově jejich dětí. Vyjma případů hrubého zneužívání je třeba, aby vláda vycházela z toho, že to jsou rodiče a ne byrokrati, kdo bude posuzovat, co jejich dětem prospívá a co škodí.

Jednou z nejdůležitějších oblastí, kde se tento přístup může prakticky uplatnit, je školství. Rodiče jsou prvotními a nejdůležitějšími učiteli svých dětí. Vždyť od rodičů děti dostávají ty nejdůležitější „hodiny“ o hodnotách, charakteru a normách chování. A přesto se v průběhu uplynulých několika desetiletí obrovské sumy peněz věnovaly na systém veřejného školství, který se často velice vzdálil přání a představám rodičů.

### **Rodičů se nikdo neptá**

Zvláštní ukázkou toho, kam až mohou některé školské systémy ve své ignoranci zajít, může být rozepře, která nedávno rozvířila hladinu na newyorských státních školách. Šlo o zařazení dvou knih do povinné četby na prvním stupni. Přednosta Školského úřadu města New York trval přes protesty mnoha rodičů především z menšinových rodin na tom, aby se používal seznam povinné literatury obsahující dva kontroverzní tituly. Jednalo se o knihy „*Heather má dvě maminky*“ (*Heather Has Two Mommies*), popisující výchovu dítěte párem lesbiček, a „*Tatínkův kamarád z koleje*“ (*Dad's Roommate*), povídku o otcově homosexuálním milenci. Když pak po stížnostech rodičů, že by instruktáž v oblasti sexuální morálky u šestiletých měla být přenechána především jim, odmítla školní rada v Queens pokračovat v distribuci těchto knih, pokusil se přednosta některé členy rady vyměnit. Nakonec z toho bylo tak velké veřejné pobouření, že se přednosta sám musel vzdát funkce. Na tomto místě se vůbec nechceme pouštět do polemiky o morálnosti nebo nemorálnosti homosexuality, chceme jen ukázat, jak daleko došla necitelnost školských úřadů k potřebám rodičů.

Jiným příkladem jsou tzv. třídy ujasňování hodnot na mnoha veřejných školách. V těchto třídách se děti učí, že nic není absolutně dobré nebo špatné a že každé přesvědčení lze akceptovat, pokud si ho umíš obhájit. Takové cvičení v ujasňování hodnot může spočívat např. v tom, že řekneme 13-14letým, aby vyjmenovali šest důvodů, proč je pohlavní styk dobrý pro teenagery, a šest důvodů, proč je pohlavní styk pro teenagery špatný, aniž by se konstatovalo, že 13-14letí by neměli pohlavní styk provozovat. A to nehovoříme o tom, že mnoho rodičů by si přálo naučit své děti, že existují absolutní morální hodnoty, že tu jsou takové věci jako dobro a zlo. Bez ohledu na to se mnoho veřejných škol rozhodlo učit děti morálnímu relativismu. Při této praxi školy riskují, že budou dětem vštěpovat hodnoty, které jsou v přímém rozporu s tím, co slyší doma od rodičů.

Jako jeden ze způsobů, jak tuto situaci řešit a současně dát rodičům větší autoritu a zodpovědnost, se nabízí kupónová metoda. Rodiče obdrží od státu kupóny, které odevzdají škole, kterou budou považovat za nejvhodnější pro své děti. Školy, aby finančně přežily, budou muset o žáky soupeřit, a aby v této soutěži obstály, budou muset

vyjít vstříc zájmům a potřebám rodičů. Stane-li se některá škola příliš odtažitou nebo bude-li se chovat nezodpovědně, rodiče budou jednoduše moci poslat své děti jinam.

### **Rodiče versus hnutí za práva dětí**

Musíme si ale dát pozor, abychom nezaměňovali úctu k rodičovské autonomii při rozhodování o věcech rodiny s posilováním právního postavení samotného dítěte. Zvláště mám na mysli tzv. „hnutí za práva dětí“. Na počátku prezidentské kampaně v roce 1992 se velká pozornost soustředila na články Hillary Clintonové o dětských právech. Značná část počáteční kritiky záměrně nadsazovala její stanoviska, někteří kritikové dokonce tvrdili, že se děti takto nabádají, aby se se svými rodiči soudily, když se jim náhodou nebude chtít vynést odpadky. Tyto útoky a následná obrana názorů paní Clintonové v populárním tisku rychle zamlžily, o co v této debatě skutečně běží, totiž: kdy má stanovisko dítěte převážit nad názorem jeho rodičů?

Mnozí obhájci dětských práv se nás snaží přesvědčit, že jim jde jen o ty případy, kdy hrozí dítěti ze strany rodičů nenapravitelná újma. Na ochranu dítěte v takové situaci máme dnes ale již zákonů dostatek. Například *Zákon o prevenci a postihu při zneužívání dítěte (Child Abuse Prevention and Treatment Act)* z roku 1974 zavazuje orgány jednotlivých států, aby zakročily, je-li ohroženo fyzické nebo psychické zdraví dítěte. A aby byla ochrana dětem v takových případech zaručena, jsou sociální pracovníci, kteří přicházejí s dětmi pravidelně do styku, povinni informovat příslušné orgány, i kdyby měli třeba jen podezření na zneužívání nebo zanedbávání dítěte ze strany rodičů.

Ve skutečnosti chtějí jít zastánci dětských práv mnohem dál. Například jim jde o to, aby rozhodnutí dítěte převýšilo nad přáním rodičů v případech, kdy je nedospělá osoba uznána za tzv. „zralou“ a žádá antikoncepční prostředky nebo povolení potratu. A opravdu, ve státě Maryland nedávno prošel potratový zákon, který výslovně umožňuje lékařům, jenž zákrok provádí, zbavit dítě oznamovací povinnosti vůči jeho rodičům, pokud ho uzná za dost „zralé“ na to, aby mohlo dělat rozhodnutí samostatně.

Pokusy narušit rodičovskou autoritu a nezávislost se nezastávají před takovými životními rozhodnutími, jako zda zahájit sexuální život nebo zda podstoupit potrat. Je až k nevíře, že podle zákona státu Maryland je personálu knihovny zakázáno vyrazit rodičům obsah výpůjční karty jejich dítěte, přestože rodiče jsou finančně zodpovědní za ztracené knihy nebo za překročení výpůjční doby. Zpráva, kterou stát Maryland vysílá rodičům, je jasná: my, stát, víme nejlépe, co má vaše dítě číst. Jen pro sebe budeme evidovat, co si půjčuje. Prostě, ochráníme ho před všemi zastaralými názory, které snad vy jako rodič máte na to, co smí vaše dítě číst.

Tady můžeme spatřit nebezpečí, které představuje hnutí za práva dítěte. Nebude-li usměřňováno, povede to k postupnému odbourávání rodičovské autority přímo úměrně tomu, jako se bude zvyšovat počet případů, kdy přání dítěte převážilo nad vůlí rodičů. Bude-li se dohled nad chováním dítěte přesouvat na stát, přeruší se přirozená spojení mezi rodiči a dětmi a rodiče začnou brát svoji rodičovskou zodpovědnost na lehkou váhu.

## **Reformy na pracovišti**

Myslí-li to naše společnost vážně s tím, že dá rodinám větší šanci být opravdu rodinami, musí se soukromý sektor chopit iniciativy. Příliš dlouho se podnikatelské kruhy chovaly tak, jako by zaměstnaci s dětmi byli v lepším případě otravou a v horším přítěží. Firmy se musí naučit chápat, že budoucí pracovní síla je v první řadě formována rodiči, a že je tedy v dlouhodobém zájmu podnikatelů podporovat své zaměstnance v jejich rodičovské roli. Koneckonců, právě od rodičů se děti učí takovým vlastnostem jako je vytrvalost, pracovitost, odpovědnost a čest - všechny atributy dobrého zaměstnance.

Federální vláda může firmám pomoci v jejich nové roli tím, že v podnicích podpoří takové formy organizace práce, které vycházejí vstříc potřebám rodiny. Sem patří například rozfázovaný funkční postup, částečné a sdílené úvazky, stanice domácí práce, pohyblivá pracovní doba a možnost uvolnění z práce z rodinných důvodů a z důvodu nemoci dítěte. Podniky by také měly zřizovat zvláštní informační centra, kde by se rodiče mohli něco dozvědět o vývoji dítěte a o rodičovství, kde by získali informace o existujících službách a programech na pomoc rodině, a kde by si mohli vyjednat příznivé pracovní podmínky.

## **Investice rodičů**

Úspěch konzervativců v probíhající diskusi o současných problémech našich dětí bude záviset na přesvědčení nás všech, že nikoli vládní peníze ze sociálních programů, ale rodičovská péče a láska jsou tou nejdůležitější investicí, které se člověku může dostat v jeho dětství. Zastiňující role vlády by měla spočívat v tom, že bude rodičům vytvářet podmínky, čas a zdroje, aby mohli tuto svoji úlohu co nejlépe splnit. Když v tomto bodě zklameme, prohrajeme nejen náš nynější spor, ale ztratíme i možnost vtisknout konzervativní pečť naší vládní poliice ve vztahu k dětem. A škody na zmařených dětstvích už asi nikdy nespočítáme.

# ZE ZAHRANIČÍ



## Některé dojmy z týdenního pobytu na Mayo Clinic

Pavel Gregor

Mayo Clinic je pojem, který je důvěrně znám pravděpodobně většině lékařů (v kardiologii zcela nepochybně), ale i většině amerických laiků, před nimiž vyslovení tohoto jména vyvolává téměř posvátnou úctu. Tamní echokardiografická laboratoř patří mezi přední pracoviště na světě a udává tón v standardizaci v echokardiografii, postgraduální výuce v oboru, její práce tvoří hlavní část doporučení American College of Cardiology apod.

Mayo Clinic se nachází v Rochesteru ve státě Minnesota. Pro toho, kdo bude mít možnost se tam rozjet, zdůrazňuji především skutečnost, že se jedná právě o stát Minnesota. V USA je totiž celkem 5 měst s názvem Rochester (nejvíce se to zaměňuje se stejnojmenným městem ve státě N.Y., které leží poměrně blízko Niagarských vodopádů).

Rochester je městečko, které bylo založeno v roce 1850 jako zemědělské centrum celé oblasti. Ještě v roce 1856 mělo pouhých 50 obyvatel. K podstatnějšímu rozšíření došlo právě s rozvojem působení Dr. Mayo a jeho dvou synů, o němž budu hovořit podrobněji dále. Nyní má Rochester asi 70.000 obyvatel.

Každé město na světě, vyhledávané návštěvníky, má svou dominantní atrakci, která je přitahuje (Eifelovka a jiné, Hradčany a jiné, Kreml a jiné ...). Rochester má jedinou atrakci - Mayo Clinic. Tvoří podstatnou část všech turistických prospektů, udává tón celému městu, jeho urbanistickému řešení a zaměstnává (ať již přímo nebo nepřímo) velkou část obyvatel města.

Za zakladatele kliniky se pokládá Dr. William Worrall Mayo, který přišel do Spojených států v roce 1845 z Anglie, v Rochesteru bydlel od roku 1862 a v roce 1865 si tam otevřel soukromou praxi. Po rozsáhlém tornádu, které postihlo v roce 1883 Rochester, bylo nutno vybudovat rozsáhlejší zdravotnické zázemí ve městě. Zásluhou sester řádu Svätého Františka vznikla již v roce 1889 Saint Marys Hospital. K Dr. Williamu W. Mayovi a jeho dvěma synům, rovněž lékařům (důvěrně nazývaným Dr. Will a Dr. Charlie - k otcově praxi se připojili v roce 1880) se pak přidalo několik dalších lékařů, takže přibližně roku 1900 mohl vzniknout první zárodek Mayo Clinic.

S historií vzniku kliniky se může návštěvník seznámit v muzeu, které shromažďuje řadu předmětů z pozůstalosti rodiny Mayo. Je možno navštívit i krásný rodinný dům Mayo („Mayowood“), případně si jej pronajmout pro různé akce (maximální počet osob, které může dům pojmut, je 125).

Mayo Clinic dnes zaměstnává asi 1 200 lékařů a více než 3 000 dalších pracovníků. 600 lékařů tam dále pracuje v rámci „fellowship“ - jde o největší školicí zařízení na světě. Kromě toho je tam i malá universita (pobočka minnesotské university).

Málokdo ví, že Mayo Clinic je pouze ambulantní, především diagnostické zařízení. Pokud se vyskytne nutnost nemocného hospitalizovat (u pacientů, přicházejících na kardiologii, je to mezi 10-20%), je odeslán do již zmíněné Saint Marys Hospital (950 lůžek, jedna z největších soukromých nemocnic na světě) nebo hypermoderní Methodist Hospital (571 lůžek). Obě uvedené nemocnice zaměstnávají dalších 3 000 pracovníků a lékaři z Mayo Clinic tam rovněž částečně působí.

Samotná Mayo Clinic sestává především z hlavní devatenáctipatrové budovy, dokončené v roce 1969, v jejímž přízemí je oddělení registrující a rozdělující nemocné a především velké množství pokladen, neboť za všechno se zde platí. Další jsou Plummer Building (Dr. Plummer byl jedním z prvních lékařů, kteří se připojili k Dr. W. Mayo, v budově je nyní především diagnostická část včetně echokardiografie a EKG), Siebens Bulding (slouží především k účelům vzdělávacím), Hilton Building (diagnostické laboratoře, krevní banka, výzkum) a několik menších budov. Všechny tyto budovy jsou pospojovány dokonalým systémem podzemních (subways) a nadzemních (skyways) chodeb, spojení se vzdálenější nemocnicí Saint Marys se děje kyvadlovou mikrobusovou dopravou zvláště pro pacienty a zaměstnance (pro všechny zdarma). Mayo Medical Center zaměstnává celkem 15.000 pracovníků a denně je zde vyšetřeno 4 000 nemocných.

Pacienti bydlí většinou v hotelích, odkud dochází na jednotlivá vyšetření, neboť pobyt na lůžku je drahý a málokdo si jej může dovolit (kontrast s našim neehospodárným systémem dlouhodobých hospitalizací, často u nemocných, nevyžadujících intenzivní sledování, nebo u sociálních případů, je skutečně do očí bijící). Celé centrum města je tvořeno kromě zmíněných budov Mayo Clinic spoustou hotelů, které jsou s budovami Mayo spojeny rovněž systémem podzemních a nadzemních chodeb, takže návštěvník (pacient) nemusí vůbec vyjít ven, což ocení především v zimním období, kdy je tam velký mráz a často i spousty sněhu. Z těchto chodeb je i přístup do desítek (nebo stovek?) obchůdků, restaurací, bank, cestovních kanceláří apod.

Počet pracovníků echokardiografického oddělení Mayo Clinic je skutečně neuvěřitelný a s ničím nesrovnatelný - činí celkem 93 osob (32 lékařů, 36 techniků a 25 dalších pracovníků typu sekretářek, písařek, pracovníc v přijímací části apod.). Denně se zde vyšetří 110 nemocných transtorakálně a 6 pacientů jícnovou echokardiografií.

Velkou část pracovní doby zabere lékaři diskuse s nemocným - musí mu detailně vysvětlit princip celého vyšetření, provedení a odpovídat na desítky jeho dotazů, zvláště před jícnovou echokardiografií.

Samotná jícnová echokardiografie se vždy provádí se zavedením periferní kanyly pro pozdější aplikaci kontrastu, podáním hypnotika, anticholinergika (omezení slinění) a po výkonu pak preparátu k rychlejšímu nabytí plného vědomí. Samozřejmostí je i podání lokálního anestetika.

Vyšetření transtorakální provádí speciálně vyškolený technik, který záznam nahraje na videomagnetofon, lékař pak záznam zhodnotí v přílehlé místnosti a napíše závěr. Transesofageální echokardiografii provádí, přirozeně, pouze lékař. Jde o podobný systém, jako v některých jiných zemích (Nizozemí), který byl jistě při svém vzniku motivován snahou o hospodárnost (plat technika je nižší než plat lékaře), v současné podobě má však podle mého názoru k hospodárnosti velmi daleko a navíc je (opět pouze můj názor) velmi nevýhodný (lékař se musí spokojit s tím, co mu technik nahraje, hůře se v záznamu orientuje, neboť jej sám neprovádí a všechno trvá podstatně déle). V zásadě to sice nevádí, neboť pacient to zaplatí (zhruba 800 \$ za jedno vyšetření), v našem již zaběhnutém systému úhrady českých nemocenských pojištěn by však podobné oddělení mohlo fungovat nanejvýš jeden den, než by se totálně zadlužilo a „položilo“. Přepočteno na počet pacientů, vyšetřovaných v echokardiografické laboratoři naší kliniky a Mayo: stejnou práci, kterou vykonává na Mayo Clinic 93 pracovníků, by stačilo na kardiologickém oddělení II. interní kliniky FNKV 10 zaměstnanců.

Pojem „stejná práce“ je však poněkud nepřesný a zavádějící. Týká se pouze vykonávání samotných medicínských procedur, v tomto případě echokardiografie. Myslím, že v tomto ohledu by nad naši výkonnost žasli nejen na Mayo Clinic, ale i jinde, kde jsem měl možnost být. Navíc se domnívám, že i kvalita těchto vyšetření, související s naší erudicí a praxí, je zcela srovnatelná.

Zásadní rozdíl však představuje fakt, že by na Mayo Clinic nemohl pracovat nikdo, kdo neprodukuje kvalitní přednášky a publikace, kdo není nositelem grantu apod. Na druhé straně prostor a podmínky, které tam k sebevzdělávání a výzkumu lékaři mají, jsou zcela nesrovnatelné. Součástí oddělení jsou i projekční kabiny, kde si ve volném čase lékaři promítají na videomagnetofonu nahrávky nejzajímavějších pacientů, soustředované na výukové kazety, dále průběh jednání nejdůležitějších konferencí, týkajících se echokardiografie včetně pracovních konferencí, pořádaných každoročně Mayo Clinic na Maui (Hawaii) apod. Těchto projekčních místnůstek jsem tam napočítal 12 a odhaduji, že každý lékař v nich tráví nejméně hodinu denně. Před nimi jsou „knihovny“ se spoustou nejrůznějších videokazet a sám za sebe mohu zodpovědně říci, že jsem z nich načerpal během svého týdenního pobytu snad více poznatků, než se mi podařilo získat četbou a účastí na kongresech za poslední rok.

## Konference „COHERHE“

Jiří Šimek

*(Zpráva ze služební cesty na konferenci COHEHRE (organizace sdružující fakulty vyučující bakalářské studium pro střední zdravotnické pracovníky), organizované ve dnech 6.-9.10.1994 v Uppsale University College of Health and Caring Sciences.*

Ve dnech 6.-10.října 1994 proběhla ve švédské Uppsale konference COHEHRE (Consortium of Institutes of High Education in Health and Rehabilitation in Europe). Šlo o setkání zástupců institucí, sdružených v COHEHRE, většinou učitelů v bakalářských studiích pro fyzioterapeuty, zdravotní sestry a příslušníky ostatních oborů, u nás dosud řazených mezi tzv. střední zdravotnické pracovníky. Konference, která měla jak pracovní tak i společenský charakter a jejímž cílem byla odborná diskuse na stanovená témata i setkání a neformální diskuse učitelů, byla skvěle zorganizována vedením University College of Health and Caring Sciences.

V odborné části byly vždy dopoledne předneseny přednášky, odpoledne pak proběhla ve skupinách diskuse k jednotlivým tématům. Závěrem pak byly sděleny zprávy z jednotlivých diskusních kroužků.

Diskusní témata byla:

- Výchova k profesionalitě;
- Výchova k vědeckému myšlení;
- Klinické vzdělávání sester;
- Postoje studentů a personálu škol k mezinárodní výměně studentů;
- Obsah a proces klinického vzdělávání;
- Role klinického supervisorů ve výchově studentů.

Společenský program byl zahájen první den přijetím u prorektora Uppsalské university, během večere nám jeden ze švédských herců předvedl postavu Karla von Linné, jednoho z nejpoulnějších profesorů university v Uppsale. Druhý den jsme navštívili studentský klub s kulturním programem, ve kterém aktivně vystoupila i rektorka pořádající školy (Maja Aldskogiusová). Poslední večer pro účastníky konference uspořádal banquet předseda výboru pro vzdělání Uppsalského okresního výboru.

Historie vysokoškolského vzdělávání tzv. středních zdravotnických pracovníků je v západním světě asi dvacetiletá (např. ve Švédsku je tento typ studia uzákoněn asi 15 let). Jde tedy stále ještě o relativně nový typ studia, potýkající se s mnohými nedorozuměními a hledající svou vlastní, potřebám praxe odpovídající, profesionální definici. Proto byla všechna oficiální i neoficiální témata diskutována s velkým zájmem všech zúčastněných. Účast na konferenci byla proto pro mne značným přínosem pro hlubší porozumění problematice bakalářského studia v západní Evropě a tím i u nás. Nad některými postřehy bych se nyní dovolil zamyslet hlouběji.

Bakalářské vzdělání pro tzv. střední pracovníky je v západní Evropě vnímáno jako nutnost, daná potřebami jednotlivých profesí. Sestry i fyziotéři tam často pracují dost samostatně a bez vysokoškolského studia nemohou dostát požadavkům na ně kladeným. Také pro profesionální sebevědomí je tento typ studia potřebný. Studenti i učitelé bakalářského studia se vnímají jako svébytná komunita se společnými cíly, které přesahují jednotlivé profese. Dnes již není jejich problémem vymezení se proti lékařům, tento proces je již v podstatě dokončen, lékaři jsou hosty v bakalářském studiu, ne organizátory jako u nás. Zřejmě díky tomu jsem nevypozoroval žádné resentimenty na té či oné straně. Jedinou výjimkou je Německo, kde si lékaři dosud zřejmě drží svou patriarchální pozici. Jinak se zdá, že lékaři si v západní Evropě definitivně vybojovali potřebu jednotitého, zhruba šestiletého studia, podobně, jak to hájíme zde, u ostatních pracovníků ve zdravotnictví se naopak ukázala neživotnost jakékoliv rigidity ve vzdělávání a rozvrstvení na bakalářské, magisterské a doktorandské studium (končící udělením titulu PhD) je zde vnímáno jako jediné rozumné řešení.)

Některé problémy bakalářského vzdělávání v západní Evropě jsou podobné našim, v jiných je určitý rozdíl. Nápadná shoda je ve vnímání mezery mezi teoretickým vzděláním a vykonávanou praxí, kde se zvláště u zdravotních sester udržuje veliký rozdíl. Mnohé z toho, co se setra naučí ve škole, již nikdy nepoužije. Problém převádění poznatků výzkumu do praxe je zde zřejmě hůře řešitelný než v ostatních oblastech medicíny. S tím souvisí i otázka ochoty sester převzít jako celoživotní úkol sebevzdělávání a hledání nových pracovních metod, stejně jako rozvoj schopnosti vědeckého kritického myšlení a vlastního ošetrovatelského výzkumu. Všichni se shodují v tom, že toto je směr, kterým se musí studium ošetrovatelství ubírat, a že právě zde je nyní nejvíce problémů.

University College of Health and Caring Sciences v Uppsale usiluje o ztrátu samostatnosti a včlenění do university. Má pro tuto snahu řadu rozumných důvodů, např. právě návaznost bakalářského a vyšších typů studia, stejně jako společenské postavení tohoto vzdělání. Pokud naše lékařské fakulty vydrží v dosavadním směru, budou mít naše sestry mnohé snazší. Co nás ale teprve čeká, je vymezení se učitelů, studentů a absolventů bakalářského studia proti učitelům, studentům a absolventům lékařských fakult, bez zbytečných pocitů méněcennosti na jedné a pocitu ztráty autority a důstojnosti na druhé straně.

Abychom urychlili a usnadnili tento proces, bude nutné zavést určitou autonomii bakalářského studia na fakultě, budeme muset hledat cesty, jak v bakalářském studiu

usnadnit komunikaci mezi studenty jednotlivých oborů a ročníků. Budeme muset přemýšlet, jak i v učitelích bakalářského studia probudit pocit příslušnosti k této svébytné komunitě. Obávám se, že jedním z prvních kroků, který se dříve či později ukáže jako nutný, bude vyčlenění nějakých autonomních funkcionářů a úředníků bakalářského studia, např. zavedení funkce proděkana pro bakalářská studia, možná i voleného učitele a studenty tohoto studia, ovšem s alespoň malým úřadem (jedna či dvě referentky). Tento tým pak bude mít čas a pravomoc objevovat, kritizovat a řešit různé dosud nepovšimnuté nedostatky (např. to, že student bakalářského studia má dnes mizivou naději, že zasedne v Akademickém senátu fakulty, nebo že děkan 3. lékařské fakulty ve svém projevu při imatrikulaci vyjmenuje desatero toho, co by měl student medicíny obsáhnout a co by mu měla škola umožnit, studenty bakalářských studií pak vyzve, ať si z tohoto desatera své cíle logicky odvodí), bude mít příležitost iniciovat aktivity vedoucí k odpovídajícímu sebevědomí a vědomí sounáležitosti studentů bakalářského studia. Myslím, že není nutné se obávat odtržení takového autonomního útvaru od fakulty, symbióza lékařských a bakalářských studií bude ještě dlouho oboustranně prospěšná.

Dalším úkolem, který nás v blízké budoucnosti čeká, je založení nějakého Ústavu ošetrovatelství, který by systematicky rozvíjel vzdělávání a výzkum v této oblasti. Zde je naším hlavním problémem nalézt vhodné osobnosti - obávám se, že si je budeme muset sami vychovat v bakalářském studiu.

V rámci COHEHRE existuje dosti čilá výměna studentů. Je i zřetelný zájem zařadit do této výměny také pražské studenty a učitele. Na rozdíl od našich podmínek, kde jazykové neznalosti studentů jsou hlavní překážkou výměny, na konferenci byla jako hlavní problém řešena otázka sjednocení výukových programů, aby bylo možno stáž v cizině zařadit jako právoplatnou součást domácího programu.

Jinak si zřejmě nikdo nedělá přílišné starosti s tím, že se výukové programy různých škol liší - tyto programy jsou vnímány jako odpověď na potřeby praxe v té které oblasti, větší důraz je kladen na definici společných obecných cílů než na jejich konkrétní rozpracování.

Na konferenci jsem přivezl a předal přihlášku 3. lékařské fakulty UK do COHEHRE. Tuto přihlášku s velkým zájmem a ochotou přijal Rudy van Renterghem, koordinátor COHEHRE pro mezinárodní záležitosti. Je velmi pravděpodobné, že po předepsané proceduře bude naše fakulta přijata za člena organizace. Jsem přesvědčen, že zařazení se do této mezinárodní struktury je dobrým krokem, který nám pomůže zařadit naše bakalářská studia do evropského kontextu. Bude to ovšem znamenat mnohé ještě dále rozvinout a mnohé v našich postojích k bakalářskému studiu i změnit.

20.10.1994.



NAŠE POZICE V ZAHRANIČÍ SE UPEVNŮJÍ,  
PŘÍJEMNĚ, TAKŽE UŽ JEN ZBÝVÁ POCHOPIT,  
CO JE TO VLASTNĚ "DOMA"...

# SESTŘIČKY



## Konec dietních sester v Čechách!?

Tamara Starnovská,

vrchní dietní sestra FN Královské Vinohrady

*Milí čtenáři!*

*Ročníkem VNR 1993 jsme uzavřeli vzpomínání na sesterské osobnosti vinohradské nemocnice. Mohli jsme číst o nadšení mladých sester v třicátých a čtyřicátých letech, seznámili jsme se s jejich pracovní zralostí a ony nám - a zvláště nám sestřám - popřály do budoucna sílu a elán. Volný cyklus jsme uzavřeli, protože není dost pamětníků, osobností a ochoty zpovídat se před čtenáři... V minulém čísle jsme Vám nabídly text paní Evy Šiplové, hlavní sestry FNKV o Home Care. Dnes to bude úvaha o budoucnosti profese dietní sestry. A tak by asi měla tato rubrika vypadat: zajímavé sesterské aktivity a informace o současné problematice sester. Čtenáře pak prosím, buďte shovívaví. Přeci jen je nám sesterská profese bližší než papír a tužka...*

*Milica Sklenčková*

V období rozvoje dietologie, od doby těsně po druhé světové válce až do roku 1970, bylo povolání dietní sestry vážené. Byla odborníkem, jehož znalosti kvalifikovaně doplňovaly vysoce odbornou lékařskou péči o nemocné s mnoha onemocněními. Dietní sestry, které byly zaměstnány v nově vzniklém Ústavu pro výživu lidu, se podílely na tvorbě mnoha vědeckých prací, které v něm vznikly.

Po jeho zrušení se však celý obor dostával do útlumu, mnohé léčebné úspěchy se očekávaly od nových generací léků, a profese dietní sestry byla postupně vytlačována z klinických pracovišť a z nemocničních oddělení pouze do kuchyňských provozů. Díky tomu byla a je po celou dobu zajišťována pro nemocné strava, která opovídá jejich potřebám. Lékaři však postupně přestávali využívat odborných znalostí dietních sester, pravděpodobně podle přísloví: „Sejde z očí, sejde z mysli.“ Druhotně také mnohé dietní sestry přestaly mít zájem o další odborné vzdělávání, protože je nemohly uplatňovat.

Následovalo snižování jejich počtů, které mnohde přetrvává se zdůvodněním, že nejsou pro zdravotnické zařízení zajímavé, když není jejich práce přínosem bodů zdravotních pojišťoven. Při dohadovacích řízeních však jednoznačné stanovisko bylo, že bodové ohodnocení je možné pouze u ambulantních výkonů. Všechna ostatní práce je zahrnuta v hodnotě ošetřovacího dne.

Paradoxně tedy v období, kdy se opět začínáme přiklánět k významu výživy jako prevence závažných onemocnění, chybí nám odborné síly k plošné realizaci. Toto téma se stává doménou mnoha laiků a polooborníků, zřejmě i proto, že lékařů dietologů je jako šafránu.

Profese dietní sestry se tedy postupně stala naprosto nezajímavou. Studium na příslušné střední škole je finanční zátěží pro rodiče, protože je třeba hradit internát a dopravu (školy jsou pouze v Praze, v Brně, a od letošního školního roku také v Ostravě). Po absolvování však není šance na výdělek a postavení, které by náklady vynahradily.

V tomto zaměstnání zůstávají pouze starší kolegyně, které již nechtějí měnit zaměstnání a které během poměrně krátké doby začnou odcházet do důchodu.

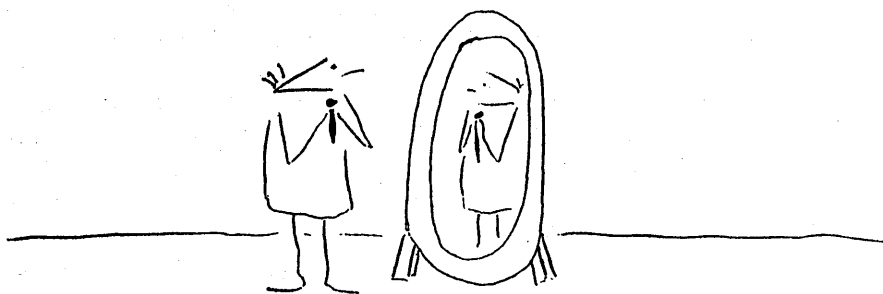
Nové absolventky středoškolského studia v oboru „dietní sestra“ se snaží pokračovat ve studiu na vysokých školách, nebo odcházejí mimo obor. O místo dietní sestry se - dle jejich vlastního vyjádření - ucházejí jen ty „nejméně schopné“.

Ve městech, kde jsou nemocniční stravovací zařízení provozovány zahraničními firmami, nastupují tyto sestry přednostně k takovým firmám. Ty totiž nepožadují nástupní praxi ani vyšší odborné znalosti a nabízejí nástupní platy v částkách okolo 7 000 Kč. Většinou absolventek nezáleží na míře odbornosti, a to, že nezískají nástupní praxi, je nezajímá.

Stejný plat v nemocnici může dietní sestra získat až po 27 letech odborné praxe, pokud ještě získá osobní příplatek (10. stupeň 7. platové třídy - 6 110 Kč - plus 15% osobního příplatku činí dohromady 7 076 Kč). Nástupní plat podle platných tabulek činí 3 080 Kč, a to minimálně po dobu 6 měsíců (během nástupní praxe), případně s nároky na zvyšování odborné úrovně.

Většina dietních sester inklinuje k práci v administrativě a o práci na odděleních, která je náročná stálým kontaktem s nemocnými, nemá zájem.

Při pokračování tohoto vývoje nadejde během deseti let doba, kdy zdravotnická zařízení budou kvalitní dietní sestru „vyvažovat zlatem“. Přála bych to všem svým kolegyním, ale domnívám se, že takové již nebudou. Náprava pak bude trvat alespoň 6 let, tedy než se z nových absolventek stanou kvalitní dietní sestry.



TAK... ODBORNOST UŽ MÁM,  
TEĎ JEŠTĚ CHARAKTER...

# ODBORNÉ TEXTY

## Výživa u nemocných s rozsáhlými popáleninami

Adriena Lhotková,  
dietní sestra

Klinika popáleninové medicíny FNKV, přednosta Prof. MUDr. Radana Königová, Dr.Sc.  
Oddělení léčebné výživy FNKV, vrchní dietní sestra Tamara Starnovská.

Pro pochopení tématu je třeba vysvětlit základní pojmy. Rozsah popálení se hodnotí jednak stupněm poškození kůže - stupněm I. - III., od nejnižšího stupně, který znamená pouhé zarudnutí postižené plochy, až po nejvyšší stupeň, který znamená zničení kůže v celé tloušťce. Dalším ukazatelem je procento postižení povrchu těla. Na tento ukazatel nahlížíme různě, v závislosti na věku postiženého. U dětí a nemocných nad 65 let se stejný rozsah postižení považuje za závažnější než u dospělého nemocného středního věku.

O rozsáhlém popáleninovém traumatu mluvíme v případech, kdy je dítě nebo člověk nad 65 let popálen na ploše větší než 10% povrchu těla a dospělý nad 20% plochy těla. Takovéto postižení klade nejvyšší nároky na potřebu energie a je doprovázeno výraznými změnami v metabolismu všech živin.

Již během několika hodin po úrazu, v období popáleninového šoku, se vlivem stresových hormonů rozvíjí hypermetabolismus. Dochází ke zvýšené tvorbě a výdeji tepla a játra jsou zatížena rozvíjejícím se katabolizmem. Nemocný ztrácí až 30% své tělesné hmotnosti!

Intenzivní výživa je během celého období léčení velmi důležitá, stejně jako sama chirurgická léčba a nezbytná profylaxe infekce a psychoterapie. Bez dostatečné výživy není možné hojení popálených ploch.

Rozsáhle popálený má značný energetický výdej - až 25 000 kJ během 24 hodin. Současně ztrácí značné množství proteinů. Důležitým faktem, na který je třeba při plánování dietoterapie myslet, je přetrvávání hypermetabolismu až do doby, dokud nejsou popálené plochy trvale kryty transplantáty.

Výživa těchto nemocných je však náročná i vzhledem k častým chirurgickým výkonům a převazům (provádějí se každý druhý den), které je nutné provádět v celkové anestezii. Dostatečný perorální příjem potravy bývá značně ztížen omezeným časovým rozpětím, v němž je pacient schopen stravu přijímat. Energii i množství proteinů je pak nutno doplňovat parenterálně. Dietní sestra tedy musí stále sledovat a propočítávat aktuální příjem energie, proteinů, sacharidů a tuků u nemocného, aby bylo možné reagovat včas změnou parenterálního příjmu.

Značným problémem při stravování popálených je inhalační postižení, kdy jsou popáleny dýchací cesty nemocného. Pak je nezbytné dlouhodobé používání řízené plicní ventilace, a tím je znemožněn perorální příjem stravy. Tito pacienti přijímají stravu většinou žaludeční sondou. Ta je však vzhledem k celkově těžkému stavu nemocných riziková pro nebezpečí perforace a vzniku tracheo-esofageální píštěle.

Výhodnější je enterální výživa prostřednictvím sondy zavedené do tenkého střeva. Její zavedení však komplikuje obtížná manipulace s těžce popáleným. Při tomto způsobu výživy je nezbytné začínat malými dávkami stravy a teprve podle snášenlivosti nemocného je možné je postupně zvětšovat.

Totální parenterální výživa se používá pouze v případě, kdy není možný jiný způsob výživy, vzhledem ke známým nevýhodám při jejím dlouhodobém podávání.

**V prvním období**, které trvá 2 až 3 dny, je tedy třeba hlavně hradit tekutiny a udržet hemodynamiku a rovnováhu elektrolytů. Je však třeba myslet na skutečnost, že až 50% podaných roztoků se ztrácí popálenými plochami a do extracelulárního i intracelulárního prostoru.

**Druhé období** - akutní (období nemoci z popálení) - trvá několik týdnů až měsíců. Po celé toto období je nemocný ohrožen vývojem komplikací, případně nebezpečím kritických zvrátů zdravotního stavu. Během tohoto období je nezbytné zajistit včasné nekrektomie a autotransplantace a hlavně je třeba nezapomenout na prevenci možných komplikací.

Po stabilizaci hemodynamiky popáleného je nutná jeho intenzivní výživa. Množství proteinů, které by bylo optimální pro hojení, je stále sporné. U dospělých se pohybuje mezi 2-3 g/kg/den, u dětí 3g/kg/den.

V případech, že komplikace se již rozvinuly, je důležité stanovit včasnou diagnózu a tím i odpovídající terapii. Nejčastější komplikací u rozsáhle popálených je selhání orgánových funkcí nebo celková sepe. Řazeno podle četnosti výskytu, dochází k těmto orgánovým selháním: selhání plic, srdce, renální selhání a jaterní selhání. Při uvedených komplikacích je třeba výživu přizpůsobit aktuálnímu zdravotnímu stavu nemocného. Nezbytné jsou aktualizované propočty příjmu energie a živin a úprava příjmu podle vývoje laboratorních hodnot. Problémem je zajištění dostatečného příjmu energie a proteinů potřebných k hojení u renálního a jaterního selhání, kde je vysoký příjem proteinů limitován.

**Třetí období** je obdobím rehabilitačním a rekonstrukčním (podmíněno stupněm a rozsahem popálení). Trvá řadu let, v nejtěžších případech i po celý zbytek života. V těchto případech je pro nemocného nezbytná systematická péče o tělesnou i duševní rehabilitaci. Tito nemocní jsou opakovaně operováni na Klinice popáleninové medicíny. Výživa již v tomto období většinou problémem není. Musí však být přizpůsobena případným trvalým orgánovým následkům, jako je tomu např. v případě trvalého poškození jater.

Pro ilustraci uvádím grafy, znázorňující vztah energetického a proteinového příjmu k délce léčení popálených a vliv chirurgických výkonů na tento příjem.

Na prvním grafu je uveden vývoj příjmu energie a proteinů u pacienta P.P., \* 1956, s těžkým inhalačním traumatem. Rozsah postižení u tohoto nemocného byl 85% II.b - III. stupně. Na jednotce intenzivní péče byl hospitalizován 109 dnů, poté byl léčen na standardní jednotce.

Do 51. dne byl živěn parenterálně a zavedenou žaludeční sondou. Do sondy byla 5 dnů dáována nutričně definovaná výživa (Kladenská dieta); její podávání však bylo nutné ukončit pro průjmy. Pak byla již bez komplikací podávána chemicky definovaná výživa (Biosorbin, Preciten, Nutrodrip). Od 52. dne začal pacient přijímat stravu i perorálně. Podávání chemicky definované výživy pokračovalo po celou dobu hospitalizace, od 75. dne již bez sondy, jako příravek k perorálnímu příjmu dvakrát denně.

Na druhém grafu je uveden postup výživy u pacientky D.Š.,\* 1989. Jednalo se o opaření 38% povrchu těla stupně IIa - IIb. Hospitalizována byla na jednotce intenzivní péče 43 dnů. Po celou dobu hospitalizace byla podávána strava per os (nemocniční dieta č.12), která byla doplňována infúzemi glukózy a Nutraminu C, Nsx 4%.

#### *Literatura:*

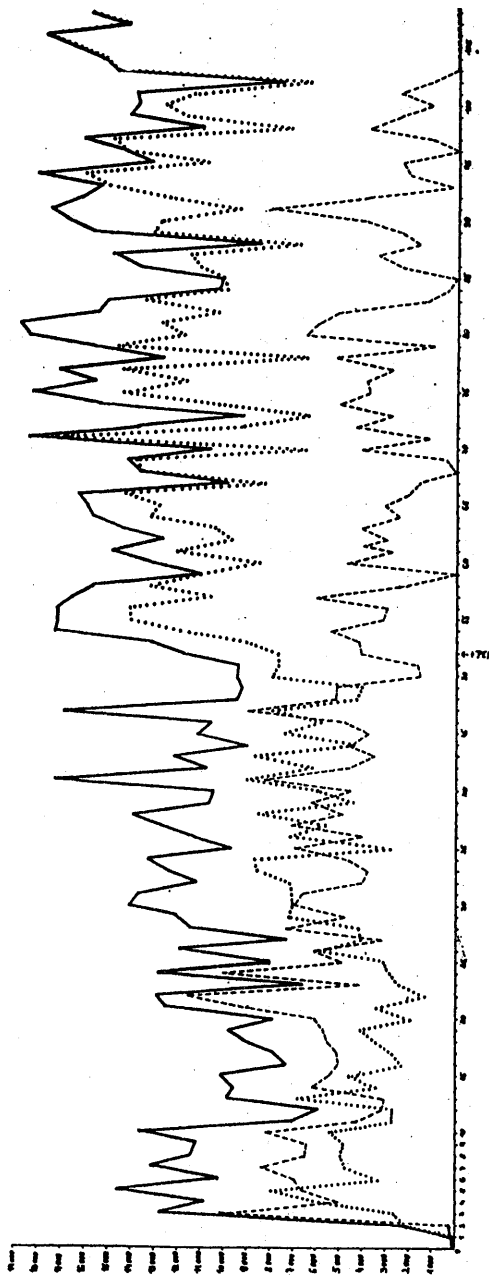
1/ *Doc. MUDr. Königová, R., CSc. a spol: Rozsáhlé popáleninové trauma, Avicenum, 1990, 202 - 231.*

2/ *MUDr. Kapounková Z., MUDr. Brož, L., CSc., MUDr. Želízková, V.: Problémy výživy u popálených pacientů Plzeňský lék. Sborník, 1990, Suppl. 61, str. 201-203.p*

857 Ib-II - INHAL. TRUBICE  
GASTRIC TUBE

26.1.53 - 50 mm - GRS EROZION  
- 25 mm - HD PULSOW - TO ICI  
- 4. 5. 53 - 10 mm - STAND. WROD

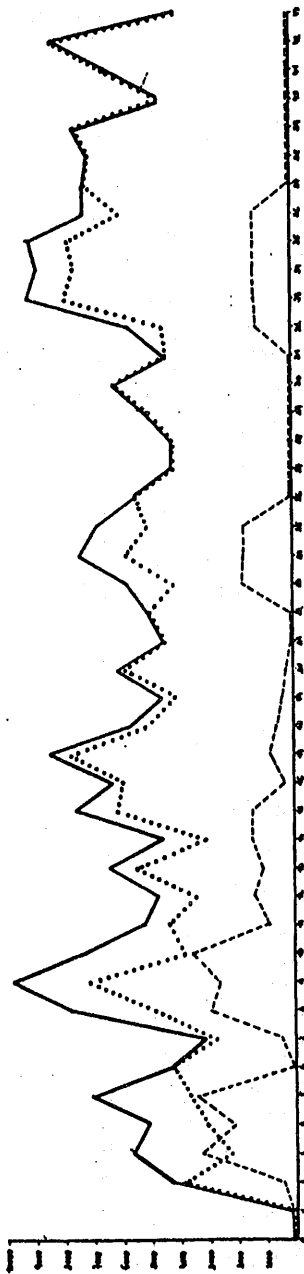
ENERGIE CELKOVY - kJ -  
SROVNATELNY  
1.00  
1.00



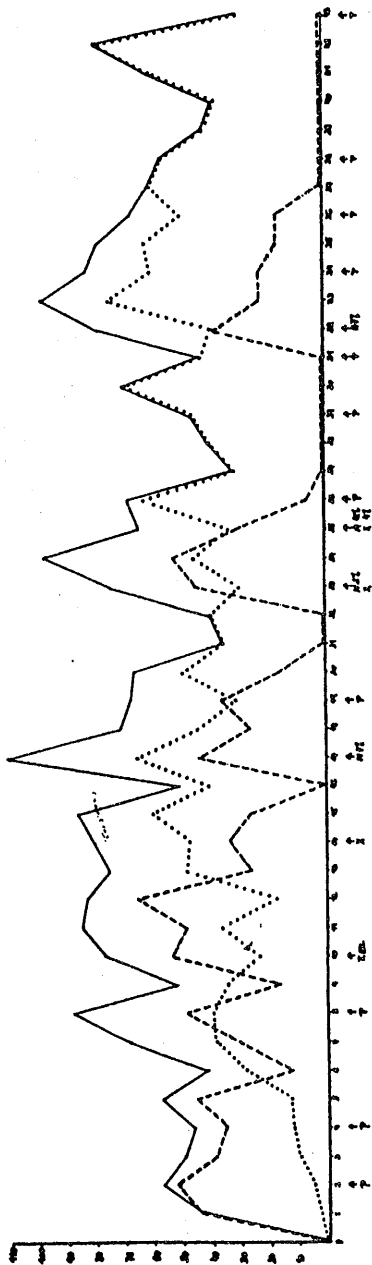
GRAF č. 1



ENERGIE CELKEM - KJ  
 -II- PER OS  
 -II- I.V.



PROTEINY CELKEM - g  
 -II- PER OS  
 -II- I.V.



GRAF č. 2

## Jak dlouho hospitalizovat nemocné s nekomplikovaným infarktem myokardu?

Pavel Gregor, Petr Widimský

Názory na délku hospitalizace nemocných s infarktem myokardu (IM) prošly složitým vývojem, v němž zahrnovaly široké spektrum často protichůdných postojů. Na jedné straně tohoto spektra stojí práce ze čtyřicátých let (6), požadující klid na lůžku po dobu 6-8 týdnů (první dva týdny se nesměl nemocný na lůžku ani otočit) v zájmu prevence ruptury myokardu. Druhý extrém představují novější práce (9), doporučující dimisi po několika hodinách nekomplikovaného průběhu nebo dokonce hospitalizaci zcela odmítající.

Počet příznivců výše uvedených krajních názorů je dnes nepatrný. Mnohatýdenní (resp. několikaměsíční) hospitalizaci s dlouhodobým absolutním klidem na lůžku již dnes neobhájí asi nikdo. Nepotvrdila se ani data o vhodnosti propuštění po několika hodinách sledování (a ani o vhodnosti domácí léčby), neboť na většinu případných komplikací upozorní průběh během prvních 4 dnů (10).

Současné názory na délku hospitalizace se nacházejí mezi uvedenými extrémy. Praxe převážně většiny našich zdravotnických zařízení - až na určité výjimky (13) - se však dosti zásadně liší od stavu, který je běžný ve většině vyspělých států. Délka hospitalizace nemocných s IM se pohybuje u nás kolem 3 nebo 4 týdnů, což představuje pravděpodobně světovou raritu.

Přibližně k polovině úmrtí na akutní IM dochází ještě předtím, než může být poskytnuta lékařská péče, a to především z důvodu elektrické, příp. hemodynamické nestability navozené ischemií (11). Osud nemocných, kteří přežijí první hodiny infarzu a dostanou se do nemocnice, je různý. Kolem 10-15% z nich v nemocnici umírá, především na komplikace rozsáhlé infarzu, persistující nebo opakující se ischemie. Přibližně 50% hospitalizovaných pacientů má nekomplikovaný průběh bez anginy, srdečního selhání nebo závažnějších arytmií.

Již v roce 1978 ukázal McNeer (10), že nemocní, u nichž se během prvních 4 dnů hospitalizace neobjeví žádné tzv. urgentní nebo prognostické komplikace (viz dále), mohou být po týdnu propuštěni bez významnějšího rizika další infarzu, arytmií nebo zhoršení funkčního stavu. Delší hospitalizace není pro tyto nemocné žádným přínosem. Mortalita 30. den po tomto časném propuštění byla nulová, roční dosáhla 10% (podobně jako u kontrolní skupiny déle hospitalizovaných). Tyto závěry byly potvrzeny beze zbytku i novějšími studii (12).

Mezi tzv. urgentní komplikace řadí McNeer plicní edém, kardiogenní šok, komorovou tachykardii nebo fibrilaci, extenzi infarktu, A-V blok II.-III. stupně, k tzv. prognostickým patří přetrvávající sinusová nebo jiná supraventrikulární tachykardie (včetně fibrilace nebo flutteru síní a paroxysmální síní tachykardie) a dále hypotenze.

Jiní autoři udávají ještě některé další komplikace a stavy, znemožňující rovněž časné propuštění nemocných. Z nejdůležitějších to jsou trombembolické komplikace, IM proběhlý během posledních 6 měsíců, přítomnost komorových extrasystol (více než 5/min.) (4), kardiomegalie (3), polytopní komorové extrasystoly, výrazný vzestup AST, perikarditida (1), přetrvávající elevace úseku ST, raménkový blok (5), vysoký věk (2). Sami jsme při výběru kandidátů časného propuštění akceptovali plně kritéria McNeera (10), v úvahu je však ještě třeba brát trombembolickou nemoc, poinfarktovou anginu pectoris a v individuálních případech i protražované známky perikarditidy. Ne zcela jasný je prognostický význam komorových extrasystol v časném poinfarktovém období. V naprosté většině prací však nebyl nalezen vztah k prognóze, pokud se vyskytly v prvních 4 dnech (10 a řada dalších). Podle našich dosavadních zkušeností s echokardiografickým sledováním nemocných po IM se navíc domníváme, že opatrnosti je zapotřebí u nemocných s výrazným snížením kontrakcí (ejekční frakce levé komory 30% a méně), a to i tehdy, pokud nemají manifestní známky srdeční nedostatečnosti ani supraventrikulární tachykardii. Za samozřejmou též pokládáme podmínku adekvátního sociálního zázemí doma.

Také další práce mluví pro časné propuštění nemocných bez potenciálních rizik (7 a další), a to od 4. do 15. dne. Tomu je přirozeně třeba přizpůsobit od samého počátku i mobilizaci nemocných, jejich osvětu a další intenzivnější a časté sledování po propuštění.

Názory na praktické provádění rehabilitace kandidátů na časnou dimisi nejsou zcela jednotné. Všeobecně se však přijímá, že časný rehabilitační program je bezpečný a navíc pomáhá identifikovat nemocné, u nichž se rozvine ponáhavá dysfunkce levé komory. Za optimální pokládáme z dostupné literatury co nejvčasnější začátek různých aktivit, především sed na lůžku a v křesle (2. - 3. den). K urychlení rehabilitace by mělo dojít po překladu z koronární jednotky (4. - 5. den). Pak možno povolit delší polohu vsedě, cvičení končetin a trupu, chůzi po chodbě a posléze i velmi opatrnou chůzi po schodech. Všechna tato cvičení se provádí několikrát denně za kontrol tepové frekvence, krevního tlaku, případně srdeční auskultace a monitorace EKG. Pokud nemocný nereaguje na tuto zátěž přiměřeně, tempo rehabilitace se zmírní. Po propuštění by pak mělo dojít k postupnému vystupňování pohybové aktivity, a to jak pokud jde o její intenzitu, tak i trvání a frekvenci. Těsně před propuštěním nebo krátce po něm by mělo být provedeno ergometrické vyšetření, které přináší zásadní prognostické informace a představuje cenné vodítko pro dávkování další zátěže (a do značné míry i pro návrat do práce), tak i pro další vyšetřování (zvl. invazivní) daného pacienta.

V minulosti se prováděly zátěžové testy za 6 - 12 měsíců po začátku IM (většinou před nástupem nemocného do práce), nyní se pokládá jejich provedení do 3 týdnů

za zcela bezpečně (11). Přítomnost ischemie myokardu (stenokardie, deprese úseku ST) je cenným prediktorem dalších ischemických příhod (anginy pectoris nebo infarktů), případně úmrtí v krátkodobém sledování (11). Podobnou prediktivní hodnotu má i abnormální hemodynamická odpověď na submaximální nebo maximální zátěž (tepová frekvence, systolický krevní tlak) a nízká funkční kapacita. Ne zcela jasný je význam komorových ektopií, které se objeví při zátěžovém testu. Naopak nemocní s dobrou tolerancí zátěže a nepřítomností ischemických známek nebo abnormální hemodynamické odpovědi bez závažnějších komorových ektopií mají velmi dobrou prognózu. Nevyžadují do budoucna podstatnější omezení fyzické zátěže, invazivní vyšetřování ani chirurgickou terapii (11). Jejich návrat do plnohodnotného života a aktivit běžných před infarzem je možný ve 4.- 6. týdnu.

Úlohou našeho příspěvku je především upozornit na dnes již jednoznačnou praxi převážně většiny kardiologických oddělení ve světě propouštět nemocné s nekomplikovaným IM 7. - 14. den. Na některých pracovištích v ČR se tak jistě děje, v drtivé většině našich interních oddělení však stále přetrvává konzervativní přístup. Důvodem je jednak neznalost, jednak nedostatečná motivace lékařů postupovat v duchu uvedených zásad. Časnější propouštění a rychlejší rehabilitace nesou s sebou vyšší nároky na administrativu spojenou s propouštěním nemocných, která stále spočívá v největší míře na lékařích samotných. K většímu obratu nemocných nenutí lékaře zatím nic: nemá z něj přímý užitek on sám ani jeho lůžkové zařízení (nepočítáme-li v to obrovskou ekonomickou úsporu pro stát, která se zatím do hospodaření jednotlivých pracovišť nepromítá, a samozřejmě příznivé psychologické působení na většinu nemocných). Navíc jistě u mnoha lékařů převládá obava z případných negativních důsledků, které by podle nich mohl uvedený postup v případě komplikace přinést, zvláště nemůže-li se opřít o stanovisko orgánu s určitou autoritou - tedy především vedení kardiologické společnosti. Tento poslední faktor by byl nejrychleji a nejsnáze odstranitelný. Výbor České kardiologické společnosti by měl k uvedené otázce zaujmout stanovisko, které by nepochybně k řešení celé problematiky zásadním způsobem přispělo.

#### *Literatura:*

*(uvedeny jen základní citace, obsáhlý seznam literatury je k dispozici u autorů)*

1. Ahlmark, G. et al. *Acta Med.Scand* 206, 1979, s. 87-91.
2. Gelson, A.D.N. et al. *Br.Med.J.* 1, 1976, s. 1555-8.
3. Hayes, M.J. et al. *Br.Med.J.* 3, 1974, s. 10-13.
4. Hutter, A.M. et al. *N.Engl.J.Med.* 288, 1973, s. 1141-4.
5. Chaturvedi, N.C. et al. *Br.Heart J.* 36, 1974, s. 533-5.
6. Jetter, W.W. et al. *Ann.Intern.Med.* 21, 1944, s. 783-802.
7. Madsen, E.B. et al. *Circulation* 68, 1983, s. 9-16.

8. Mark, D.B. et al. *Circulation* 83, 1991, s. 1186-93.
9. Mather, H.G. et al. *Br.Heart J.* 3, 1971, s. 334-38.
10. McNeer, J.F. et al. *N.Engl.J.Med.* 298, 1978, s. 229-32.
11. Pryor, D.B. et al. *Ann.Intern.Med.* 99, 1983, s. 528-38.
12. Severance, H.W. et al. *Arch.Intern.Med.* 142, 1982, s. 39-41.
13. Staněk, V.: K otázce délky nemocničního pobytu po srdečním infarktu. *Kardio* 89, 15, 1989, č. 2, s. 180-81.

# STUDENTI

## Sen a skutečnost ( aneb má ještě smysl MdP? )

Lukáš Šoltys

Nechci se sice stále opakovat, ale úvodem raději připomenu všem čtenářům tohoto časopisu, že Medici di Praga 3. LF UK (MdP) je studentské sdružení, které vzniklo ze spontánní potřeby některých studentů na jaře roku 1990. Hlavní snahou zakladatelů bylo vytvoření podmínek pro rozvoj aktivit studentů medicíny v oblasti kultury, sportu, cestování atp., což se v té době jevilo jako velice potřebné. Už tenkrát ležela většina práce na poměrně malé skupince lidí, kteří měli svůj SEN a chtěli se spolu s ostatními radovat ze života. Naplnění tohoto snu znamenalo vytvořit na naší fakultě takovou atmosféru studentského života, která by nejen umožňovala rozvoj všemožných aktivit, ale zároveň podněcovala studenty k realizaci svých snah a plánů.

Zpočátku se vše rozbíhalo velice slibně: např. klub na koleji Jednota, jazykový program, sportovní akce, výjezdy do zahraničí, odborné semináře, hudební a filosofické večery atd. Už tehdy však bylo jasné, že většina studentů se těchto akcí účastní jen pasivně. Důvodem takového přístupu "budoucí inteligence" nebyl nedostatek času či nadměrná studijní zátěž, ale obyčejný nezájem udělat něco i ve prospěch druhých.

Časem ubylo nadšení i sil, ale stále se dařilo pořádát nové akce, které potvrzovaly smysl našeho snažení. Ovšem, když většina z původních nadšenců zdárně ukončila studium, následovala nejprve stagnace a potom vlastně úplné zhroucení našeho "snu".

Mohu jen těžko říci, proč došlo k tomu, že jsme v tomto svém "snění" zůstali osamoceni a proč téměř nikdo ze studentů nastupujících ročníků nepocítil při svém vstupu a pobytu na fakultě podobnou potřebu jako my. Možná to bylo tím, že jsme byli dost nároční nejen na sebe, ale i na druhé, takže došlo k určitému odstupu od nezainteresaných kolegů, ale tento pocit pramenil spíše z nedostatku informací na jejich straně. Nemohu totiž říci, že by byl kdokoli, kdo za námi přišel s jakoukoli snahou či nápadem, odmítnut. Bohužel, takových lidí bylo velmi málo. Navíc se kolem nás vytvořilo mnoho pomluv a dezinformací, což vedlo k vytvoření „mýtu chleběčků a struktur“. To vše, ale hlavně nezájem ze strany studentů vedlo k tomu, že dnes jsme zůstali vlastně jen dva (Lucka a Lukáš) jako poslední mohykáni - nebo snad spíše rezidua.

Naštěstí se přece jen najdou alespoň příležitostní pomocníci, takže i v loňském školním roce se podařilo zorganizovat několik kvalitních a úspěšných akcí.

Jako tradičně to byly převážně sportovní turnaje (fotbal, volejbal) místního i mezinárodního charakteru a naopak účast našich týmů na jiných turnajích u nás i v zahraničí.

Největší a nejnáročnější akcí pak bylo mezinárodní studentské vědecké sympo-  
sium v dubnu tohoto roku.

Přesto, že - jak sami vidíte - toho není málo, nenaplnuje tato náplň smysl našeho  
sdružení, jelikož valná většina studentů možná ani neví, že se něco podobného na naší  
fakultě dělo (viz. jediný aktivní účastník symposia z naší fakulty atp.).

Přes současný stav si myslím, že náš "sen" se splnil alespoň v jedné věci: existence  
sdružení MdP nám umožnila přece jen realizovat některé naše nápady a iniciativy.  
Přinášelo nám to sice často mnoho problémů, ale vždy rozhodně ještě více radosti  
a uspokojení. Navíc práce s tím spojená byla a je obrovskou zkušeností.

Jak je snad patrné, pro naplnění snah dvou lidí je existence sdružení zbytečným  
přepychem (k tomu jsme sdružení svazkem manželským), takže je nablíží otázka,  
co s MdP dále. Nechci zde předbíhat vývoj událostí, ale vzhledem k postoji většiny  
studentů k tomuto problému (ani vlastně nevím, zda mají potřebu zaujímat k této otáz-  
ce nějaký postoj) je odpověď celkem jasná. Ovšem stát se může všelicos, takže se  
nechme překvapit...



# SEMESTRÁLNÍ PRÁCE Z LÉKAŘSKÉ ETIKY

## Úvodní slovo

---

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.,  
Ústav lékařské etiky 3. LF UK.

---

V návaznosti na tradici opět zveřejňujeme nejlepší studentské seminární práce z lékařské etiky, které jsou podmínkou k získání zápočtu.

Se základní instrukcí o tom, jak psát odbornou práci, pracovat s textem, jak jej interpretovat a jaká jsou bibliografická pravidla, se na našem ústavu student může seznámit dostatečně a včas. Jednak na samostatné přednášce (která je minimálně navštěvována, patrně pro „neatraktivnost“ tématu), jednak prostřednictvím ústavní nástěnky. Přesto dochází k celé řadě naprosto zbytečných chyb a nedorozumění.

Obecně lze konstatovat, že odevzdávané práce jsou po formální stránce zdařilejší než v minulých letech, i když se lze setkat i s nedbalými rukopisy. Přetrvávají problémy s bibliografií. Přečtené původní práce, ať již naše nebo zahraniční, jsou nesprávně citovány, obtížně působí formulace problému (častá je záměna etických a psychologických otázek), dále interpretace přečteného, jakož i odlišení názorů vlastních a převzatých. Studenti dávají přednost tématům zdánlivě snadným, nesporně však módním či atraktivním (eutanázie, umírání, sdělování pravdy), a logicky pak nedokáží problém popsat v plné šíři a plasticitě, natož prezentovat dosaženého majoritního názoru. Způsob zpracování bývá často spíše beletristický než věcný a odborný. Některým studentům dělá potíže základní stylistika a dokonce i česká gramatika! Citlivost vidět problémy lékařské etiky vícevrstevně, dynamicky, nejednoznačně a propojeně je stále na velmi nízké úrovni. Studenty láká především literatura anglická (což je v pořádku), málo nebo vůbec ne literatura česká (což v pořádku není). Stává se, že student ví, jaká je např. legislativa týkající se sdělování pravdy v USA, ale nemá naprosto žádné povědomí o právním rámci téhož v České republice.

Někteří však dokázali zadaný úkol splnit na velmi dobré úrovni, i když se samozřejmě nevyvarovali některých začátečnických chyb. Publikované práce však nepochybně mohou sloužit ostatním ostatním za vzor.

Z pedagogického hlediska by bylo vhodné zamyslet se nad efektivitou tzv. prodlouženého zápisu do dalšího ročníku. Student má v současnosti právo vykonat zápočet za zimní i letní semestr z lékařské etiky v časovém intervalu končícím v říjnu.

Stává se (nikoliv zřídka), že obě práce z uvedeného oboru jsou odevzdávány najednou - není tedy možné uplatnit pedagogickou návaznost, a studenti tak ztrácejí možnost poučit se na své práci za zimní semestr a v letním napsat práci kvalitnější. Studenti nejednou staví pedagoga do značné časové tísně, někteří nerespektují vypsání konzultačních hodin apod. Pedagog stojí před problémem, zda práci vrátit a de facto způsobit, že student kvůli „okrajovému“ oboru opustí školu, nebo tolerovat chyby, které pilným a včas odevzdávajícím tolerovány nebyly. Přimlouvám se za to, aby bylo možné vyžadovat práci od studentů v určitých, časově však sevřenějších termínech.

*18.10.1994*

## Neštovice jsou eliminovány. Má člověk zničit i virus?

Martin Winkler, 4. ročník 3. LF UK

### 1.

Již 17 let uplynulo od roku 1977, kdy Světová zdravotnická organizace (WHO) prohlásila boj s neštovicemi - do té doby po staletí obávanou metlou lidstva - za vítězně ukončený. /5/

Šlo tehdy o akci dlouhodobou (trvala 10 let, oficiální počátek se klade do 20. zasedání WHO v r. 1967), velkorysou a ve svých důsledcích nesmírně významnou - vždyť svůj postup globálního vyhlazování varioly dokázaly koordinovat všechny národní zdravotnické týmy tenkrát ostře bipolárního světa...

Dnes, kdy je variola považována za nemoc historie (očkování skončilo v tehdejší ČSSR v r. 1985), existují další plány WHO na eradikaci některých jiných onemocnění - drakunkuly do r. 1995 (!) a poliomyelitidy do r. 2000. /4/

To, že v případě varioly se jednalo o skutečně zhoubnou chorobu, dokresluje i několik údajů z minulosti. Například v Evropě 18. století umíralo ročně na neštovice 200 až 600 tisíc lidí. Ještě hůř tomu bylo v polulacích, které až do příchodu evropských dobyvatelů neštovice neznaly, jako např. indiánské civilizace Mexika a Peru. Zde dosáhla v 16. století, kdy se na nový kontinent hrnuly armády kolonizátorů, nemoc mezi neimunními domorodci až 50% úmrtnosti. Stejně tomu bylo i v Severní Americe o 200 let později. V průběhu 20. století frekvence onemocnění pravými neštovicemi a jejich mortalita klesaly, především díky růstu životní úrovně lidské populace (zlepšení úrovně hygieny, bydlení, rozvoj medicíny, očkování). Nemoc se stáhla do oblastí zaostalých zemí s nízkou hygienou a horší úrovní zdravotní péče, např. do Afriky, oblastí Asie, Ameriky. V době zahájení globální akce na vyhlazení varioly r. 1967 (viz výše) byl její endemický výskyt hlášen asi ze 40 zemí světa. /5/

### 2.

Onemocnění pravými neštovicemi (variola) způsobuje DNA virus čeledi Poxviridae, rodu Ortopoxviridae. Ve stejném rodu je zařazen i virus vakcinie a virus kravských neštovic. Do čeledi Poxviridae též náleží virus opičích neštovic, po genové stránce blízký viru neštovic pravých. /3/ Je přenosný z opice na člověka a způsobuje onemocnění neštovicím velmi podobné. Tento virus je - na rozdíl od lidského, jenž se přenáší pouze mezi lidskými jedinci - přenosný i mezi zvrřecími druhy (vedle opic i veverky),

naštěstí mezi lidmi se přenáší nesnadno (byly zaznamenány maximálně 4 horizontální přenosy). Jeho mortalita nepřesahuje 15%. /2/

### 3.

WHO klade datum úplného vymýcení varioly do r. 1977, kdy byl zaznamenán poslední případ nákazy. Šlo tehdy o 23-letého kuchaře místní nemocnice v městě Merka, v jižním Somálsku. Ve skutečnosti došlo k jedné nákaze ještě rok poté (1978), kdy onemocněla (a posléze zemřela) fotografka, pracující v laboratoři na Universitě v Birminghamu. Byl to případ laboratorní nákazy, při němž byly hrubě porušeny bezpečnostní předpisy nakládání s infekčním materiálem. Celá kauza vyústila v sebevraždu šéfa laboratoře... /5/

Nicméně i tato varující událost přispěla k tomu, že v prosinci r. 1978 Globální komise pro vymýcení neštovic doporučila zničení veškerých zbylých zásob viru v laboratořích, nebo jejich přenesení do některé ze čtyř referenčních laboratoří (v USA, UK, Jihoafrické Republice a SSSR). Koncem roku 1983 byly zničeny zásoby viru v Jižní Africe a zásoby viru z Velké Británie byly převezeny do USA do Střediska pro kontrolu nemocí (CDC). Od té doby je virus oficiálně soustředěn pouze v CDC v Atlantě (USA) a v Ústavu pro virové přípravky v Moskvě (Rusko). Atlantská laboratoř přechovává okolo 450 vzorků viru z celého světa, moskevská asi 150. /2/

Na těchto kmenech probíhá intenzivní výzkum. V 70-tých letech došlo k mohutnému rozvoji molekulárně biologických metod práce s restrikcí endonukleasemi a výrazný posun dopředu zaznamenalo i klonování. Časem se podařilo naklonovat různé sekvence DNA viru, podle nichž pak byly vytvářeny specifické referenční reagentie k dokonalé diagnostice neštovic v budoucnosti. Současně molekulární biologové provádějí sekvenční analýzu genomu viru. Roku 1991 byly takto analyzovány 2 kmene viru varioly (kmen Bangladesh 1975 a kmen India 1967), r. 1993 byl vyhrazen zkoumání třetího kmene - tzv. kmen Garcia 1966 s úmrtností nižší než 1%. U některých kmenů je tedy již známo úplné pořadí nukleotidů. /2/

### 4.

V roce 1991 byl americkým mikrobiologům předložen návrh k úplnému zničení viru neštovic. Po bouřlivé diskusi, kterou tento návrh vyvolal hlavně v řadách Americké mikrobiologické společnosti, bylo přijato usnesení na zlikvidování zbývajících zásob viru k 31.12.1993. Avšak v otevřené diskusi na 9. Mezinárodním virologickém kongresu, konaném 11.8.1993 v Glasgow, bylo vzneseno mnoho argumentů proti zničení. /2/

Shrňme tedy argumenty obou stran, pro i proti. Hlavní argumenty zastánců zničení viru varioly jsou:

- a/ prevence náhodného úniku viru;
- b/ riziko zneužití viru jako biologické zbraně teroristy;
- c/ eliminace nejzhubnějšího lidského patogenu.

Zastánci zničení viru svůj návrh považují za přijatelný především proto, že jeho genom je klonován v plasmidech a byly určeny sekvence jeho nukleotidů - tedy struktura i složení viru je známo, virus by nezmizel z povrchu zemského beze stopy. /5/

Protiargumenty znějí takto: riziko náhodného úniku viru ze dvou laboratoří za tak přísných bezpečnostních podmínek, jaké v nich panují (tzv. bezpečnostní opatření P4), je skutečně nízké, birminghamský případ byl zcela ojedinělou záležitostí hrubé ignorace i těch nejjednodušších opatření. Zneužití viru armádou či teroristy je velmi nepravděpodobné, v pozitivním případě může zdravotnická služba rychle infekci diagnostikovat a vakcinací zvládnout, nemluvě o tom, že existují mnohem dostupnější a účinnější potenciální biologické zbraně. Těžko právě likvidace viru varioly omezí výzbroj teroristů.

Třetí argument také nic neřeší, neboť zmíněné dvě laboratoře nejsou jediným potenciálním rezervoárem varioly na světě. Virus zcela prokázane přežívá v tělech zemřelých, pochovaných v arktickém permafrostu. Tyto mrtvolky mohou být snadno odkryty. /2/ Dalším možným zdrojem viru se mohou stát různé laboratoře ve světě, které z nejrůznějších důvodů vzorky varioly tajně (nebo i náhodou) zadržely - tento na první pohled fantasticky znějící argument je naopak dosti pravěpodobný, stačí si vzpomenout na události ve Vojenské nemocnici Sřešovice v Praze na jaře letošního roku. Později vydaná zpráva o tom, že nedopatřením zapomenuté otevřené kontejnery nebezpečný virus neobsahovaly, už málokoho uklidnila...

Dále existují ještě opičí neštovice (viz výše), přenosné též na člověka. /2,3,/ Naštěstí se mezi lidmi tolik nepřenáší, ale kde je psáno, že se díky mutaci nestane jejich virus pro člověka vysoce nakažlivým? (Nabízí se analogicky hypotéza vzniku viru HIV z původně opičího SIV). Navíc dnes, kdy máme plasmidy, obsahující všechny genové sekvence viru varioly a známe již celý genom nejméně dvou jeho kmenů, by se jednoduchou rekombinací homologních specifických genů varioly s geny opičího viru mohl potenciálně „vyšlechtit“ nový virus, podobně nebo i stejně virulentní jako původně zničený virus pravých neštovic.

Ze zde uvedeného vyplývá, že zničení kmenů viru v laboratořích v Rusku a USA ke zvýšení bezpečnosti patrně nepovede. Naopak, jsou zde i argumenty pro zachování viru.

Jde hlavně o zachování pro budoucí výzkum. Dalším zkoumáním viru novými nebo ještě zcela neexistujícími metodami se mohou osvětlit dosud skryté a neznámé mechanismy patogenese neštovic, a potažmo i všech virových infekcí, včetně infekce HIV. K takovému výzkumu pouhá znalost holého genomu nestačí, cenný je kompletní „živý“ virus. Vliv a funkce jeho bílkovin a působků (cytokiny, lymfokiny), jejich vzájemné interakce a interakce s hostitelskou buňkou i celým organismem - to jsou kapitoly, v nichž se stále věda pohybuje na rozhraní hypotéz a navzájem si odporujících teorií. Likvidace viru by v podstatě znamenala i přerušení výzkumu v celé jedné oblasti virologie. /5/

Dalším argumentem proti zničení je i obecně etická otázka po právu člověka záměrně vymýtit z existence jeden druh pozemského života (ačkoliv mluvit v případě

viru o živém organismu je přinejmenším sporné). Právu zlikvidovat něco, co nestvořil, co jej sice hubí (či potenciálně může hubit), ale co zároveň má svoje místo v rovnovážném biosystému Země, se vší pravděpodobností mnohem déle než člověk sám.

Je vůbec člověk schopen obsáhnout potenciální dalekosáhlost svých definitivních rozhodnutí?

#### *Literatura:*

1. Bradbury, R.: *Kaleidoskop, Odeon Praha 1990, vydání první.*
2. Dowell, R.: *Destroying of variola virus? Major arguments, Science 262, 1993, 1223-1226.*
3. Havlík, J.: *Infektologie, Avicenum, Praha 1990, 86-88.*
4. Chalupný, M.: *Původce drakunkulosity brzy na seznam ohrožených druhů?, Vesmír 72, 1993, 56.*
5. Voráč, P.: *Pro a proti zničení viru neštovic, Vesmír 73, 1994, 113-114.*

## Etické problémy dlouholeté péče o chronicky nemocné

Ivo Trešl, IV. ročník 3. LF UK

Dlouhodobá péče v ústavech je jedním z problémů společnosti, který byl léta přehlížen či dokonce programově odsouván do pozadí a vytěšňován na okraj jejího zájmu. Měnící se celospolečenské i ekonomické podmínky, vysoká ekonomická náročnost dlouhodobé péče v instituci a snahy o morální obrodu společnosti vytvářejí tlak na okamžitě i dlouhodobé komplexní řešení péče o fyzicky handicapované, duševně nemocné, nesoběstačné a chronicky nemocné osoby. Nutnost koncepce a strategie této péče vychází z prognózy stárnutí české populace, narůstání prevalence chronických onemocnění (a to již od středního věku), a s nimi ruku v ruce zvyšování počtu lidí závislých na pomoci a péči druhých. Během patnácti let dojde k významnému zvýšení počtu obyvatel nad 65 let a zejména osob velmi starých s vysokými nároky na domácí i ústavní péči. /2/

Chronicky nemocné, handicapované a staré provázejí odedávna rozličné společenské postoje. Na jedné straně netolerance, často až odpor, strach a neporozumění, na straně druhé extrémní, a dobře míněný, ale ponižující soucit a sympatie. Mravnost a morálka společnosti se však odrážejí i v tom, jak se společnost stará o své slabé a závislé členy, zda existuje skutečná solidarita zdravých s nemocnými, mladých se starými, schopných s bezmocnými.

V minulosti ani v současnosti se chronické péči u nás nevěnovala potřebná pozornost ani prostředky. Není to však specificky naše problematika, ale i v SRN, Velké Británii, Holandsku, USA, Kanadě a dalších zemích se řeší otázka, jak zlepšit chronickou péči, jaké spektrum péče a služeb poskytnout a jak tuto péči financovat. Většina zemí přichází s reformou stávajících zdravotně-sociálních systémů. /2,4,5/

Také postoj společnosti vůči zařízením poskytujícím dlouhodobou péči lze charakterizovat jako různorodý. Na jedné straně přijímáme morální povinnost společnosti postarat se o své bezmocné členy, kteří z různých důvodů nemohou být ošetřováni doma. Chápeme potřebnost ústavů jako místa, kam přicházejí osamělí a opuštění, hledající únik ze samoty a bezpečí trvalé péče, pomoci a zajištění, ale i místa, kam rodina, vyčerpaná dlouhým pečováním, odkládá břemeno doma již nezvládnutelné péče. Přes měnící se podmínky a možnosti současné rodiny v nás však stále přetrvává idealistická a historicky podmíněná představa idylické domácí rodinné péče. Ústavy stále spojujeme s jejich předchůdci - starobinci, chudobinci a nalezinci. Negativní pohled je posilován i konfrontací s vlastním stářím, nemocemi, smrtelností, strachem z fyzické

a psychické závislosti, strachem, že jsem již jen na obtíž. Ošetrovatelské ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, ústavy sociální péče a domovy důchodců jsou pro nás symbolem konečnosti, posledního útočiště, místa, odkud již není návratu a kde - opuštění - žijí svůj život ti méně šťastní. Přestože některé z těchto představ nejsou pravdivé, jsou v nás hluboce zakořeněny. Také poslední desetiletí kolektivizace ústavní péče v mnohých zasela nedůvěru ve všechny totalitní instituce, charakterizované autoritativní strukturou, organizováním, plánováním a dohledem nad běžnými denními činnostmi i chováním jedince a omezováním jeho autonomie. /3/

Z těchto důvodů by se mohlo zdát, že péče v instituci je zcela nevhodná a přináší jen strádání. Proto například ve Švédsku, Holandsku, USA a v posledních letech i u nás rostou snahy o co největší omezení ústavní péče a přesun těžšího dlouhodobého pečování o chronicky nemocné do domácnosti (homecare) /4/. Proces deinstitutionalizace je motivován jednak tradiční péčí v rodině a domácím prostředím, ale také finančním úsporou. Domácí péče je méně nakladná, protože část nákladů hradí klient nebo jeho rodina. Současným trendem v ústavní péči je omezit neindikované pobyty a maximálně podpořit homecare. Pro malou část populace však zůstává léčba v ústavu jediným možným řešením komplikované zdravotní nebo sociální situace. Musíme proto jako protipól k negativnímu obrazu současné institucionální péče vytvořit konstruktivní a pozitivní model péče, který by byl pro nás jako pečující, tak i pro její konzumenty přijatelný a měl své místo v sociálním a zdravotním systému a který by zajišťoval standart a kvalitu péče v instituci i kvalitu života jejich obyvatel. /2/

V současné době poskytují dlouhodobou péči v rámci zdravotnictví léčebny dlouhodobě nemocných a část lůžek v léčebnách TRN a psychiatrických, v sociální sféře pak ústavy sociální péče, domovy důchodců a penziony pro důchodce. Deficit však činí 20 až 30 tisíc lůžek pro chornickou péči. Naproti tomu výrazně hypetrofická je akutní nemocniční péče. Jako jedno z možných řešení se proto nabízí reprofilizace těchto lůžek pro chronickou péči (chronická lůžka) a tím optimalizace poměru k akutním. Nadbytkem akutních a nedostatkem chronických lůžek je porušen jeden z etických principů poskytování péče - princip spravedlnosti. /4/ Staří lidé jsou přijímáni na akutní nemocniční lůžka (bed blocking), což zvyšuje finanční náročnost a neumožňuje kvalitní, časově náročnější ošetrovatelskou péči.

Přestože potřeba reprofilizovat akutní lůžka byla rozpoznána již dříve, naráží v praxi na mnohé problémy. Jedním z nich je nezájem o chronickou péči a medicínu chronických stavů, která je tradičně chápána jako málo zajímavá a atraktivní, přinášející ošetřujícím jen malou satisfakci a společenskou prestiž (diagnóza bývá stanovena, není naděje na vyléčení a úzdravu). Také ve výuce a výzkumu se věnuje této oblasti jen minimum pozornosti. Dalším problémem je otázka financování dlouhodobé péče. Je zřejmé, že ústavní péče v léčebnách je až o polovinu levnější ve srovnání s akutní nemocniční péčí a dále klesá finanční náročnost, je-li přesouvána do rezortu sociálního. Pouze 2,1% z celkových nákladů na zdravotnictví byly věnovány na financování LDN. Pobyty nemocných se stabilizovanou chronickou chorobou s funkčním



handicapem vyžadujícím trvalou pečovatelskou a ošetrovatelskou péči v základních aktivitách jako je jídlo, kontinence, chůze, hygiena, zatím ve zdravotnických zařízeních pokrývá VZP. Do budoucna se však uvažuje, že pobyty těchto nemocných, označovaných nesprávně jako sociální hospitalizace, nebudou zdravotním pojištěním hrazeny vůbec, či bude třeba značné finanční spoluúčasti pacienta. /1,2/.

Více než otázkám organizace, struktury ústavů a financování péče se pozornost věnuje kvalitě péče a tomu, jak dosáhnout co nejlepší úrovně. Kvalitu péče velmi negativně ovlivňuje institucionální charakter péče, který omezuje soukromí, možnost vlastního rozhodování a vyžaduje přizpůsobení se režimu ústavu. Ve srovnání s akutní péčí se významně mění role nemocného. Z pacienta se stává obyvatel, chovanec, který je umísťován, ztrácí aktivní roli a dostává se do víceméně pasívní role příjemce péče. Pasivita je dále umocňována vysokým stupněm závislosti, který snižuje pacientovu kompetenci a schopnost rozhodovat. Chronická nemohoucnost mění hierarchii hodnot nemocného a často - zvláště u starších - vede k fatalistickému chápání jeho vlastní choroby i životního údělu vůbec. Nemocný je nucen žít v cizím prostředí s cizími lidmi, je izolován od svých blízkých i přátel, ztrácí vlastní identitu a pocit vlastní důstojnosti.

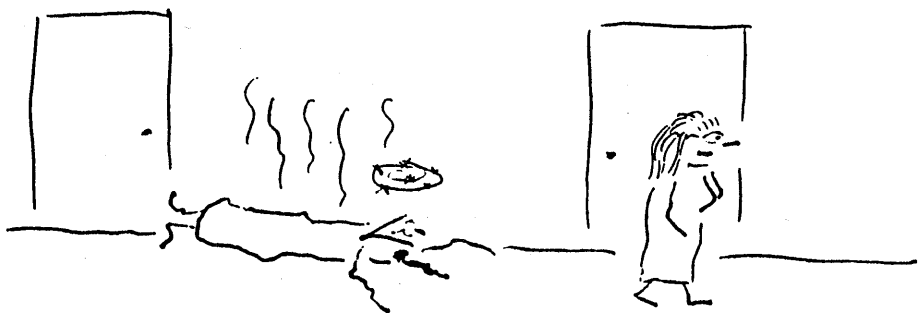
Péče o nemocné v ústavech mění i úlohu lékaře a klasický vztah lékař - pacient se přetváří ve složitou spleť vztahů nemocného k jednotlivým pracovníkům ošetrojícího týmu. Lékař je postaven před zdánlivě méně naléhavé rozhodování než v akutní medicíně. Pohybuje se však na velmi tenké hranici mezi omluvitelným paternalismem (nemocnými ochotně přijímaným a často vyžadovaným) a nepřijatelnou manipulací. Vždy je však třeba jednat v zájmu nemocného, v souhlasu s principem beneficence a non maleficence a za respektování práv a přání nemocného. V ústavní péči vystupují často etické problémy, týkající se zvládnutí poruch chování, rozsahu a invazivity léčby a celé spektrum problémů spojených s umíráním a smrtí.

Kvalita péče v instituci byla u nás garantována státem. V některých zemích - zejména tam, kde péče je poskytována nestátními, soukromými, církevními či obecními institucemi - je nutno kontrolovat kvalitu péče a její poskytování je svázáno řadou legislativních opatření. Přestože žádná legislativní opatření nemohou změnit postoje a chování ošetrojícího personálu, je zajímavé přiblížit některé regulace, které vymezují péči v ošetrovatelských ústavech, např. v USA. /2,4,5/

Zmíněný okruh problémů v poskytování péče v ústavech není jistě úplný, ale měl by vést k zamyšlení nad vlastním postojem k tomu, jak zlepšit péči o chronicky nemocné.

*Literatura:*

1. Collopy, B.: *Autonomy in long term care, Gerontologist, 28, 1988.*
2. Dohnal, K.: *Jak dále v geriatrické péči?, Čas. lék. čes., 128, 1989.*
3. Jennings, B.: *Ethical challenges of chronic illness, Hasting Center report, 1988.*
4. Pacovský, V.: *Ideální a reálná geriatrická péče, Čas. lék. čes., 130, 1991.*
5. Topinková, E.: *Zamyšlení nad etickými problémy dlouhodobé ústavní péče o chronicky nemocné a staré, Čas. lék. čes., 132, 1993.*



ALE VÁM TO DNES OPRAVDU SLUŽÍ,  
PANI KOLEGYNĚ....

## Sexual Harassment - Sexuální „harašení“

Jana Rejffřová, IV. ročník 3. LF UK, FNKV

Ve své práci bych se chtěla zamyslet nad dnes již i u nás diskutovaným problémem sexuálního „harašení“, s ohledem na obdobné situace mezi lékaři a pacienty a lékaři-nadřízenými a studenty či mezi mladými lékaři v podřízené roli.

*Harassment* je v doslovném překladu „sužování, trýznění, znepokojování či útrapa“.

Definice „*sexual harassment*“ z roku 1980, vyslovená a ustanovená ve Spojených státech a v Kanadě Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) zní: „*Sexual harassment*“ je nevíтанá sexuální aktivita, prosba o sexuální náklonnost a jiné verbální či fyzické chování se sexuální povahou.<sup>/1/</sup>

Termín „*sexual harassment*“ byl zaveden v USA. Zde byl také prováděn statistický průzkum oprávněnosti řešení tohoto problému, který vystoupil do popředí v osmdesátých letech spolu s rozmachem feministického hnutí.

V této práci uváděný výzkum se týká pouze skupiny žen - lékařek a pacientek - utiskovaných muži-lékaři a žen-lékařek utiskovaných muži-pacienty.

Tři čtvrtiny žen se cítily v tomto směru poškozeny. Nejčastější typy projevů sexuálního obtěžování spočívaly ve významných pohledech, sexuálních poznámkách, významných gestech, nepatřičných darech, žádostech o schůzku, dotecích, významném obnažování se (např. žádostech o vyšetření genitálu apod.) a v neposlední řadě i znásilněním.<sup>/2/</sup>

Jiná práce se věnovala problematice sexuálního „harašení“ ve výuce medicíny, kde nadřízení ovlivňují kvalitu praxe a výuky studenta. Faktem je, že nadřízenými jsou zpravidla muži, ženy tvoří podstatnou část z řad studentů. Opět celé tři čtvrtiny studentek a mladých lékařek uvedly, že byly v minulosti sexuálně obtěžovány ze strany svých mužských kolegů a nadřízených. „Z verbálních incidentů k tomuto obtěžování patřily urážlivé poznámky či žerty, perzistující nevíтанé flirtování, vyjadřování sexuálního zájmu nedostupující úrovně otevřeného návrhu, stavění na odiv urážlivých sexuálních obrázků či plakátů. Z fyzických pak opakované naklánění se či stání v těsném fyzickém kontaktu, nevíтанé polibky či jiné druhy fyzických kontaktů, až sexuální vydírání pomocí nabídek lepších známek, pracovního postupu či jiných výhod výměnou za sexuální náklonnost, nebo naopak hrozba trestem za její neposkytnutí.“<sup>/3/</sup>

Je nepopíratelné, že v medicíně je často týmová práce základem úspěchu a v malé skupině spolupracovníků může snadno dojít k protržení sociálních bariér, které by za jiných okolností zabránily nevhodným sexuálním počínům. Podstata práce lékaře

má často sexuální náboj: vyžaduje vyšetřování nahých těl, diskutuje se o antikoncepci, manželské nevěře, pohlavním zneužívání a jiných intimních tématech, o kterých se zřídka kdy mluví v jiných profesích. Ve vztahu k pacientům by si měli lékaři uvědomit, že také nesexuální doteky mají pacientkám a pacientům adresovat opatrně. Není někdy tak docela snadné odlišit sexuální doteky od nesexuálních.

Incidence sexuálních kontaktů mezi pacienty a lékaři se podceňuje a pouze nepatrné procento lékařů je ochotno takové vztahy přiznat. Většina těchto zcela neprofesionálních přestupků se dopouštějí lékaři-muži na svých pacientkách (z praxe v psychiatrii 5 až 10 procent).<sup>4/</sup>

Všeobecně je také podceňován výukový program pro lékaře. Je důležité, aby se lékaři v pre- i postgraduální výchově o možnosti takových vztahů dozvěděli.

Americká společnost je jistě v mnohém odlišná od naší. Ochrana utiskovaných menšin (kam jsou paradoxně řazeny také ženy) vedla v USA. k tomu, že je tu politicky neúnosné nazývat černochoy „černochoy“ (black v. afroamerican), indiány „indiány“ (indian v. native american) a nově pomalu i ženy „ženami“ (Women v. women). V tomto pojetí může být projevem tohoto sexuálního „harašení“ cokoli, co v hovoru se ženou implikuje, že mluvčí si je jejího pohlaví vědom, včetně galantních poznámek typu: „Vám to dneska sluší.“<sup>1/</sup>

Myslím, že není třeba až natolik stírat rozdíly mezi pohlavími a zvyhodňovat jedno nad druhým. Každé by si mělo ponechat své výhody a nevýhody. To, že budou ženy reagovat a negovat všechny projevy mužů vzhledem k jejich pohlaví, zvětší pouze bariéru v komunikaci mezi lidmi navzájem.

V současné době v ČR nedostupuje tento problém až takové závažnosti jako v USA či v Kanadě, mimo jiné také proto, že zde není vyvinuto silné feministické hnutí a národní vědomí o postavení ženy ve společnosti je trochu odlišné. Proto si myslím, že za český ekvivalent amerického „sexual harassment“ by se mohlo používat „sexuálního harašení“, nikoliv „trýznění“.

#### Literatura:

1/ Phillips, S. P., Schneider. M. S.: „Sexual harassment of female doctors by patients“; *New Eng. J. Med.* 329, 1993, č. 26, s.1936-1939.

2/ Horák, P.: „Sexuální „harašení“ v medicíně“; *Čas. lék. čes.* 133, 1994, č.7, s.219.

3/ Horák, P.: „Sexuální „harašení“ ve výuce medicíny“; *Čas. lék. čes.* 133, 1994, č.7, s.219-220.

4/ Zvěřina, J.: „Sexuální vztahy mezi lékaři a jejich pacienty“; *Prakt. lék.* 73, 1993, č.3, s.114.

## Některé aspekty vztahů klasické a alternativní medicíny

Jana Rejffřová, 4. ročník 3. LF UK

Ve své semestrální práci bych se chtěla alespoň částečně zaměřit na porovnání medicíny klasické, kterou známe z výuky na VŠ, a medicíny alternativní, o které je stále ještě málo informací i mezi lékaři. K této problematice patří i vztahy mezi protagonisty obou směrů, tedy lékaři a léčitelé - a samozřejmě pacienti, kteří by měli být středem zájmu obou.

Pacient, tedy člověk trpící nějakými obtížemi, má v současné době svobodnou volbu jednak mezi jednotlivými lékaři - odborníky navzájem, jednak mezi klasickou a alternativní medicínou. Je zcela na něm, u koho vyhledá pomoc ve své nouzi. Bohužel, současný přístup medicínské péče přehlíží faktory psychosociální, a lékař se podobá spíše „opraváři rozumného stroje, jehož úkolem je zjistit poruchu a zajistit nápravu“. /4/ Také byrokratizace medicíny zhoršila vztahy mezi pacientem a lékařem či zdravotnickým personálem, nehledě k tomu, že došlo k poklesu prestiže medicíny jako oboru.

Není proto divu, že můžeme pozorovat vzestupný zájem o dlouho tabuizovaná alternativní medicínská řešení. Jde o využití praktik lidových léčitelů, různých mimo-evropských tradičních škol a dalších postupů vycházejících z jiných než oficiálních názorů. „Lidové léčitelství je spojováno s takovými jevy jako je intuice, jasnovidectví, telepatie, telegnozie apod.“ /6/ Stačí, aby pacient slyšel od svých známých, že ten či onen léčitel někoho s danou chorobou léčil a vyléčil, a velmi ochotně přechází z rukou lékaře do péče (nebo „péče“) léčitele. Dnes je léčitelů skutečně hodně, každý ohromuje něčím jiným, a je nutné zamyslet se na tím, co vede pacienta k tomuto kroku a jaký by měl být postoj lékaře k alternativní medicíně.

Protože v této oblasti panuje mezi námi stále dosti nepřehledno, je důležité si uvědomit, kdo je kdo - tedy lékař, léčitel, šarlatán, pacient - a jaké jsou mezi nimi vzájemné vztahy.

„Lékař je člověk absolvující 5-6leté studium, předatestační praxi, atestační zkoušku a nese právní zodpovědnost za nemocného.“ /1/

„Léčitelem rozumíme člověka, který působí kladně na zdravotní stav pacienta různými nemedicínskými technikami a využívá přitom empirických znalostí sdělených či vlastních, případně disponuje zvláštními schopnostmi, souvisejícími s dosud ne zcela poznanými možnostmi lidské psychiky.“ /3/ Bohužel, „podle odhadů je zde zhruba 90% osob, které patří do kategorie podvodníků či psychicky narušených osob.“ /3/

Většina *šarlatánů* je velmi sebevědomá a jejich tvrzení jsou značně odvážná; při určování diagnózy mají vytvořenou vlastní terminologii, která není kompatibilní s ničím. Pro šarlatána není problémem vůbec žádné onemocnění - ani infaustní. Mnohdy přijímají velké množství pacientů denně (20 až 100) a za své rady si samozřejmě počítají někdy i neúměrně vysoké částky. Chybí jim základní medicínské znalosti, odmítají spolupracovat s ošetřujícím lékařem a mnohdy zasahují hrubě do jeho léčby. Někteří kombinují celou řadu metod alternativní medicíny. Rozhodující vlastností je, že u nemocného nepoznají chorobu a zdravotní stav pacienta nedokáží zlepšit. /2/

*Léčitel* si je vědom svých možností a nepouští se do léčby všech nemocí, připouští si hranici svých možností. Nepřeceňuje své síly a za den přijímá přiměřené množství pacientů. Svým pacientům neslibuje nemožné a je opatrný při vyslovování svých diagnóz a prognóz. Je schopen podat konkrétní ověřitelnou informaci při stanovování diagnózy. Má určité léčebné výsledky. /2/

Ani léčitel ani šarlatán nenese jakoukoli odpovědnost za zdravotní stav pacienta, protože neexistuje žádná cechovní organizace. Je nekontrolovatelný, nikomu (kromě svého svědomí) se za své eventuelní přečiny nemusí zodpovídat. /1/

*Lékař využívající v určitých případech „léčitelské metody“* - pro pacienta zřejmě ideální stav, pro lékaře někdy rozporuplný. Lékař je povinen vykonávat svou profesi „lege artis“ a je zároveň pod Hippokratovou přísahou obsahující základní etické principy. Pokud tito lékaři použijí některou z alternativních metod, ne zcela vědecky ověřenou (akupunkturu, homeopatii apod.), dostávají se do rozporu, jak se při léčbě určitých pacientů zachovat. Jejich činnost je napadnutelná v případech eventální stížnosti pacienta nebo jeho rodiny, protože nepoužili standartní metodu lege artis. /1/

### **Vztahy mezi lékaři, léčiteli a pacienty:**

#### **1. Vztah lékař - léčitel:**

Modelově ho můžeme rozdělit na vztah dobré spolupráce, kdy lékař a léčitel navzájem ctí svou existenci a snaží se spolupracovat ku prospěchu pacienta.

Za vztah nesnášenlivosti - který je běžný v demokratických společnostech - můžeme považovat zachování zdvořilostního odstupu; bez spolupráce a oboustranného obohacení.

Vztah vzájemné nevraživosti vzniká při významné komunikační bariéře, při odmítnutí léčebné filozofie jako celku, při špatných zkušenostech s předchozími kontakty. /3/

#### **2. Vztah pacient - lékař:**

Je velmi rozdílný, ale pacient má vždy záruku v povinném vzdělání lékaře, a pokud má pocit, že ho lékař poškodil, má možnost žádat o prověření svého případu a eventuelní odškodnění.

#### **3. Vztah pacient - léčitel:**

Je vždy založen pouze na důvěře, protože zde nemá pacient záruky žádné. Vztah se zde utváří na zkušenostech zprostředkovaných nebo osobních. Pokud by však

došlo k poškození pacienta (ať již přímo nebo z prodlení), nemá pacient právní odvolání.

### **Pohled na diagnostiku a terapii prováděnou lidovým léčitelem:**

(Pokud chceme léčitele pochopit, musíme připustit existenci určitého fyzikálního pole kolem člověka, nazývaného např. biopole).

Diagnostika vychází někdy z mikroprojekčních systémů na lidském těle: oronasální, aurikulární oblast, oční duhovka, ploska chodidel, hřbet ruky apod. /5/ Jindy stanovuje léčitel diagnózu pomocí ruky či virgule, přičemž diagnostikuje změnu biopole. Některé léčitelé jsou schopni transpozice na pacienta a na vlastním těle prožívají obtíže, kterými trpí pacient. Jiní mají schopnost určitého „vidění“, které jim umožňuje odhalit stav pacienta. /5/ Určují tedy chorobu na základě svých mimosmyslových schopností prakticky okamžitě.

*Léčitel* posuzuje organismus jako celek a mnohdy najde poruchu zcela jinde než je projev nemoci.

*Senzibil* vnímá v energetice pacienta dříve než se projeví onemocnění.

*Lékař* diagnostikuje na základě exaktních metod, často náročných na čas i peníze. Některá diagnostická vyšetření jsou nepříjemná a mohou mít i svá rizika. Všechny metody prováděné lékařem jsou však objektivní a srovnatelné s vyšetřeními jiných lékařů. /6/

Způsoby terapie, používané v současné době léčiteli nebo zahrnované pod pojem alternativní medicína, jsou velmi rozmanité a nejsou standardizované.

Jednou z nejčastějších a nejrozšířenějších i mezi laickou populací je *fytoterapie* (bylinné čaje, koupele, obklady, masti). Nelze však vyloučit její případné předávkování, nevhodnou aplikaci byliny či vznik návyku. Mezi mnohé východní praktiky patří dnes již i mezi lékaři používaná *akupunktura*, *akupresura*, *manipulace*, *aurikuloterapie*. Léčba pomocí *virgule*, *magnetu*, *dotyky nebo pohyby rukou nad pacientem* vyžadují již léčitelské schopnosti. Na vyšším stupni stojí léčba *myšlenkou*, *přáním*, *prosbou*, *molitbou* - jde o pomoc prostřednictvím energie, jejíž podstatu neznáme a neumíme ji vědomě detekovat či zachytit. /6/

Kdybychom porovnali *postavení lékaře s postavením léčitele*, jednodušší situaci má jednoznačně léčitel. Jeho metody léčby nepodléhají žádným zákonům, a proto se nemusí zodpovídat před nikým, ale přece má svědomí stejně jako lékař a také snahu vyléčit člověka. Je možné, aby se toto vzájemně spojilo. Ulehčila by se situace pro všechny, jak pro lékaře a léčitele, tak hlavně pro pacienta. Jeho život je často ohrožen, když se po neúspěšné léčbě oddá do rukou lékaře s tím, aby ho zachránil.

O vzájemnou plodnou spolupráci se pokusil i Petr Herle po tom, co zkonstatoval: „*Můj závěr byl takový, že jsou určité poruchy, které přes veškerou snahu lékařů nejsou správně diagnostikovány, a i když jsou diagnostikovány správně, lékaři nejsou schopni je úspěšně léčit*“. /7/ Jeho spolupráce se skupinou léčitelů je ukázkou pro ostatní, kteří by měli o něco podobného zájem. Jejich vzájemný vztah vyzdvihuje přednosti obou



stran a snaží se odstranit špatnou informovanost některých pacientů o těch kterých léčebných postupech.

Myslím si, že takový postup je výhodný pro všechny tři strany - a hlavně pacient má pocit, že je o jeho zdraví postaráno „ze všech stran“ a nedostane se do rukou šarlatánů. Kdyby se podařilo navázat více takových spoluprací, otevřela by se cesta k rychlejšímú vývoji nových léčebných postupů a postupně by se odbourala bariéra mezi klasickou a alternativní medicínou.

#### *Literatura:*

1. Herle, P.: *Je možná spolupráce léčitelů s lékaři?*; *Praktický lékař* 73, 1993, č. 6, str. 269-270.
2. Honzák, R., Grešík, V., Vlasák, Z.: *Vztah lékaře a léčitele, problémy lékaře, který využívá alternativní postupy, právní odpovědnost, možnosti spolupráce*; *Prakt. lék.* 73, 1993, č. 10, str. 457-458.
3. Honzák, R., Grešík, V., Vlasák, Z.: *Jaké jsou vlastnosti a způsoby chování šarlatánů?*; *Prakt. lék.* 73, 1993, č. 6, str. 269.
4. Honzák, R., Grešík, V., Vlasák, Z.: *Lékař, léčitel a jejich modelové vztahy*; *Prakt. lék.* 73, 1993, č. 2, str. 85.
5. Honzák, R., Grešík, V., Vlasák, Z.: *Oficiální a alternativní přístupy*; *Prakt. lék.* 73, 1993, č. 1, str. 38.
6. Honzák, R., Grešík, V., Vlasák, Z.: *Léčitelé a jejich praktiky*; *Prakt. lék.* 73, 1993, č. 9, str. 407.
7. Ost, B.: *Der Krebspatient im Spannungsfeld zwischen Schulmedizin und biologischer Medizin*; *Deutsche Zeitschrift für Onkologie*, 1993, č. 6, str. 149.

## Autonomie pacienta v současné medicíně

Kateřina Matyášová, IV. ročník 3. LF UK

Při svém kontaktu s lékařskou praxí a s pacienty pocívuji mnohé nedostatky, týkající se informování a informovanosti pacientů o jejich zdravotním stavu. Etické problémy na tomto poli vyvstávají z konfliktu dvou etických principů - historicky staršího principu paternalismu (lékař nebere ohled na názor pacienta co je a co není jeho prospěchem), na kterém stála tradiční lékařská péče, a principu autonomie pacienta, kterou chápeme jako morální právo zvolit a realizovat vlastní jednání a život.

Paternalistický přístup měl nepochybně dříve své opodstatnění. V minulosti bylo mnohem méně prostředků k prodloužení života a často se pacient buď zcela uzdravil nebo zemřel. Dnešní laická veřejnost má díky dostupnosti vzdělání a díky sdělovacím prostředkům větší znalosti o nemocech, jejich příčinách a možnostech léčby. To na jedné straně umožňuje provádět osvětové akce na podporu zdraví a prevenci vzniku chorob, na straně druhé jsou lékaři pod tlakem, neboť pacienti chtějí být informováni o své nemoci, prognose a možnostech léčby. Současná medicína disponuje řadou nových diagnostických a léčebných postupů, kterými je schopná vyléčit dosud neléčitelné choroby či prodloužit život pacientům, trpícím nemocí dříve neslučitelnou se životem, často ovšem za cenu určitého rizika poškození pacienta či za cenu zhoršení kvality života. To jsou fakta, která vyvolávají pocit nutnosti spolurozhodování pacienta o lékařské péči. Předpokladem k tomu je ochota lékaře respektovat preference, které vyjádří kompetentní pacient na základě posouzení vlastního systému hodnot a na základě informací, které mu lékař podá o jeho zdravotního stavu.

Současné české právo, stejně jako současná společnost, stále více klade důraz na postavení člověka jako svobodného jedince s nezadatelným právem na sebeurčení a rozhodování o sobě samém. Právní úpravy ve zdravotnictví většiny států a také u nás mají zakotvenou povinnost provádět vyšetřovací a léčebné výkony zásadně jen se souhlasem pacienta nebo jeho zákonného zástupce s tím, že souhlasu musí předcházet podání informací lékařem pacientovi tak, aby jeho souhlas mohl být kvalifikovaný /5/.

Uvedené požadavky jsou zakotveny rovněž v etickém kodexu ČLK a v Etickém kodexu práva pacientů: „Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případu akutního ohrožení má být informován náležitě o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informa-

*ce o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu, a má být současně informován o důsledcích svého rozhodnutí. /16/*

Tato práva by měla být v praxi realizována tzv. „informovaným souhlasem“, který je v současnosti považován za základní součást etického a právního vztahu lékař-pacient. „Informovaný souhlas“ je definován jako ochotné a nevynucené akceptování lékařské péče pacientem na základě lékařem sdělených informací o pacientově zdravotním stavu, včetně pravděpodobného průběhu onemocnění bez léčby, o doporučené léčbě, jejím očekávaném přínosu a rizicích, o alternativních postupech včetně pacientovi srozumitelného vysvětlení, proč lékař konkrétní postup považuje za lepší než ostatní. Tím by měl lékař umožnit pacientovi zodpovědné rozhodnutí, zda bude akceptovat doporučení lékaře, či zda je odmítne. /1,3,4,6/

Odmítnutí léčby dospělým kompetentním a informovaným pacientem by mělo být respektováno, i když takové rozhodnutí vede k vážnému poškození zdraví pacienta. Rovněž volba pacienta odmítnout léčbu na základě neobvyklé víry by měla být tolerována, pokud tím není ohrožen nikdo jiný /1/.

Potřebná míra informování pacienta je odlišná podle situace.

Panuje shoda v tom, že snaha informovat je v urgentních situacích na úkor drahocenného času a není nezbytná pro poskytnutí lékařské péče. Naopak nejpodrobnější informace je třeba poskytnout, jedná-li se o experimentální studii /1,4/.

Rozporuplnější jsou názory na to, zda lékař může zamlčet informace. Odhalení všech informací, které jsou nezbytné pro pacientovo racionální rozhodnutí podstoupit či odmítnout lékařskou péči, odpovídá právu pacienta na sebeurčení více, než přístup, který umožňuje zamlčení některých informací. Jiní autoři se ovšem přiklání k názoru, že lékař může zamlčet informace v případech, kdy kompletní odhalení všech alternativ a následků může mít škodlivý vliv na fyzickou a psychickou pohodu pacienta. Lékař nemusí informovat pacienta o riziku, které je velmi nepravděpodobné nebo způsobí jen minimální poškození /4/.

V zásadě by komunikace mezi lékařem a pacientem měla být pravdivá, tvrzení by měla být ve shodě s fakty - pokud jsou fakta nejistá, tato nejistota by měla být vyjádřena. Etika v současné době trvá na právu pacienta na pravdu. Existuje silná morální povinnost mluvit pravdu, která není převážena dohady o možném ublížení. Současné studie naznačují, že pacienti se závažnou diagnosou si většinou přejí znát pravdu o své nemoci, a nepotvrzují domněnky o škodlivém účinku odhalení celé pravdy /1/.

Pacient potřebuje znát pravdu, jestliže má činit racionální rozhodnutí o svém jednání a plánech do budoucna. Zamlčení pravdy podkopává vztah lékař-pacient. V případě vážné nemoci je důležité, aby tento pacient byl silný /1/.

Podle některých studií je míra porozumění informacím, podávaných lékařem, malá, což je do značné míry dáno způsobem sdělení. „Informovaný souhlas“ by z tohoto hlediska neměl znamenat mechanické přednesení faktů ani formální podpis

formuláře, ale spíše by měl mít podobu přirozené komunikace a dohody mezi lékařem a pacientem ohledně postupu lékařské péče. Vysvětlení by mělo být jasné, přiměřené pacientovým schopnostem porozumět problému. Lékař by měl položit pacientovi několik otázek, aby se ujistil, že pacient pochopil vše správně./2/

Respektování autonomie pacienta a jeho preferencí často staví lékaře do nezáviděníhodné situace, kdy má sdělit pacientovi, že trpí závažnou chorobou s nedobrou prognosou, musí zvažovat, zda pacient o informaci stojí, zda je nezbytná pro rozhodování o tom, jak naloží se zbytkem svého života. Klade nároky na lékaře, aby co nejvíce komunikoval, hovořil s pacientem nejen o tom, zda ho někde něco bolí, ale aby získal představu o osobnosti pacienta, o jeho hodnotovém systému, jeho trápeních a obavách, aby mu mohl být nápomocen při vyrovnávání se s nastalou situací.

Pro lékaře může být značně frustrující, když ví, že mohl pomoci, mohl prodloužit život, ale kompetentní pacient jeho péči odmítl. Na druhé straně spolurozhodování pacienta o poskytované lékařské péči snímá z lékaře část zodpovědnosti při zvažování nevhodnějšího léčebného postupu v kontextu kvality života pacienta. Hodnocení kvality života je značně subjektivní, a tak se často stává, že život, který posuzovatel hodnotí jako „nízké kvality“, je prožíván dosti uspokojivě. Pokud není možné posouzení sobou, které se to týká, je zapotřebí značné opatrnosti v použití vlastních měřítek hodnot při posuzování kvality života druhého člověka./1/ Z tohoto hlediska může informování pacienta usnadnit lékařům rozhodování o tom, který z možných postupů lékařské péče je nevhodnější ve smyslu zásady beneficence (lékař je povinen konat to, co je prospěšné nemocnému).

V současné době ve světě převládá vztah lékaře a pacienta, založený na principu autonomie a respektování preferencí kompetentního informovaného pacienta. Oproti tomu mám dojem, že informovanost českých pacientů o jejich zdravotním stavu je mizivá. Hlavní příčinu spatřuji v tom, že diskuse o současných etických problémech a zásadách se dostala do povědomí laické i odborné veřejnosti teprve nedávno. Stále přetrvává přesvědčení mnoha lékařů, že je lepší nesdělovat nepříznivou diagnosu pacientovi a ušetřit ho trápení. Na druhé straně jsem pozorovala určitý nezájem ze strany pacienta, či lépe řečeno, jako by se pacient bál zeptat lékaře, což může být způsobeno neochotou lékaře k rozhovoru, či obavou pacienta, že lékař bude takové dotazování pokládat za zdržování. Svou roli může hrát i strach pacientů z nepříznivého sdělení. Zároveň se mi zdá překvapivé, jak málo se o těchto problémech u nás hovoří a přise, přestože se tykají každého člověka.

Určitý obrat v této situaci u nás snad naznačují předběžné výsledky průzkumu spokojenosti pacientů FN Královské Vinohrady, prováděného v rámci programu zjišťování komplexní kvality péče v této nemocnici. Z uvedených odpovědí pacientů lze usuzovat, že i u nás roste zájem o důkladné informování pacienta lékařem./7/

**Použitá literatura:**

- 1/ Jonsen, A. R., Siegler, M., Winslade, W. J.: *Clinical Ethics*, 2. vydání, Maxmilian Publishing Co., New York, San Francisco, London, Madrid, Milan, etc. 1986.
- 2/ Cassieth, B. R., Zupkis, R. V., Sutton-Smith, C., Marsch, V.: *Informed consent - Why are its goals imperfectly realized?* *N. Engl. J. Med.* 1980, 302:896-900.
- 3/ Sheldon, M.: *Truth Telling in Medicine.* *JAMA* 1982, 247,5, 651-654.
- 4/ Miller, L. J.: *Informed consent I-IV.* *JAMA* 1980, 244, No 18,20,22,23, 2100-2103, 2347-2350, 2556-2558, 2661-2662.
- 5/ Vondráček, L., Pýchová, E.: *Kvalifikovaný souhlas pacienta jako základní předpoklad k poskytnutí péče.* *Praktický lékař* 74, 1994, 4, 182.
- 6/ *Úplný text Etického kodexu práva pacientů.* *Praktický lékař* 74, 1994, 4, 184.
- 7/ Kasalová, H.: *Spokojenost pacientů a program Total Quality Management.* *Praktický lékař* 74, 1994, 3, 134-136.

**TEXTY**

## Sir Karl Popper v Praze

*Jeden z nejvýznamnějších filosofů našeho století, Sir Karl Raimund Popper, zemřel v září letošního roku ve věku 92 let. Patří k hrdosti naší fakulty, že to byl právě děkan 3. LF UK Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., na jehož návrh byl Karlu Popperovi letos na jaře udělen čestný doktorát Karlovy university. O tom, jak dalece Sir Karl Popper ocenil toto uznání a jak hluboce jej zasáhlo duchovní klima našeho hlavního města při jeho návštěvě v Praze, svědčí nejen jeho projev u příležitosti udělení čestného doktorátu UK, ale daleko osobněji i dva dokumenty, které, již vážně nemocen, zaslal Sir Karl Popper jako výraz osobního vztahu panu děkanovi Cyrilu Höschlovi krátce před svou smrtí.*

*Vzhledem k historické významnosti, kterou tato událost znamená pro naši universitu i pro náš stát, i vzhledem k podstatné angažovanosti prof. Cyrila Höschla v jejím uskutečnění otiskujeme v našem časopise plné znění obou projevů v Karolinu i kopie dvou dokumentů, které vypovídají mnohem více, než může říci sebekvalitnější komentář. Redakci tak nezbyvá než vyslovit za celou akademickou obec prof. Cyrilu Höschlovi skromné poděkování.*

*Za redakci VNR Jiří Ježek.*

## SLAVNOSTNÍ PROJEVY U PŘÍLEŽITOSTI UDĚLENÍ ČESTNÉHO DOKTORÁTU UNIVERSITY KARLOVY SIRU KARLU R. POPPEROVI

**Projev prof. Cyrila Höschla, Karolinum, 25. květen 1994**

Excelence, magnificence, spectabiles, honorabiles, cives academici, dámy a pánové!

Každý z nás si vzpomíná na knížky svého dětství. Je možné, že právě tyto knížky spoluvytvářejí určité duchovní, intelektuální a citové spříznění těch, jimž jsou společné. Jsou v nich skryty archetypální prvky, které se coby kulturní svorníky klenou napříč epochami, rasami, národy a kulturami. Vzpomínám na jednu takovou knížku, kterou jsem četl, když mi bylo asi osm let. Byla to *Podivuhodná cesta Nilse Holgerssona Švédskem* od Selmy Lagerlöfové.<sup>1</sup> Nils, zakletý v malého skřítku, podstoupí nevšední pouť za hranice lidského světa s hejnem divokých hus. Podstoupí Cestu tam a zase zpátky. Prodělá proměnu z rozmazleného dítěte v jinocha, který obsáhl šířavy tohoto světa. Jde stále o totéž téma: o motiv stvoření a drama zkaženosti a záchrany Téma cum variationibus.<sup>2</sup> To téma se vrací po celý život. Zaznívá v polyfonii Bachově, v titánství Beethovenově a v trýzni Mahlerově; vrací se v dramatech Shakespearových stejně jako v podivuhodné trilogii Tolkienově; je vtěleno do Michelangelova stropu Sixtinské kaple a jeho ozvěna proniká srdcem každého z nás. Uplynula léta a v Praze tou dobou filosofie prožívala konjunkturu svobody myčů oken, nočních vrátných, topičů v kotelnách a invalidních důchodců. My, kteří jsme měli průpravu přírodovědnou a pohříchu pozitivistickou, korigovali jsme ji četbou zakázaných dějin a různými pokusy o zsvěcení do „kabaly“ duchovních společenství seskupených okolo transdisciplinárních seminářů u prof. Katětova na Matematicko-fyzikální fakultě UK, u Havlů na Rašínově (tehdy Engelsově) nábřeží a posléze i na Novotného lávce. V jednom takovém transdisciplinárním kroužku se často objevovali např. Zdeněk Neubauer, Ivan M. Havel, Jiří Fiala, Petr Vopěnka, Jan a Martin Paloušovi, Kamila Bendová, Zdeněk Pinc a řada dalších. Dominantním tématem byl vztah duše a těla. Mind and body.

A tak se jednou stalo, že jsme s kolegou Janem Libigerem přednášeli na Rašínově nábřeží o interakcionismu. Hlavním předmětem našeho sdělení byla kniha slavného epistemologa Sira Karla Poppera a nositele Nobelovy ceny, neurofyziologa Sira Johna Ecclese *The Self and Its Brain*.<sup>3</sup>

Interakcionismus je teorií psychofyzického vzájemného působení. Popper zahajuje jeho výklad kritikou materialismu, na niž navazuje vysvětlením své koncepce tří



světů. Uznává, že materialismus inspiroval vědu, a že mnozí velcí materialisté od Demokrita a Lucretia až po Herberta Feigla a Anthony Quintona byli zároveň humanisty a bojovníky za svobodu. Popper dělí materialismus ve vědě na teorii kontinua (Faraday, Maxwell, Einstein, Schrödinger), která vedla k teorii pole, a na teorii atomistickou (Demokritos, Epikuros, kvantová mechanika). Oba tyto programy vyšly z toho, že hmota, jako něco, co vyplňuje prostor, je prapůvodní, základní, nepotřebuje dalšího vysvětlení, a tak je základem všech pojmů, kterými se cokoli dalšího vysvětluje. Fyzika obsahuje řadu vysvětlujících vlastností hmoty, jako je vyplnění prostoru („impenetrabilita“), elasticita, koheze a skupenství. Jenže právě fyzika sama poskytuje podle Poppera nejdůležitější argumenty proti klasickému materialismu tím, jak se sama překonala („transcended itself“). Tak např. řečtí materialisté soudili, že hmota zaplňuje prostor a jedna věc může narazit do druhé, což považovali za kauzální interakci všehomíra. Svět jsou hodiny, všechno bylo nějak někdy strčeno, jako kola v soukolí. Tento pohled se prvně překonal, když Newton vystoupil se svou gravitací, což je tah („pull“) a ne tlak („push“) - je to tedy působení hmotných těles na sebe bez vzájemného dotyku (!). A tak gravitační síla, přitažlivost, byla Newtonovými následovníky prohlášena za základní vlastnost hmoty, která je neschopná (a ani nepotřebuje) dalšího vysvětlování.

Další událostí v historii sebezpřekonání materialismu byl Thomsonův objev elektronu. Co to je? Jak je to s dělitelností hmoty? Navíc, jakmile se ukázalo, že odpudivost - a tedy impenetrabilita - kousků hmoty je dána elektrickou odpudivostí stejně nabitých částic, padla představa dotyku, střetu, strčení jako základního principu. A co víc, i stabilní částice jako elektrony mohou párově anihilovat za vzniku fotonů (světelných kvant); a mohou také z fotonů (gama-záření) vznikat. Ale světlo není hmota, protože hmota nemůže mít jeho rychlost. Přesto světlo roztočí mlýnek ve vakuu. A tak říkáme, že světlo i hmota jsou formy energie. Zákon zachování hmoty jsme museli vzdát. Hmota může být zničena i vytvořena (např. anihilace při střetnutí s antihmotou za vzniku světla). Hmota je tedy pouze vysoce koncentrovaná energie přeměnitelná do jiných forem. Je tedy cosi, jako proces zaměnitelný za jiné procesy, třeba teplo, světlo, pohyb. Hmota tedy není pralátka, substance, esence. Jak říká Whitehead, vesmír není muzeem věcí, ale souborem událostí a pochodů. Struktura hmoty je atomická. Ale strukturu atomů či jejich částic takto klasifikovat nelze. Je sotva „hmotná“. Fyzikové překonali materialismus. Stále ještě pracují s částicemi, ale už neříkají, že jsou to částičky, kousíčky „hmoty“. Člověk už není mechanický stroj, ale elektrochemický stroj. Ta změna je důležitá.

Popper se snaží ukázat, že vývoj materialismu spěje vlastně k idealismu, ovšem k idealismu nového typu. Zbývá ovšem objasnit, jaký je vztah idejí ke světu, který jsme až dosud zmapovali materialistickými prostředky. Proto se Popper také věnuje problému, co je reálné. Vysvětluje, že nejprve jsou reálné časté věci obvyklé velikosti. To, co dítě může vzít a strčit do pusy. Pak se pojem rozšíří i na objekty větší, které nemůžeme uchopit (hory), a menší (prach).

Jak k tomuto rozšíření dojde? Tak, že entity, které uznáváme za reálné, musí mít schopnost vykonávat vliv (příčinný vliv) na „a prima facie“ reálné věci (běžné velikosti). Změny v běžném světě považujeme tedy za účinky entit domněle reálných. Např. Brownův pohyb považujeme za účinek a tedy za důkaz existence molekul. Akceptujeme věci jako reálné, jestliže mohou kauzálně působit nebo alespoň interagovat s běžnými hmotnými věcmi našeho světa. Pole a síly jsou tedy reálné. Materialisté podle Poppera řeší problémy tím, že všechno, co interaguje s jejich světem, nazvou prostě formou hmoty, a odbyto. Co není forma hmoty, nemůže s reálným světem interagovat. Toto tvrzení je velmi důležité pro pochopení Popperovy kritiky paralelismu jakožto materialismu.

Psychofyzický paralelismus je zvláštní formou novodobého dualismu. Za jeho zakladatele se považuje T. Fechner (1801-1887), jeho dalšími reprezentanty jsou např. W. Wundt, Th. Ziehen, H. Ebbinghaus, u nás filosof a psycholog František Krejčí. K paralelismu se hlásil i známý rakouský fyzik Ernst Mach. Jeho základní myšlenku lze shrnout takto: duševní a fyziologické pochody představují dvě v sebe uzavřené, vedle sebe běžící řady jevů - nemateriálních a fyzických, hmotných, jejichž jednotlivé časově korespondující články si navzájem odpovídají, tj. za prvé jsou k sobě jednoznačně přiřazeny, takže každý duševní jev má jediný, jen jemu příslušející „fyziologický korelát“, a za druhé, nejsou spjaty kauzálně, tzn. vzájemně se nevyvolávají, na sebe nepůsobí, ani se nijak reálně neovlivňují.

Právě toto poslední tvrzení je v rozporu s průkazem „reálnosti“, jak ho podává Popper (viz výše), protože kdyby se působení nehmotného světa neprojevovalo v hmotném, nemohli bychom nehmotný svět považovat za reálný. Už proto musíme být interakcionisty, abychom mohli s vlivem idejí počítat. Neubauer to nazývá u Poppera „umírněným platonismem“.<sup>4</sup> Aby však udrželi dualistickou představu a nedostali se do rozporu se zákonem zachování energie, popřeli paralelisté jakýkoli reálný vztah mezi psychickými a fyziologickými pochody. Zúženým chápáním kauzality se dostávají paralelisté k paradoxnímu tvrzení, že duše bez těla není možná, avšak zároveň s ním vůbec nesouvisí, ačkoli existuje.

Popper naproti tomu prokazuje, že existuje nehmotný reálný svět, ovlivňující svět hmotný. Za tím účelem se vrací i k vývojové teorii, s níž se musí nějak vypořádat.

Přírodní selekce je obvykle vykládána jako výsledek interakce mezi slepou náhodou (mutace) a silami zevně, na něž nemá živočich vliv. Cíle a žádosti organismu se zpravidla nepočítají. Teorie Lamarcka či Butlera či Bergsona, počítající s preferencemi a cíli, jsou v rozporu s darwinismem, jak byl donedávna prezentován, poněvadž přinášejí možnost dědičnosti získaných vlastností. To napravují Baldwin a Morgan tzv. teorií organické evoluce (Alister Hardy, *The Living Stream*<sup>5</sup>)<sup>6</sup>: Každý živočich, zejména vyšší, má různý repertoár chování ve své výbavě. Přijetím nové formy chování může živočich změnit své okolí. Genuinní volbou (např. nového pokrmu) může změnit ekologické milieu a vystavit sebe a své potomky novým selekčním tlakům. Tak živočich svými tužbami, cíli a volbami ovlivňuje výsledek přírodní selekce.

Klasický je příklad s žirafou, které se podle Lamarcka krk natáhl věčným usilováním o potravu, která byla příliš vysoko. Podle moderních darwinistů byla primární záliba žirafy v takové potravě, která vytvořila nový selekční tlak, jenž zvýhodňoval zvířata s delším krkem. Často lze těžko rozhodnout, zda je primární anatomická změna nebo změna chování (např. změna v jídle a změna zažívacího traktu). Popper považuje tuto otázku na rozdíl od Darwina za velice důležitou. Chce totiž ukázat, jak nehmotné (psychické) může působit na utváření hmotného světa. Proti výše zmíněným koncepcím nabízí Popper (a s ním i Eccles a další) koncepci tří světů. Tzv. Svět 1 je běžný materiální svět kolem nás, svět budov, mostů, letadel, planet a atomů. Je předmětem fyzikálního bádání a platí v něm také fyzikální zákony apod. Svět 2 je světem psychických prožitků a stavů včetně vědomí, psychologických dispozic (chtění), apod. Svět 3 je reálný nehmotný svět. Patří do něho obsah myšlení, výplody lidského ducha, zejména vědecké otázky, problémy, argumenty. Tento svět je produktem lidského myšlení. Je reálný proto, že působí na to, co obecně považujeme za realitu (tedy na Svět 1). Existuje nezávisle na našem vědomí, ale pouze prostřednictvím něj se může zhmotnit (embody). K takovému střetu, zhmotnění dochází ve vědecké práci, v uměleckých dílech (socha je svět 1, ale její idea je svět 3), apod. Jako příklad Popper uvádí, že problém řídnutí výskytu prvočísel (nehmotný, patřící do světa 3), je reálný i bez člověka, asi jako je reálný Mount Everest, i kdyby ho nikdy nikdo neviděl a neslezl. Řešení problému (logické úvahy, hledání, počítání) patří již do světa 2, popř. 1, a je vázáno na toho, kdo to dělá. Svět 2 a 3 spolu mohou přijít do styku pouze skrze svět 1 (fyzikální, chemické, fyziologické pochody), což je jakýsi computer (mozek, stroj). Při své loňské přednášce na 3. lékařské fakultě UK Sir John Eccles vysvětloval, jak si na mikrourovni představuje střet nehmotného ducha s biologickými pochody v neuronech. Jde podle něho o probabilistický proces, který bychom si mohli představit jako jakési rozhodování, zda k uvolnění určitého kvanta molekul neurotransmiterů ze synaptických granulí dojde nebo nedojde. Když jsme tehdy po semináři vyšli od Havlů na nábřeží, byli jsme, jako vždy, ke své budoucnosti zcela naivní. Popper, Einstein, Schrödinger, Eccles a Huxley se sice mezi sebou znali a psali si, pro nás však neexistovali. Byli z jiného světa, jež nebylo myslitelné promítnout do budoucnosti našeho kousku Evropy konce 20. století. Byli to pro nás klasici, zrovna tak jako Madam Curie nebo Claude Debussy. Nedlouho po onom semináři dostala se mi do rukou Popperova intelektuální autobiografie, příznačně nazvaná *Unended Quest*, Tázání bez konce.<sup>37</sup> Slovo Quest má však v angličtině ještě jeden, speciální význam: znamená výpravu Artušových rytířů za svatým Grálem - mystickou nádobou, v níž je uchována krev Kristova - kvintesence Vtělené Pravdy.<sup>40</sup> Otevřel jsem ji a vrátil se zpět hluboko do dětství: Malý Karl Popper tehdy četl o podivuhodném putování Nilse Holgerssona Švédskem. Jeho, slovnatého muže, světoobčana narozeného ve Vídni a pasovaného na rytíře anglickou královnou (r. 1965), nesla do života táž moudrá husa, Akka z Kebnekajsy, co vždy zpozorněla, šlo-li o člověčinu. Nemohl jsem se od jeho autobiografie odtrhnout. Jak blízky mi byl jeho výrok, že člověk by se nikdy neměl snažit být přesnější,

než než ta která problémová situace vyžaduje. Kritizoval filosofy pro to jejich neustálé úsilí o přesné definice pojmů. Záleží na hypotézách, ne na pojmech, říkal. Vztah mezi pojmem a hypotézou je asi takový jako vztah mezi písmenem a slovem: stejně při překlepu víte, o co jde, na písmenku nezáleží. Vždy je nežádoucí usilovat o zvýšení přesnosti jen pro ni samu - obzvláště jazykové přesnosti - poněvadž to vede ke ztrátě jasnosti. Uváděl příklad nepřeložitelné slovní hříčky, kterým babička trápívala malého Bertranda Russela: „What is mind?“ „No matter!“ „What is matter?“ „Never mind!“ Lépe je ptát se „What does mind?“, neboť to lze testovat. Omlouval jsem se v duchu za všechny učitele, kteří trápí své žáčky školáčky dotazy „Co je...?“ a trestají je za odpovědi typu „Definice je, když...“.

Shledal jsem, že Poppera také v sedmnácti letech trápil problém, co je vlastně věda. Snažil se najít demarkační čáru mezi vědou a pseudovědou, mezi dogmatickým myšlením a myšlením kritickým. Shlédl se v Einsteinovi, který na přednášce ve Vídni v květnu 1919 prohlásil, že by jeho teorii bylo nutno opustit, kdyby se pozorováním nezjistil rudý posuv vlivem gravitace. To byla Popperova hvězdná hodina: věda staví v podstatě testovatelné hypotézy. Testovatelné znamená v jeho terminologii falzifikovatelné, vyvratitelné. Např. jestliže někdo řekne, že všechny labuť jsou bílé, a já mu přinesu ukázat černou labuť, má dvě možnosti. Buď své původní tvrzení opraví - pak postupuje vědecky - anebo prohlásí, že to černé není labuť. Tomu Popper říká imunizace hypotézy. Ten, kdo svou hypotézu imunizuje proti jakémukoli vyvrácení, má „pravdu“ i nadále. Popper uvádí jako příklad ryzí vědeckosti právě Alberta Einsteina, který si předem vyvratitelnost svých hypotéz otevřel, umožnil. Vědec je podle Poppera tedy ten, kdo umí definovat okolnosti, za kterých jeho hypotéza neplatí. Naproti tomu jako příklad pseudovědy Popper uvádí např. psychoanalýzu. Říká: Jestliže přijdete k psychoanalytikovi, on Vás léčí a je Vám potom lépe, tak řekne: „Vidíte, jak to působí, už je Vám dneska dobře, to to funguje.“ Jestliže je Vám naopak čím dál hůř a už nechcete pokračovat, tak řekne „Vidíte, teď jste v předpokládané fázi odporu, a to je důkaz, že všechno funguje, jak má.“ Takto se také imunizoval jako „věda“ marxismus, když zůstal zcela neotřesen poté, co historie vyvracela jeden jeho postulát za druhým.

K tomu ještě malá douška: Popper rozeznává imunizaci čestnou a nečestnou. Čestná imunizace brání teorii předpoklady, které samy o sobě jsou vyvratitelné. Když např. newtonovští fyzici tvrdili, že za Uranem musí být ještě nějaká další planeta, protože si jinak nedovedou vysvětlit odchylku jeho dráhy oproti výpočtu, imunizovali tím svou teorii pohybu kosmických těles. Tato imunizace byla ovšem sama v podstatě vyvratitelná. Po zdokonalení pozorovacích metod se skutečně zjistilo, že měli pravdu. Jejich imunizace tak přispěla k hledání a posléze objevení Neptuna. Naproti tomu nečestná imunizace znemožňuje jakkoli tu kterou hypotézu vyvrátit. Z hlediska vědy je nevědecké to, co není vyvratitelné.

Popper reformoval Humův problém indukce: podle Poppera indukce neexistuje. Obecné teorie nemohou býti odvozeny z jednotlivin, avšak mohou být jednotlivinami zamítnuty, poněvadž se mohou dostat do rozporu s popisem pozorovatelných faktů.

Vždy je nejprve myšlenka, pak údaj: ten ji buď vyvrátí nebo ne. Nikdy tomu není obráceně. Věda tedy postupuje vždy deduktivně.

Popper kouzelným způsobem upozorňuje na plodnou dialektiku dogmatického a kritického myšlení. Jakoby druhé se nemohlo rozvinout bez prvního. Je tomu jak v ontogenezi, kdy dítě prodělává svou fyziologickou periodu dogmatického a obsedantního myšlení, aby byla později vystřídána adolescentním ostrým criticismem, tak v dějinách. Popper vyslovil velice půvabnou, byť třeba ne zcela pravdivou hypotézu, jak vznikla soudobá evropská hudba. Říká zhruba toto: Církev přivedla lidi do kostelů, lidé byli nuceni tam při mši zpívat unisono gregoriánský chorál a dostali se do situací, že ne každý se svým hlasem dokázal jít unisono s těmi ostatními. I musel se občas zlomit níž k nějaké nejbližší alternativní konsonantě, a vznikla nota proti notě, punktum kontra punktum, a tedy vlastně kontrapunkt. V něm spatřuje Popper zárodek polyfonie bachovské, a nakonec později i romantické hudby. Je to ukázka toho, jak si představuji, že svobodná tvorba teprve spoutávána formou, se prodere k výšinám, a že ono spoutání formou je teprve paradoxně tím pravým impulsem k velkým dílům. Proto nemohla vzniknout Bachova hudba v Africe, nemohla vzniknout v Latinské Americe, nemohla vzniknout v Austrálii, protože tamní umělci byli příliš nespoutaní, příliš svobodní, neboť nebylo dogmatu, které by je svazovalo, anebo to bylo dogma jiné. Takto aplikováno, církevní dogma zkultivovalo evropskou hudbu do podoby Bachů, Beethovenů a Mendelssohnů.

Je zde tedy cosi, co zdánlivě postupuje proti kreativitě, proti tvořivosti, ale tento souboj je průmětem přílišného zjednodušení. Ve skutečnosti jde o souhru. Bez formy není hodnotného obsahu, cosi se musí stát, nějaká překážka musí přijít, musíme na sebe vzít nějaký handicap, abychom byli schopni velkého díla. Všimněme si také, že dějiny umění se nehemží těmi, kdo měli snadné živobytí. Odpor na nás kladený vyvolá tvořivé úsilí k proražení cesty.

*The Economist* v úvodním článku své přílohy z 16. února 1991 píše: „Obecně vzato, vědci pohlížejí na filosofy jako na obtížný hmyz. Trpce si stěžují na svěrací kazajku, do níž je uvěznil Sir Karl Popper. Kdykoli píší žádost o grant, musejí ji formulovat popperovsky: definovat jasnou hypotézu a způsob jejího testování. Pro většinu z nich je však smyslem žádosti o grant získat peníze na to, aby něco objevili, a ne aby ověřovali existující hypotézu. Jsou to badatelé, a ne patentovní úředníci.“ Zde jsme u jádra věci. Vědec vynávající popperismus si musí být vědom toho, že nežije podle svých zásad a ideálů. Zde stojí Popper proti T. S. Kuhnovi,<sup>7</sup> který pojem pravdy explicitně odmítá; jediným cílem poznání je podle něho prosadit se a přetrvat - a to za každou cenu. Kuhnovo pojetí se na první pohled více blíží faktickému stavu věcí.<sup>4</sup> Ve všech dobách měli in concreto pravdu páni Bonacieux a Sancho Panza. Dějiny však daly za pravdu nakonec Quijotům, Cyranům a d'Artaganům. Také věda vděčí za svou existenci, smysl a prestiž nikoli své prozaické každodennosti, nýbrž svému zcela neskutečnému a neuskutečnitelnému ideálu: rytířství pravdy. Vědec sice netráví celé dny falzifikací hypotéz, jak by podle Poppera měl. Přesto se v jednom liší

od, řekněme, politika či kněze: je připraven, alespoň teoreticky, změnit svůj názor, změní-li se fakta. Přímou si lebedí v nevědomosti, neboť to je surovina, s níž pracuje. Tento ideál po způsobu dávných trubadúrů Karl Popper geniálně vyhmátl a stal se jeho hlasatelem. Jeho intelektuální autobiografie je toho dokladem. Kdo vlastně je jejím autorem?

Sir Karl Raimund Popper, C.H., K.T., M.A., Ph.D., D.LITT., F.R.S., F.B.A. je nejvýznamnějším žijícím filosofem vědy (epistemologem). Narodil se 28. července 1902 ve Vídni jako syn Dr. Simona Siegmunda Carla Poppera a Jenny roz. Schiffové. Pracoval krátce jako kopáč, pokoušel se také o umělecké truhlářství. Tato práce však troskotala na rozbujelém vnitřním intelektuálním životě, který jej rozptyloval. Oženil se s Josefinou Annou Henningerovou (1930). Vystudoval matematiku, fyziku a psychologii na Vídeňské universitě. Pracoval pak nejprve jako učitel na základní škole a později jako starší asistent filosofie na Canterbury University College v Christchurch na Novém Zélandě (1937-1945). V letech 1945-1966 byl vedoucím katedry filosofie, logiky a vědecké metodologie na London School of Economics. Zde byl také jedním z jeho slavných žáků George Soros, mj. mecenáš Central European University v Praze. Karl Popper přednášel na Harvardské universitě (1950) a působil ve Stanford Center for Advanced Study v oblasti behaviorálních věd (1956-1957). Proslovil výroční přednášku o filosofii v Britské akademii, přednášel na Londýnské universitě, na Oxfordské universitě (1961), aj. Jako visiting professor přednášel na universitách v Kalifornii a v Minnesotě (1961), v Indianě (1963), v Denveru (1966), Emory (1969), Princetonu (1963), Washingtonu (1965), na Salk Institute for Biological Studies (1966-1967) aj. Byl členem výboru Společnosti pro symbolickou logiku (1951-1955), Mezinárodní akademie pro filosofii a vědu (od r. 1948), Britské akademie (od r. 1958), čestným členem Americké akademie umění a věd (od r. 1966), čestným členem Harvardské kapitoly Phi Beta Kappa (od r. 1964), prezidentem Aristotelovské společnosti (1958-1959), Britské společnosti pro filosofii a vědu (1959-1961), zahraničním členem Národní akademie věd ve Washingtonu (od r. 1986), členem Královské společnosti aj. Mezi oblasti jeho zájmů patří také hudba.

V prvním zásadním díle, *Logik der Forschung*, které vydal ještě v kontaktu s Vídeňským kroužkem (Wiener Kreis) logických pozitivistů, odmítá Popper jejich induktivní empirismus a vývojový historicismus. Později vydává *The Open Society and Its Enemies*, *The Poverty of Historicism*, *On the Sources on Knowledge and of Ignorance*, *Quantum Mechanics without the Observer*, spolu s Ecclesem *The Self and Its Brain*, intelektuální autobiografii *Unended Quest* a mnoho dalších. Měl osobní kontakty s Albertem Einsteinem, Erwinem Schrödingerem a s dalšími představiteli vědy.

Vzhledem k tomu, že Popper, ač jako mladík socialista, byl nakonec kritikem marxismu a patřil mezi zapovězené filosofy, má vůči němu Karlova universita dluh. Sir Karl Popper se v letošním roce dožívá 92 let. S ohledem na mimořádné dílo v oblasti metodologie a filosofie vědy, které zasáhlo mimo jiné významně i medicínu, konkrétně problém těla a mysli, jak byl formulován v díle *The Self and Its Brain*, navrhuje

3.lékařská fakulta Siru Karlu Popperovi udělení čestného doktorátu Karlovy univerzity, zdůrazňujíc mimořádný kulturní, filosofický, vědecký, duchovní i politický přínos Sira Poppera pro světové společenství. Sir Karl Popper ztělesňuje to nejlepší, čím region střední Evropy přispěl k duchovním dějinám 20.století. Pro Universitu Karlovu je ctí, že Sir Karl Popper přijal naše pozvání, postoupil náročnou cestu a dopřál nám tak prožít v radosti, s velkým vděkem a v upřímném obdivu tuto chvíli, která se nezapomenutelně navždy zapíše do dějin českého vysokého školství. Je to chvíle právě tak neskutečná, jako návrat Nilse Holgerssona zpět do tohoto světa, jako vítězství Dona Quijota, jako pád komunismu, jako prezidentství vězně a pomocného dělníka Václava Havla. Je to spravedlivá chvíle.

*Poznámky:*

<sup>[1]</sup>Lagerlöfová, C.: *Podivuhodná cesta Nilse Holgerssona Švédskem*. Čes. překl. D. Pallasová, SNDK, Praha, 1. vyd. 1957, 2. vyd. 1967.

<sup>[2]</sup>Neubauer, Z.: *Do světa na zkušenou čili O cestách tam a zase zpátky*. Doporučená četba, Praha 1990.

<sup>[3]</sup>Popper, K. R., Eccles, J. C.: *The Self and Its Brain*, ed. Roche, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, London, N.Y. 1978 (*La Roche*, licenced edition).

<sup>[4]</sup>Neubauer, Z.: *Popperovské medailonky*. *Vesmír*, 72, 1993, 2: 105-108.

<sup>[5]</sup>Hardy, A.: *The Living Stream*, Collins, London, 1965.

<sup>[6]</sup>Huxley, J.: *Evolution. The Modern Synthesis*, Allen Unvinn, London, 1942.

<sup>[7]</sup>Kuhn, T. S.: *The Structure of Scientific Revolution*. University of Chicago Press, 1962

<sup>[8]</sup>Popper, K.: *Unended Quest. An intellectual autobiography*. Fontana/Collins. 5. vyd., Glasgow 1980.

## Prague lecture Sir Karl R. Popper, Carolinum, May 25, 1994

Mr. Rector, Mr. Dean, Ladies and Gentlemen.

To the 3rd Faculty of Medicine of the Charles University and its Dean, Professor Höschl, and all of you who have come here today, I wish to express my deeply felt thanks for the great honour which you are conferring on me.

To be in Prague again, after 60 years (and those were difficult years for everybody) this is a great experience. I visited Prague from Vienna in 1912 and 1913, before the First World War, and also several times during the war. And it was at the latest in 1934 that I decided that Prague was the most beautiful city in Central Europe. This has not changed. But everything else has.

60 years ago, there lived in the Hradčany Tomáš Garrigue Masaryk, the great founder of the Republic of Czechoslovakia, and its Liberator President. I deeply admire Masaryk. He was one of the most important pioneers of what I have called, one or two years after Masaryk's death, the Open Society. He was a pioneer of an open society, both in theory and in practice; indeed, the greatest of its pioneers between Abraham Lincoln and Winston Churchill.

Of the successor states of the Austrian Empire, now defeated and impoverished, Masaryk's creation, the Czechoslovak Republic, was the only successful one. It was a financial, an industrial, a political, an educational and a cultural success; and it was well defended.

Never was a new state - after all, the result of a revolution - so peaceful and so successful, and so much the creative achievement of one man. And all this was not due to the absence of great difficulties; it was the result of Masaryk's philosophy, his wisdom and his personality in which personal courage, and truthfulness, and openness, played so conspicuous a role. He described his own philosophy as a critical realism. This is indeed what it was. But humanism, or humanitarianism, also played a dominant role.

Masaryk's extraordinary life has, I expect, been closely studied by historians. Nevertheless, I have come to Prague in the possession of two stories, or anecdotes, that are, very probably, quite unknown to all his biographers. Both stories may, I believe, still be testable, at least partly, by someone interested in researching the documents that may still be extant.

The first is the story of the strange circumstances under which I first heard Masaryk's name mentioned, in the winter of 1915-16, during the First World War, when I was 13 years old.

My father was a lawyer in Vienna, and a family by the name of Schmidt, with their three sons and a daughter, were close friends of our family. One son was a professional



army officer, another, Dr. Karl Schmidt, then in his late twenties, was a lawyer; and the third, Oscar, was a pupil in my class at school. Dr. Karl Schmidt frequently came to see us, and he often stayed for dinner. On one of these evenings, dressed in his war-time uniform of an officer of the Austrian Imperial Army, he told us that his present duty in the army was to investigate cases of high treason and prepare for the military court proceedings against the traitors. He told us of a most interesting case which he was then pursuing: the case of a Professor of Philosophy at the University of Vienna, Dr. Tomáš Masaryk, then 66 years old, currently in England or in the United States, one of the main leaders of the Czech and the Slovak Movement for National Independence and, most obviously, a man guilty of high treason. But, he continued in strictest confidence, a wonderful man. - Schmidt told us that he was reading Masaryk's book, especially a book about Russia's relations to Europe, which he found most impressive. Warming to his subject, Schmidt gave us a lecture on this incredible traitor, a man of the highest learning and culture, a leading philosopher, a teacher of ethics, a great liberal, and a man prepared to risk his life to achieve the freedom of what he regarded as his people. Schmidt later told us also of the Czech Army which Masaryk was organising with Czechs living abroad, in France, England, Russia and the United States, and also from Austrian Czech soldiers who had become prisoners of war in Russia.

This was an extraordinary experience, and it is vividly before me after 78 years. It could have happened, I now think, only in Austria. Imperial Austria was then at war and ruled by a law that applied to special conditions that made parliamentary control impossible. It was ruled by its prime minister, Count Stürgkh, who exerted dictatorial powers, under martial law. And yet, the liberal atmosphere of the pre-war period was still alive in Vienna. Here was a lawyer, at the same time an army officer, appointed to pursue treason - and he was, obviously, committing treason himself by telling us, ordinary civilians, in confidence, on each of his occasional visits, about the progress of his investigations, and about his admiration for a traitor! Yet he had, clearly, no fear at all. He knew he was safe: safe in spite of the dictatorship and the state of martial law. What a difference from the situation that started a year later in Russia and led to that horrible thing that we may now call „modern dictatorship“!

So this happened in 1916, in Vienna.

But locally in some of the provinces, in the regions of Austria in which the state authorities were facing irredentist nationalism, state terror ruled. The bureaucrats, the pocket dictators, were unaffected by the liberalism of the cities - and they were afraid. They ruled by secret terror, and even torture: and I learned it all from the same extraordinary source, from the recurring visits of Dr. Karl Schmidt.

Schmidt told us all about the movements of Masaryk, his hero against whom he was preparing a legal case that was bound to lead to Masaryk's execution, should victorious Imperial Austria ever get hold of him. But by 1916 it had become clear even to me that this would never happen: that the central powers had lost the war .. What I did

not know was that even members of the Government of Austria wished to give in, and that Austria continued with the war largely for fear of a German invasion.

This is the end of my first story.

Almost twenty years later, when Chancellor Schuschnigg was the dictator of Austria, I happened to hear again something very personal about Tomáš Masaryk. At the University of Vienna I had been a pupil of Professor Heinrich Gomperz, the Greek scholar, and we had become friends. After the murder of Chancellor Dollfuss by a troop of Austrian National Socialists, Schuschnigg had taken over, and had demanded from all persons employed by the state, or by local governments, including all teachers and professors, that they join an organization which he called the Patriotic Front, an organization that admitted as members only people who signed a declaration that they were opposed to the *Anschluss*, the unification of Austria and of Germany. Germany was then under Hitler's dictatorship. All university professors signed, (and especially those who were Nazis). There was only one exception: Professor Heinrich Gomperz whose family came from Germany and whose cultural background and Greek scholarship made him partial to a union with Germany where Greek scholars abounded. He himself was of Jewish descent and he was well aware of Hitler's terroristic ethnic theories - and his terroristic practices. But he had faith in the high civilization of Germany, and he looked upon Hitler as a political freak, certain to disappear soon. Gomperz, I think, found it below his dignity to take much account of Hitler. In most of this, Gomperz was sadly mistaken. However his failure to sign up with Schuschnigg's Patriotic Front led to the dismissal of Gomperz from his professorship with total loss of his income: and censorship prevented this from ever getting into the papers. Nobody heard of this dismissal. No rumour reached me, until one day he rang me and we met. Then he told me what had happened and that after his dismissal he had decided to emigrate to the United States. But he had not the money to pay for the costly journey. So he went to Prague, to ask his old colleague and friend Masaryk for a loan. Masaryk gave him the money from his own personal savings as a gift, rejecting a loan and explaining to Gomperz that he did not wish to use any kind of official funds for this purpose because the political element in it might make it look as a pro-German act, and even as pro-Hitler... And Gomperz told me how wonderful and moving his meeting with Masaryk had been.

Ladies and Gentlemen, I have always admired Masaryk as one of the two great statesmen and heroes of twentieth century Europe: I mean Masaryk and Churchill.

Masaryk's Czechoslovakia was, I do not doubt, the most open of all societies ever to develop in Europe. It lasted for only twenty years. But what difficult and what marvellous years! In the shortest time, this open society had built a solid economy and the most solid military defence system in Europe. Then Masaryk's Czechoslovakia was destroyed by the two older of the European open societies- by Britain and France, under the governments of the appeasers, who co-operated with Hitler in destroying Czechoslovakia. And we might speculate that, had Masaryk still been alive,

it is improbable that the appeasers could have helped Hitler in the Destruction of Czechoslovakia. Hitler was still bluffing, and Masaryk, I believe, would have called the bluff.

But there was from the beginning an unnecessary weakness built into the structure of the Czechoslovakian open society. I am alluding to the so-called *Principle of National Self-Determination*, a principle that had acquired an almost absolute moral authority in the West (and it has not lost this authority even now) - although just a very little thought should have told us all that this „*Principle*“ is totally inapplicable in Europe, where even islands like Great Britain, Ireland and Cyprus are each populated by several so-called nationalities with political leaders claiming National Self-Determination. And Masaryk's open society was unable to give these claims a deeply considered moral and political reply. It was only quite recently that your country came again under this pressure, and that it had no well thought out theoretical and moral defence. And so it had to split. What the consequences will be, nobody knows,

No doubt, a homogeneous population that speaks one language has a tremendous advantage for the purpose of industrial collaboration; but where do you find this in Europe? Europe just is not like this, except in very few countries where it has been brought about, by political and educational means, to suppress minorities or dialects. This hold especially for Germany and France. But even these two have now important minorities, and indeed all countries have. The exception left in Europe is Iceland (and, possibly, Malta).

I think that all lovers of peace and a civilized life should work to enlighten the world about the impracticability and inhumanity of that famous - or shall I say it notorious? - *Principle of National Self-Determination*, which now has degenerated into that ultimate horror, ethnic terrorism.

We must fight against such horrors. We must not fall prey to the cynical view that history is just violent and horrible, driven by the lust for gold and oil, for wealth and domination. This cynical interpretation of history is not true. European History begins with Solon's peaceful revolution that reformed the Constitution of Athens. By it, he freed those slaves that had been free citizens but had lost their freedom to their creditors whom they were unable to pay. Solon's revolution prevented this from ever occurring in Athens again. It was a long way from there to America and to Abraham Lincoln who fell as the last of the 600,000 white soldiers in a most terrible war that succeeded in freeing the negro slaves in the southern Confederate states.

These are not just two exceptions that happened in an otherwise endless history of greed and violence. Rather, these are some of the important successes - admittedly not very frequent successes - among the many defeats and set-backs we have suffered, often through our own mistakes, in our ceaseless struggle for freedom and justice.

And now, when we are again suffering some of these set-backs, we must think of our very latest success: South Africa. And we must keep fresh before our memory such incredible achievements of the spirit of freedom, openness and humanity, as that

of Churchill's seemingly hopeless resistance to Hitler, after the fall of France, and of Masaryk bringing back his valiant soldiers, an army of 60,000 men, through Siberia and Vladivostok, and across the Pacific Ocean and the American continent in order to found a great republic, an open society, strong enough to rise again after many a violent death.

## Dokumenty

1994-09-14 16:46 HELICONORES LTD.

081 667 9451 P.01

**HELICONORES LIMITED**Lennig House, Masons Avenue,  
Croydon CR0 9XS

Telephone: 081-667 9495 Fax: 081-667 9451

To: Professor Cyril Höschl  
The Medical Faculty  
Charles University

Date: 14 Sept 94

No of Pages: 1

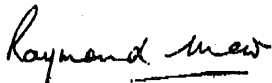
If message not clearly received, please telephone 081 667 9495

---

Dear Professor Höschl,

I am passing on a message which Sir Karl Popper has asked me to send you. He is seriously ill in hospital, following an operation last Wednesday during which a cancer was found in his abdomen. He wishes me to send you his affectionate greetings and his special thanks for your personal care and attention during his stay in Prague. In those few days he grew very fond of you.

With my kindest regards,



RAYMOND MEW

Sir Karl Popper, CH, FRS, FBA

136 Welcomes Road,  
Kenley, Surrey  
CR8 5HH

Professor Cyril Höschl, M.D.,  
Dean, 3rd School of Medicine,  
Charles University of Prague.

3rd of June, 1994

My dear Cyril -  
- please call me Karl - you have given us,  
and of course especially me, a wonderful  
and exhilarating time in Prague, and I  
cannot thank you enough for it. Certainly,  
it was very exhausting, as you say;  
but I also enjoyed the effort, as everything  
else.

Indeed, Prague was a great adventure,  
a great experience. And we owe it all to  
you. Including the meeting with your President,  
- for which I never would have asked - which I  
found most interesting and most encouraging:  
a very good and charming and a very respon-  
sible personality. And a successor of Masaryk.

I am deeply indebted to you. And I  
hope to see you here soon.

Yours sincerely

Karl.

# V NAKLADATELSTVÍ ježek PRÁVĚ VYCHÁZÍ:



**Franz Rosenzweig:  
NOVÉ MYŠLENÍ**

**Několik dodatečných poznámek ke „Hvězdě vykoupení“ (1925)**

„Každý by měl někdy filosofovat. Každý by se měl někdy rozhlížet kolem z toho místa, kde stojí a žije. Ale toto nahlížení není samoučelem. Kniha není žádný dosažený cíl, ani předběžný. Musí se sama zodpovídat (ne že by se sama nesla nebo byla nesena sobě podobnými). Toto zodpovědní se děje na všedním životě. Jen abychom ho poznali a mohli jej žít jako všední den, museli jsme projít celý den života veškerenstva.“

„Následující stránky jsou odpověď na odezvu, kterou vzbudila kniha „Hvězda vykoupení“ během čtyř let od jejího vyjití.“

„Je to pouze systém filosofie.“

Ovšem takové filosofie, která odbornému i laickému čtenáři, ostatně i sama sobě, dává plné právo, aby se nelíbila. Totiž takové filosofie, která nechce přivodit jen nějaký „kopernikovský obrat“ myšlení (po němž ten, kdo ho prodělal, sice vidí všechny věci vzhůru nohama, ale stále jsou to jen ty stejné věci, jaké viděl už předtím), nýbrž jeho - totiž myšlení - úplnou obnovu.“

(z textu)

## **Filosofie Franze Rosenzweiga**

Franz Rosenzweig se řadí k filosofům, kteří zhruba od dvacátých let tohoto století zakládají tzv. dialogické myšlení - filosofii dialogu (Hermann Cohen, Ferdinand Ebner, Martin Buber, Emmanuel Lévinas). Tato filosofie rozvíjí motivy, které se ve filosofii objevovaly u různých myslitelů již dříve,

nikdy však nebyly důsledně vypracovány. Jde zejména o problém „druhého“ v souvislosti s ustavováním Já, o problém nepřevoditelného: o neredukovatelnou jinakost a nekonečnost, o filosofii ve vztahu a ze vztahu.

Rosenzweigova stěžejní práce „Hvězda vykoupení“ (*Der Stern der Erlösung*, 1921) je inspirována cen-trálními biblickými motivy (otázka „Kdo jsi, Adame?“ je pro Rosenzweiga klíčovou otázkou, která z lidského Já činí Ty, oslovené Bohem, a tímto povoláním jménem uvádí Já do vztahu) a předznamenává např. základní polohu myšlení Lévinasova. Dosavadní filosofie podle Rosenzweiga neoprávněně převáděla to, co se jeví, na Celek, jež se nejvíce a v němž zanikají všechny difference a individuální tvary. Rosenzweigovi jde naopak o vzájemnou nepřevoditelnost světa, člověka a Boha, jejichž navzájem diferencované bytí leží v základech veškeré zkušenosti jako poslední, předem nemyslitelná skutečnost a takto je třeba ji položit za základ i jakékoli ontologické konstrukce. Myslivci individuum tedy nemůže samo sebe překonat žádnou myšlenou totalitou. Po filosofii identity musí přijít nová filosofie, filosofie difference. Možnost zakusit „všechno ve všem“ nastává podle Rosenzweiga až ve Věčnosti, jejímž symbolem je mu židovská Davidova hvězda, vytvořená dvěma trojúhelníky: Bůh, svět, člověk - stvoření, zjevení, vykoupení.

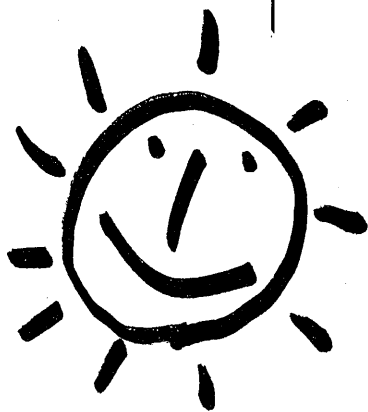
Po čtyřech letech od vydání „Hvězdy vykoupení“ vydal Rosenzweig samostatný komentář své filosofie pod názvem „Nové myšlení“.

(podle výkladu Jolany Polákové v knize „Filosofie dialogu“, *Filosofický ústav AV ČR, Praha 1993*)

Knihu je možno objednat na adrese: Nakladatelství ježek, Štemberkova 890, Rychnov nad Kněžnou, PSČ 516 01 nebo zakoupit v knihkupectví FIŠER, Kaprova 10, Praha 1.

Šťastný  
nový rok  
1995

přeje  
redakce





**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UK V PRAZE  
RUSKÁ 87, 100 00 PRAHA 10 - KRÁLOVSKÉ VINOHRADY**

