

**vita
nos
-tra**

1 - 2 / 95
časopis
3. lékařské
fakulty
university
karlovy
praha

e v u e

VITA NOSTRA REVUE 1 - 2 / 95
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, Jiří Šimek,
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.

PROMLUVY

JEŠTĚ K ODKAZU K.R.POPPERA

Projev prezidenta republiky Václava Havla

Victoria University of Wellington, Nový Zéland 31. března 1995

Londýnské intermezzo

Cyril Höschl

FAKULTA

Naše fakulta ve zpětném zrcadle

(Studium na 3. LF UK především očima studentů)

Jiří Ježek

Ohlédnutí za 2. vědeckou konferencí 3. LF UK

Vlastimil Slouka

Akademický senát 3.LF UK pro funkční období od 1.12.1994

AKTUÁLNÍ OTÁZKY

Současné problémy zdravotnictví z pohledu učitele lékařské etiky

Jiří Šimek

Postavení učitelů klinické medicíny

Michal Anděl

Zrcadlo nastavené vědě, výzkumu a vysokým školám

Zpracováno podle zprávy dr. Petra Jakeše pro Lidové noviny

Jak sepsat grantovou přihlášku tak, aby nebyla přijata

Michal Anděl

Evaluace - soubor dokumentů k ožehavému problému

ZE ZAHRANIČÍ

Prix Femmes d'Europe - Cena „Žena Evropy“

Radana Königová

Cestovní zpráva z pobytu ve Spojených státech

Jiří Horák

Výuka na universitách na americkém kontinentě

Stanislav Reiniš

SESTŘIČKY

Proč v pražských nemocnicích chybí sestry?

Milica Sklenčková

Poznatky ze stáže na popáleninovém pracovišti v Aachen

Jitka Gojdová

STUDENTI

AKTUÁLNÍ TÉMA

Studentské stanovisko k „listu děkana“

Martin Dzivjak

SEMINÁRNÍ PRÁCE Z ETIKY

Vztah lékař a pacient z pohledu studenta Husitské Fakulty teologické

Helena Haškovcová

Vztah lékař - pacient, či spíše člověk - člověk. Několik myšlenek a otázek.

Jiří Laudát

SEMINÁRNÍ PRÁCE Z KURSU „KLINICKÁ FYZIOLOGIE JATER“

Játra jako součást imunitního systému

Lenka Jordánová, Peter Žigo

Játra a alkohol

Barbora Houšková, Michal Otáhal

GABA-A/benzodiazepinový receptorový komplex v patogenezi jaterní encefalopatie

Romana Hájková, Lucie Nazarčíková

PRÁCE ZE STUDENTSKÉ VĚDECKÉ KONFERENCE

Amiodaron v terapii hypertrofickéj kardiomyopatie

Peter Kurray

TEXTY

Pacman (sci-fi povídka)

Robert Řeřicha

PROMLUVY

Ještě k odkazu K.R.Poppera

Projev prezidenta republiky Václava Havla

Victoria University of Wellington, Nový Zéland 31. března 1995

Vaše Magnificence, dámy a pánové, vážení přítomní,

před časem mne v Praze navštívil starý moudrý muž, jemuž jsem s obdivem naslouchal. Krátce nato přišla zpráva, že tento muž zemřel. Jmenoval se Karl Raimund Popper, byl to světoběžník, který sledoval největší válku lidstva, rozpoutanou kmenovým běsněním nacistické ideologie, zde, na Novém Zélandě. Zamýšlel se tu o stavu světa a psal tu své nejdůležitější knihy. Ovlivněn nepochybně harmonickým soužitím lidí různých kultur na těchto ostrovech, kladl si otázku, proč se idea otevřené společnosti tak těžce prosazuje proti novým a novým vlnám tribalismu, a zkoumal duchovní zázemí a způsoby myšlení všech nepřátel otevřené společnosti.

Dovolte mi, abych využil této slavnostní příležitosti k několika poznámkám na okraj Popperových myšlenek a vzdal tím hold tomuto nedávno zesnulému mysliteli.

Jedním z objektů hluboké a bohatě doložené Popperovy kritiky bylo něco, co nazýval holistickým sociálním inženýrstvím. Mínil tím snahu člověka úplně a globálně změnit svět k lepšímu podle nějaké apriorní ideologie, založené na iluzi, že pochopila všechny zákonitosti historického vývoje a na pozadí této své znalosti je schopna celkově, tedy komplexně, tedy holisticky popsat stav, který bude jakýmsi vyvrcholením a naplněním těchto zákonitostí. Doložil názorně, že tento způsob myšlení a lidského konání nemůže vést k ničemu jinému než k totalitnímu systému.

Přijíždím ze země, která žila několik desetiletí pod komunistickým režimem, a mohu tedy z vlastní zkušenosti potvrdit, že profesor Popper měl pravdu. Na začátku byla marxistická údajně vědecká teorie historických zákonitostí, z ní postupně vzešla komunistická utopie ráje na zemi a ta posléze vedla ke gulagům, nekonečnému utrpení mnoha národů, nekonečnému znásilňování lidské bytosti. Vše, co se jakkoli vymykalo té verzi světa, kterou komunismus nabízel, a co tedy tuto verzi problematizovalo a usvědčovalo z omylu, bylo nemilosrdně potíráno. Život sám ve své nezbadatelné a tajemné pestrosti a nevypočitatelnosti se pochopitelně nikdy nemohl vtěsnat do obhroublé marxistické klece a strážcům této klece nezbyvalo než vše, co se do ní nevměstnalo, potlačovat a ničit. Myšlenka tak nakonec musela vyhlásit válku samotnému životu a jeho nejvlastnější podstatě. Mohl bych jmenovat tisíce konkrétních příkladů, které ilustrují, jak jménem abstraktní teoretické vize

lepšího světa byly ničeny všechny přirozené projevy života. Nejde jen o to, čemu se říká porušování lidských práv. Jde o celkovou morální, politickou i hospodářskou devastaci společnosti.

Jako alternativu tohoto holistického inženýrství popisuje Popper nutnost inženýrství postupného, které se snaží - na základě neustálého kontaktu s životem a neustále získávaných zkušeností - zlepšovat postupně jednotlivé instituce či mechanismy či techniky lidského soužití a měnit je v duchu toho, co se vždy znovu ukazuje jako dobré, praktické, žádoucí, smysluplné, aniž by taková práce pyšně předpokládala, že její organizátoři pochopili kompletně svět, a kompletně tudíž vědí, jak ho změnit k lepšímu.

V mé zemi - jako víceméně pochopitelná reakce na tragickou zkušenost s komunismem - se objevuje občas názor, že člověk nemá pokud možno svět měnit a zlepšovat vůbec, nemá vymýšlet nějaké dlouhodobé koncepce, strategické plány, či dokonce vize, protože to všechno patří do zbrojnice holistického sociálního inženýrství. Je to samozřejmě hluboký omyl, který má paradoxně mnoho společného s oním fatalismem, který popisuje Popper u těch, kdož si myslí, že pochopili zákony historie a že jim slouží. V tomto případě má onen fatalismus podobu zvláštní představy, že společnost je jen jakýsi stroj, který stačí správně nastavit a který pak už jede sám, automaticky a donekonečna.

Jsem odpůrcem holistického sociálního inženýrství. Ale nevytlčím s vaničkou i dítě a nemyslím si vůbec, že by lidé neměli neustále hledat způsoby, jak zlepšovat svět svého soužití, byť by ho zlepšovali vždy jen částečně, jen v dílčích oblastech, vždy vyčkávající, jak se provedená změna osvědčí, a vždy připraveni znovu něco opravit, ukáže-li život, že to nebylo dobré.

Toto své přesvědčení jsem nedávno vyslovil před jedním svým přítelem, filosofem, a on se trochu zarazil a začal mne přesvědčovat o tom, co já vůbec nepopírám: totiž že svět je svou podstatou holistický, že všechno v něm souvisí se vším, že cokoli uděláme kdekoli, má nekonečný - byť námi nedohlednutelný - okruh důsledků všude, že o dokonce potvrzuje i současná postmoderní věda.

Můj přítel mne touto poznámkou donutil doplnit to, co jsem řekl, a možná i to, co napsal Popper, následujícím dodatkem: ano, společnost, svět, vesmír, samo bytí je skutečně jediným hluboce tajemným úkazem, vnitřně provázaným miliardami tajemných souvislostí. Něco jiného však je na jedné straně toto o světě vědět a pokorně to brát na vědomí a na straně druhé se pyšně domnívat, že člověk či lidský duch nebo rozum jsou schopni svět v této jeho celistvosti uchopit, popsat a z tohoto popisu odvodit vizi jeho lepšího stavu. Něco jiného je o provázanosti všech jevů vědět a něco jiného je domnívat se, že jsme ji poznali.

Čili: myslím si spolu s Popperem, že politici, vědci, podnikatelé a vůbec občané by neměli propadat namyšlené představě, že jsou schopni svět uchopit jako celek a jako celek ho najednou změnit, ale že by ho měli zlepšovat velmi opatrně, citlivě a po částech, vždy s živým ohledem na to, co ta která změna přináší. Zároveň se ale

domnívám - a v tom se možná od Popperova názoru trochu odchyluji - že by při této práci měli lidé mít trvale na paměti všechny jim dosud známé globální souvislosti jevů, jakož i existenci nekonečně většího okruhu souvislostí, které jim známy nejsou. Můj nedlouhý pobyt v takzvané vysoké politice mne dokonce o nutnosti takového přístupu téměř dnes a denně přesvědčuje: vždyť většině hrozeb, které se nad dnešním světem vznášejí, a značné části problémů, s nimiž zápasí, bychom mohli čelit nepoměrně účinněji, kdybychom byli schopni vidět aspoň trošku dál, než jen na špičku vlastního nosu a kdybychom dokázali aspoň trochu přihlížet k souvislostem, které překračují horizont našich okamžitých či skupinových zájmů. Toto vědomí širších souvislostí nesmí mít samozřejmě nikdy podobu utopicky pyšného přesvědčení, že jsme jedinými majiteli celé pravdy o těchto souvislostech, ale musí naopak vyrůstat z hluboce pokorné úcty k nim a k jejich tajemnému řádu.

V mé zemi se dnes vedou diskuse o významu či nebezpečnosti intelektuálů, o jejich závislosti či nezávislosti, o tom, do jaké míry a jak by se měli politicky angažovat. Jsou to debaty občas trochu pomatené, mimo jiné asi proto, že si každý představuje pod pojmem intelektuál něco jiného. Toto téma úzce souvisí s tím, o čem jsem právě mluvil.

Pokusím se - čistě pro potřebu této chvíle - nějak definovat intelektuála. Podle mne je to člověk, který zasvětil svůj život přemýšlení o různých obecnějších otázkách tohoto světa a o různých širších souvislostech věcí. To zajisté dělají i jiní lidé, nikoli jen intelektuálové. Intelektuálové to však dělají - lze-li to tak říct - profesionálně. To znamená, že to hlavní, co dělají, je, že studují, čtou, vyučují, píší, publikují, oslovují veřejnost. Toto jejich životní zaměření je začasť - i když zajisté nikoli vždy! - vede k tomu, že bývají k obecnějším otázkám jaksi senzitivnější, ba že často - i když opět zdaleka ne vždy! - pocítují jakousi širší odpovědnost za stav světa a za jeho budoucnost.

Definujeme-li intelektuála takto, pak se nemůžeme divit, že mnozí intelektuálové jsou velkými škůdci světa: jejich zájem o svět jako celek a jejich zesílený pocit odpovědnosti za něj často způsobuje, že podlehnu pokušení zmocnit se světa jako celku, kompletně ho vysvětlit a nabídnout pak universální řešení jeho problémů. Jakási netrpělivost ducha a různé typy krátkého spojení způsobují, že to jsou obvykle intelektuálové, kteří vymyšlejí holistické ideologie a propadají svodu holistického sociálního inženýrství. Anebo nebyli snad ideoví předchůdci nacismu, tvůrci marxismu a první komunističtí vůdcové intelektuály par excellence? Nebyli původně intelektuály dokonce i nejrůznější diktátoři, ba někdy i teroristé, od vůdců někdejších německých Rudých brigád až po Pol Pota? A to nemluvíme o velkém množství intelektuálů, kteří sice žádné diktatury nevymýšleli a nezaváděli, ale kteří znovu a znovu selhávali tvář v tvář jejich nerůznějším podobám, protože se nechali rychleji než jiní uhranout vidinou universálního klíče k odstranění lidské bolesti. Vždyť se v této souvislosti dokonce vžil známý pojem „zrada vzdělanců“! Různá antiintelektuální tažení v mé zemi vždy znovu argumentují existencí tohoto typu intelektuálů a z jejich existence vyvozují svou jistotu, že intelektuál je lidstvu nebezpečný biologický druh.

Ti, kdo toto tvrdí, dopouštějí se podobného omylu jako ti, kteří ze samého odporu k socialistickému plánování odmítají jakoukoli koncepčnost v čemkoli.

Je totiž nesmyslné domnívat se, že každý intelektuál propadl utopismu či holistickému inženýrství.

Ohromné množství intelektuálů v historii i současnosti dělá přesně to, co si myslím, že je třeba dělat: uvědomují si širší souvislosti věcí, cítí globálněji, cítí tajemnost této globality a pokorně se před ní sklánějí. Jejich zesílený pocit odpovědnosti za svět se nepromítá do identifikace s nějakou ideologií, ale do identifikace s lidskou bytostí, její důstojností a jejími perspektivami. Tito intelektuálové jsou budovateli solidarity mezi lidmi, pěstiteli tolerance, bojovníky proti zlu a násilí, zastánci lidských práv a jejich nedělitelnosti, jsou, jak se říká, „svědomím společnosti“. Vědomí globality, cit pro širší souvislosti jevů a z toho rostoucí zesílená odpovědnost za svět je pak vedou k tomu, že jim není jedno, jsou-li vyvražďováni lidé v nějaké neznámé zemi na druhé půlce zeměkoule nebo trpí-li tam děti hladem, že jim není jedno, zda se Země otepluje, či nikoliv a zda budoucí generace budou schopny snesitelně žít, že jim záleží na budoucnosti vzdálených pralesů i na tom, zda zakrátko lidstvo zničí všechny své neobnovitelné zdroje, či nikoliv, či zda lidstvo posléze zcela zblbne pod celosvětovou diktaturou reklamy, konzumu a televizních krváček.

A jak je to vlastně s intelektuály a politikou? I kolem toho panuje spousta nedorozumění.

Můj názor je prostý: na intelektuály-utopisty je si třeba dávat dobrý pozor a pokud možno nepodléhat jejich svůdnému volání - a tím méně jim věřit, vstoupí-li do politiky. Těm ostatním, o nichž jsem mluvil - totiž těm, kteří prostě vědí o propojení všech věcí tohoto světa, stojí před světem pokorně, ale zároveň pociťují za něj zesílenou odpovědnost a snaží se bojovat za každou dobrou věc - by mělo být naopak velmi pozorně nasloucháno. A to bez ohledu na to, zda působí jako nezávislí kritici politiky a vůbec moci, které nastavují tak potřebné zrcadlo, anebo zda jsou přímo politiky. Tyto dvě role se velmi liší, v tom má můj přítel Timothy Garton Ash, s nímž na ono téma už po léta debatují, samozřejmě pravdu. Z toho ale vůbec nevyplývá, že bychom měli dveře politiky tomuto typu intelektuálů zabouchnout s tím, že jejich místo je na universitě či v novinách, a nikde jinde. Naopak: jsem hluboce přesvědčen, že čím víc takových lidí se ocitne přímo v praktické politice, tím lépe pro tento svět. Vždyť politika ze samé své podstaty nutí ty, kteří v ní působí, aby se starali spíš o věci významu krátkodobého, ovlivňující příští volby, než o to, co bude na Zemi za sto let, aby sledovali spíš zájmy skupinové než zájmy celého lidského společenství, aby říkali spíš to, co se všem líbí, než to, co lidé neradi slyší, aby dokonce zacházeli velmi opatrně i s pravdou. Tato situace ale není přece znamením, že intelektuál nemá v politice co pohledávat, ale naopak výzvou k tomu, aby se jich v ní vyskytovalo co nejvíce! Vždyť kdo jiný by měl spíš rozhodovat o osudech této globálně propojené civilizace než ten, kdo si tuto propojenost nejhloběji uvědomuje, kdo k ní nejvíce přihlíží, kdo nejhloběji pociťuje odpovědnost za svět jako celek?

Dámy a pánové,

je nádherný pocit, že člověk může desítky tisíc kilometrů odtud, v České republice, přemýšlet o problémech dnešního světa, a to mezi jiným i nad četbou jistého vynikajícího filosofa, a že několik hodin po takovém přemýšlení se může o své myšlenky dělit s vnímavým publikem na Novém Zélandě, kde dotyčný filosof své knihy kdysi psal. Děkuji vám za tuto možnost a Vaší universitě, Magnificence, děkuji za to, že se smím ode dnešního dne považovat za novozélandského doktora.

Děkuji za pozornost.

Londýnské intermezzo

Cyril Höschl

Dne 12. prosince 1994 jsem se zúčastnil v Londýně vzpomínkové slavnosti na Sira Karla Poppera. Setkání organizovala London School of Economics and Political Science jako uctění památky na svého profesora logiky a vědeckých metod (1949-1969).

Dne 11. prosince jsem přibyl do Londýna, abych se zúčastnil v předvečer slavnosti večere v domě asistentky Sira Karla Poppera, Melitty Mew. Večere se zúčastnili např. prof. Dr. Günter Wächtershäuser, biochemik, který dostal v roce 1993 cenu Bavorské Akademie věd za originální přístup k původu života, vynikající německý violoncellista Julius Berger, americký klavírista a muzikolog rumunského původu, Julien Musafia, americká profesorka hudby Lory Wallfish, první redaktor Severoněmeckého rozhlasu a televize Uwe Zimmermann a několik dalších hostů.

Slavnost druhého dne zahájil ředitel LSE John Ashworth. Následovala pomalá věta z Mozartovy klavírní sonáty KV 448 pro čtyři ruce v provedení Sira Clause Mosera a pana Gordona Kirkwooda. Sir Claus Moser je guvernérem a čestným členem LSE, kde také studoval a byl profesorem sociální statistiky v letech 1961- 1970. Potom byl správcem Warhamovy koleje na Oxfordu (1984-1993) a předsedou Královské opery (1974-1987). Nyní je Sir Claus pověřencem Londýnského filharmonického orchestru a nedávno se vrátil z Japonska, kde provedl Mozartův klavírní koncert s Tokijským symfonickým orchestrem. Gordon Kirkwood byl studentem LSE v letech 1957-1960 a postgraduálním studentem v letech 1967-1968. Od roku 1965 byl téměř 20 let dirigentem školního sboru a orchestru LSE. Vystudoval klavír u Harolda Craxtona a zaměřil se na doprovazečství a dirigentování. Nedávno vydal CD s Schubertovými a Wolfovými písněmi, na nichž doprovázel Dereka Hammonda-Strouda. Gordon Kirkwood je kmenovým přednášečem na Londýnské Guildhall University a členem hudebního souboru Morley College.

Po hudebním intermezzu proslovil svůj příspěvek profesor Sir Herman Bondi, slavný matematik a teoretický fyzik. Věnoval se dopadu díla Karla Poppera na vědeckou komunitu. Upozornil, že Popper vděčí za své uvedení do vědeckého světa Peteru Medawarovi. „Fakt je krátký a emoci nabitý kousek, který nemá s vědou nic moc společného. To, co je důležité, je myšlenka.“

Jako další příspěvek ke slavnosti zaznělo Bachovo Preludium G-dur ze suity pro sólové cello č. 1 a Sarabande c-moll ze suity č. 5 v provedení Juliuse Bergera. Julius Berger (* 1954) se narodil v Augsburgu, vystudoval hudební školu v Mnichově a Mozarteum v Salcburku. Byl asistentem Antonio Janigra (1979-1982) a následně studoval na Universitě v Cincinnati, kde byla jeho učitelkou Zara Nelsova. V roce 1983 se stal profesorem na Vysoké hudební škole ve Würzburgu. V letech 1988-1994 byl profesorem hudby v Saarbrückenu a potom na Universitě Johannes-Guttenberg v Mainzu. Zasvětil velkou část svého mezinárodního koncertního působení znovobjevení kompletního díla Luigi Boccheriniho a díla Paula Hindemitha, Ernesta Blocha a Maxe Brucha. Hraje na violoncello ze Stradivariho dílny z roku 1709, které patřilo kdysi Luigi Boccherinimu.

Následoval příspěvek mistra Bryana Mageeho „Sir Karl Popper - filosof zítřka“. Podle Mageeho filosofové dneška nechápou, že Popper patřil do jiného klubu. Vědecké zákony nejsou prokazatelné (Logik der Forschung). Otevřená společnost není krédem bezuzdného trhu ani pravice. Bryan Magee je přesvědčen, že Popper a Einstein byli dva největší duchové 20. století. To, co je na Popperovi pozoruhodného, je „čistota, krása a laskavost“ (clarity, beauty and kindness). Bryan Magee je britským spisovatelem a reportérem, známým především z jeho dvou televizních seriálů o filosofii. Napsal první knihu o filosofii Sira Karla Poppera vydanou v Anglii a byl Popperovým osobním přítelem po 35 let. Je akademickým spolupracovníkem LSE a čestným členem Královské koleje, koleje Královny Marie ve West Fieldu v Londýně a čestným členem Wolfsonovy koleje v Oxfordu.

Po Bryanu Magee připomněl shromážděným profesor John Watkins působení Karla Poppera na LSE v letech 1946-1969. Watkins upozornil, že Bernard Russell podporoval kandidaturu Karla Poppera pro filosofickou stoličici v Cambridge po Wittgensteinovi. Popperovým soupeřem a přítelem v té době byl Imre Lakatos. Popper, Tarsky a Carnap tvořili trojici zanícených přátel, jejichž vztah byl však komplikován tím, že Tarsky kouřil, což Popper nesnášel.

Po příspěvku profesora Watkinse následovalo Schubertovo Impromptu F-moll op. 142 č. 1 a Lisztova transkripce Schubertovy hudby „Soirée de Vienne“ č. 6 v provedení Juliána Musafii.

Hudba byla opět vystřídána slovem: profesor Günther Wächtershäuser přispěl svým osobním pohledem na Karla Poppera jakožto mentora vědy. Upozornil, že z Popperovy metodologie vědy vyplývá několik pobídek, které se ne vždy zdůrazňují. Např.: „Začni na hrubo; nebuď příliš přesný; postupuj testováním svých omylů.“ „Logika je nástrojem kritického myšlení, nikoli dokazování.“

Další hudební vsuvku obstaral opět Julius Berger, tentokrát za doprovodu Juliána Musafii. Provedli Schubertovo Adagio E-dur ze Sonáty Arpeggione.

David Müller mluvil o Popperově přístupu k logice a vědecké metodě. David Müller je lektorem filosofie na Universitě ve Warwicku, studoval na Cambridge a LSE, kde byl výzkumným asistentem Sira Karla Poppera v letech 1965-1967.

Přednášel a publikoval široce ve Spojených státech a v Británii. Řada jeho prací byla ve spolupráci s Karlem Popperem. Svým zamyšlením přispěl také Julien Musafia. Hovořil o vztahu Karla Poppera k hudbě. Málo se ví, že Karel Popper hudbu jeden rok studoval. Babička Karla Poppera, rozená Schlessingerová, byla z rodiny slavného dirigenta Bruno Waltera. Musafia se zmínil o Popperově hudebním konzervativismu („Schubert byl poslední velký skladatel“). Hudba byla to, co bylo dovoleno „popem Gregorym“. Popper upozorňoval, že jsou dva typy skladatelů (a v tom se shoduje např. s Albertem Schweitzerem): první označuje Popper jako objektivní a druhý jako subjektivní. Představitelem prvního typu je Johan Sebastian Bach, služebník boží a služebník hudby, u něhož emoce testuje pouze objektivní danost. Sám je jakýmsi zprostředkovatelem tvorby. Představitelem druhého typu je Ludwig van Beethoven. Hudba je mu sebevyjádřením, sebeglorifikací, on je jejím zdrojem. Jako zajímavé dokreslení svého referátu přednesl Julien Musafia s Lory Wallfish čtyřručně na klavír v přepisu Popperovu Fugu f-moll, kterou Popper složil ve dvacátých letech pro varhany.

Profesor Pedro Schwarz přispěl zamyšlením „Sir Karl Popper - člověk“. Pedro Schwarz je profesorem historie ekonomického myšlení na nezávislé universitě v Madridu a je jedním z předních španělských ekonomů. Byl studentem Karla Poppera v 50. letech, kdy se zúčastnil některých Popperových studií a byl také Popperovým blízkým přítelem.

Na závěr přednesl Julius Berger za doprovodu Julienu Musafii Ptačí zpěv (Cont del ocells), což je jímavá katalánská píseň, kterou Julius Berger hrál Karlu Popperovi před smrtí v červenci 1994 na letním bytě Melitty Mew v Garmisch-Partenkirchenu.

Celá slavnost byla prodchnuta povznášející britskou universitní atmosférou, přátelstvím a respektem. Ve stejném duchu se nesla i následná večeře pozvaných v klubu Wig and Pen, který se nachází v domě, jenž jako jediný na Strandu přežil velký požár Londýna L.P.1666. Mezi portréty hostů jsou i prezidenti Reagan a Nixon. Růžovou kravatu si můžete zakoupit až po 20 letech členství. Na jídelním lístku bylo též jehněčí a pověstný vánoční puding.

To vše mi zavanulo snem o tom, že jsme normální součástí civilizovaného světa: Sir Karl před smrtí všude říkal, že pražský pobyt byl jedním z největších zážitků jeho života.

FAKULTA

NAŠE FAKULTA VE ZPĚTNÉM ZRCADLE Studium na 3. LF UK především očima studentů

Jiří Ježek

Tento článek vzešel z opakovaných setkávání autora se studenty 3. LF UK, zejména se studenty 6. ročníku. Náplní našich hovorů byla témata, týkající se změn, které se na fakultě po dobu uplynulých několika let odehrály, toho, jaká zlepšení či nedostatky ve výuce jednotlivých oborů studenti pozorují, jak hodnotí celkové studium na této fakultě, a koneckonců, jak vidí sami sebe v situaci, kdy se během krátké doby sami stanou graduovanými lékaři. Protože podněty, které studenti uváděli, byly zajímavé a postihovaly dosti komplexně problematiku celého studia, rozhodli jsme se nakonec k debatám přizvat i studenty ročníků nižších, aby se vyjádřili k předmětům, které současný šestý ročník již neabsolvoval. Vznikl tak celkem ucelený soubor nejen názorů, zkušeností a připomínek, ale zároveň i některých konkrétních námětů, které jsem pokládal za užitečné zpracovat, utřídit a pokusit se je ve stručných komentářích shrnout tak, aby mohly být dány v plen našim čtenářům, zástupcům jednotlivých oborů i vedení fakulty - jistě k polemice, ale ještě spíše ke zvážení a zamyšlení.

Konečnou podobu mého článku se mnou konzultovala úzká skupinka těch ze studentů, kteří stáli již u zrodu celého záměru, po celou dobu vnášeli do hovorů cenné náměty a komentáře a v závěrečné fázi byli i prvními „cenzory“ a kritiky. Za studenty (ale především sami za sebe) zde tedy mohou být uvedeni Lukáš Šoltys, Pavel Barsa, Marcela Kajlíková a Martin Dzivjak, kterým bych zároveň velice rád vyjádřil své poděkování.

Naše hovory se začaly odvíjet v **obecné rovině**, v níž jsme se pokoušeli hodnotit koncepci celého studia, celkový systém výuky a vzájemnou provázanost jednotlivých oborů.

Studenti se shodovali na tom, že studium medicíny na naší fakultě je způsobem svého průběhu stále ještě více podobné jakési „*vyšší střední škole*“ než opravdovému vysokoškolskému studiu. Tato skutečnost je jistě dána specifickou odlišností studia medicíny od jiných typů vysokých škol (zejména nezbytnou poslušností jednotli-

vých předmětů a bezespornou nepostradatelností jakéhokoliv z nich, neboť lékař je vždy „lékařem celého člověka“ a nelze tudíž kterýkoliv - byť i malý obor - ponechat stranou či z něj udělat jakýsi „volitelný předmět“). Tato specifičnost studia medicíny se pak ovšem ne vždy nejšťastněji odráží v nesmlouvavé **koncepti rozvrhů**, které jsou nabyté až po okraj a ponechávají tudíž minimální prostor nejen na doplňující mimoškolní rozvíjení studenta (vedlejší i obecné vzdělávání, kultura, zájmy, četba, sport apod.), ale paradoxně i na samotné individuální studium. Student je tak postaven před konflikt zájmů: buď bude poctivě chodit do školy, anebo se rozhodne klást akcent na samostatné vzdělávání - z obojího mu vznikají problémy, ať už s osobním časem, nebo s docházkou.

V souvislosti s touto otázkou by studenti považovali za vhodné stanovení jasného a stručného vymezení **učební kostry všech oborů**, jakéhosi „*nutného pensa*“, které by na jedné straně umožňovalo lepší orientaci při samostudiu, na druhé straně by rozumným způsobem kladlo hranici mezi podstatným a méně podstatným, mezi tím, co je nutno považovat za skutečně nezbytné - a tudíž i ve výuce povinné - a tím, co by mohlo být vyhovujícím způsobem dostudováno samostudiem doporučené odborné literatury.

Akcent výuky by tak mohl být kladen na podstatné problémy, což by zaručovalo skutečné zvládnutí hlavní osy oboru. Nedochozí by pak k tomu, že v rychle nabytém, neutříděném, často nedostatečně logicky zdůvodněném, a tudíž značně nepřehledném přívalu informací se student není již po krátkém čase schopen nijak orientovat a po nějaké době nakonec takto nabyté „znalosti“ pod tlakem přívalu informací dalších zcela vypustí z hlavy.

Základní neznalosti, na něž si často vyučující stěžují u studentů vyšších ročníků, se mi z tohoto pohledu jeví být důsledkem právě takové „nadkapacitní“ dávky informací bez hlubšího logického provázání.

Tato poznámka platí ještě více pro **mezioborové myšlení**. Jak studenti uvádějí, zřetelná návaznost jednotlivých předmětů je téměř nulová, pedagogové jednoho oboru nemají ani tušení, jakým způsobem a v jakém rozsahu se vyučují předcházející příbuzné předměty, na kvalitu a hloubku znalostí studentů usuzují z namátkově zvolených otázek během výuky a ve vlastní výuce pak často spíše zbytečně opakují již probranou látku, než aby využili skutečně nabytých znalostí studentů z předchozích předmětů k jejich rozvíjení a aplikaci na svůj obor. Přitom je zřejmé, že stanovení pevné kostry jednotlivých oborů, které by bylo garancí, že základní znalosti student absolvováním oboru skutečně nabyt, by pedagogům umožnilo stavět svoji výuku na této záruce a věnovat se plně problematice svého oboru.

Jak jsem vyrozuměl z jednotlivých studentských stesků, dochází u studentů při dosud panujícím chaosu a vzájemné neinformovanosti mezi jednotlivými obory

nakonec v závěru studia k častému - a zřejmě značně oprávněnému - pocitu, že sice teoreticky zaznamenali výskyt kdejakého kuriózního či ojediněle se vyskytujícího symptomu jakési u nás se téměř nevyskytující tropické nemoci, ale kdyby v praxi narazili na nehybně ležícího člověka na ulici, nebyli by mu někteří z nich schopni kvalifikovaně pomoci.

V souvislosti se systémem studia studenti zdůrazňovali absenci způsobu výuky medicíny, který bývá nazýván „*problémově orientovanou medicínou*“, zatímco výuka na naší fakultě stále ještě končí spíše u prostého systémového výkladu.

Dalším obecně postrádaným prvkem na naší fakultě bylo zavedení jakýchsi „*osobních učitelů*“ - „*tutorů*“, kteří provázejí jednoho či několik studentů v podstatě celým studiem a zejména po absolvování teoretických oborů již mají možnost se studentem konzultovat jak konkrétní studijní či odborné problémy, tak i akcenty jeho studia vzhledem k jeho budoucímu zaměření. Takoví pedagogové pak „svého“ studenta skutečně znají, a mohou tudíž podstatným způsobem přispět k jeho osobní i profesní profilaci a celkově zkvalitnit úroveň a komplexnost znalostí svého svěřence dříve, než bude dotyčný vystaven tvrdé a nesmlouvavé realitě praxe.

V neposlední řadě tento systém umožňuje i pěstování tzv. „vedlejších“ aspektů profilu budoucího lékaře: smyslu pro systematickou a smysluplnou práci a zejména na pro profesní i lidskou zodpovědnost.

Je to však systém náročný, jak po stránce technické a finanční, tak zejména po stránce pedagogické, a vyžadoval by zřejmě celkové přehodnocení vztahu mnoha pedagogů k výuce a ke studentům - především pak odstranění pojetí výuky jako anonymního a časově omezeného procesu, který se podobá obsluze u kasy v samoobsluze nebo službám dobře zavedené informační agentury. (Podrobněji jsem se tomuto problému věnoval v samostatném článku v jednom z předchozích čísel VNR.)

Zatímco připomínky k výuce klinických oborů (které se mezi studenty těší přirozené atraktivitě zejména díky předpokládané profesní profilaci jednotlivých studentů) bylo nutno v dalších debatách specifikovat na konkrétní případy, **teoretickou část studia** byli studenti schopni rámcově shrnout do jedné všem těmto oborům společné výpovědi. Charakteristickým znakem, provázejícím - až na výjimky (anatomie, částečně patologie) - tuto část studia je podle mínění studentů takové výukové pojetí, které se podobá jakémusi „*čtení pohádek*“ (blíže nespecifikováno). Zřetelně pak chybí vzájemná logická provázanost výuky těchto oborů, ačkoli studenti jsou toho názoru, že by nemělo být problémem „sladit“ výuku do té míry, aby alespoň rámcově byla podobná témata probírána paralelně (zejména anatomie-histologie, fyziologie-patofyziologie).

Za sebe bych k tomu rád uvedl postřeh, že samo zavedené označení „teoretické obory“ víceméně zavádí k takovému pojetí, ačkoli ve skutečnosti (a u medicíny

obzvláště) nejde zdaleka o teorii v pravém slova smyslu. Teoretický obor na medicíně je přes sebehojnější informační přísun stále oborem v podstatném smyslu „praktickým“, neboť smyslem takového oboru není zabudovat do studentovy paměti anatomická a jiná schémata tak, jak je poznal na obrázcích knih, ale jeho cílem je vybudování praktické představy stavby a funkce lidského těla, na kteréžto poznání by student mohl navazovat ve faktické klinické práci s člověkem-pacientem.

Připomínky studentů k teoretickým oborům se pak týkaly zejména nedostatečného **využívání možností praktické výuky** na těchto oborech (např. práce s dobře připravenou a instruktivní kazuistikou, která by těmto oborům mohla a měla výborně sloužit). Opomíjení takovýchto forem výuky se tak zpětně stává omezením teoretických oborů pro ně samé a jimi samotnými, aniž by to odpovídalo jejich možnostem a skutečnému významu v celém systému medicínského vzdělávání.

Od úvodních obecných hovorů jsme se studenty přistoupili k podrobnějšímu hodnocení studia. K ruce jsme si vzali jako vodítko „**Profil absolventa 3. lékařské fakulty**“, který byl v r. 1993 zformulován a publikován představiteli naší fakulty (m.j. viz *VN-Revue* č. 3/93, str. 65-66).

Tento „profil“ jsme nejprve bod po bodu pečlivě přečetli. Studenti šestého ročníku, kteří se v dohledné době stanou těmi, jež „profil“ zachycuje, *se v něm, bohužel, nepoznali*. Zároveň však shodně konstatovali, že by byli velmi rádi, kdyby mohli konstatovat opak (nešlo tedy o jakousi apriorní či paličatou zaujatost, jako spíše o mírnou zděšenost a upřímný stesk).

Pro zajímavost jsme při té příležitosti nahlédli do ankety, kterou v roce 1990 provedl tehdejší absolvuující student 3. LF Pavel Mohr na promoci absolventů. Pavel se v této anketě ptal jednotlivých absolventů, co jim studium na lékařské fakultě dalo a jak se jako čerství absolventi cítí. K našemu nemalému překvapení se odpovědi tehdejší ankety v převažujících ohledech shodovaly s hodnocením současným.

Začali jsme se tedy podrobně zaobírat konkrétními důvody a příčinami oněch zřejmě po léta souhlasně sdílených pocitů rozpačitosti a částečného, leč zřejmě podstatného neuspokojení absolventů.

Celou tuto debatu lze shrnout do mírně fejtonistické, leč v jádru hrůzně reálné „zkratky“.

Zřejmě nejcharakterističtější celou podstatu problému vyjadřuje sám nepřehlédnutelný fakt, že „Profil absolventa 3. LF UK“ je psán převážně v *podmínovacím způsobu* (přičemž je těžké rozhodnout, zda jde o zajímavou náhodu či spíše obratnou diplomacii): student „*by měl umět, znát, ovládat, absolvovat...*“ - nikoli: „*umí, zná, ovládá, absolvoval...*“.

Tento jazyk jakoby naznačoval, že se zde nejedná o popis „skutečného produktu fakulty“, ale spíše o jakýsi ideální vzor, „vysněný cíl“... Nikoliv tedy výčet toho, co fakulta studentovi i veřejnosti v případě jejího absolvování, ale o to, „co by ráda“.

Osobně se však domnívám, že „profil“ - je-li již pod tímto názvem publikován - by měl být právě GARANCÍ: měl by být např. i doporučením, ale zejména *nekompromisním nárokem na sebe sama i na samotné studující*.

Věřejně proklamovaný „profil“ nemůže být přece do vzduchoprázdna nadneseným prostým „seznamem požadavků“ (byť je tímto podtitulem uveden), ale měl by být především skutečnou zárukou toho, co je ta která fakulta schopna reálně a odpovědně poskytnout a naplnit.

To také znamená, že absolvent, který se tomuto „profilu“ jakkoli vymyká, by především neměl být dopuštěn k „absolvenci“, nikoli figurovat jako zdárný příklad toho, jak ze své vlastní viny nebyl schopen tomuto požadavku dostat. Koneckonců, ať již leží příčiny případného nedostatečného naplnění takového „profilu“ kdekoli (a studenti sami se nijak nezřkají toho, že jedna z hlavních příčin spočívá možná v nich samých), kterákoli vysoká škola - zvláště, je-li součástí takové autority, jako, doufejme, stále ještě je Universita Karlova - musí být schopna za takto stanovený závazek ručit - a nebo jej uvést na pravou míru.

Základním nedostatkem, který studenti sami na sobě oproti proklamovaným vlastnostem v „Profilu hypotetického absolventa“ shledávají, je jejich **minimální praktická erudice**. Ačkoli „Profil“ slibuje v tomto ohledu vybavení základními dovednostmi a nabytí zručnosti v *basálních výkonech*, skutečnost je jiná. Studenti uvádějí, že některé ze zmiňovaných praktických výkonů nejenže neabsolvovali, ale dokonce ani neviděli. Přitom se jedná o triviální záležitosti, nad nimiž zůstává rozum stát. Z reálně uváděných příkladů zmíním alespoň nejpřízračnější dva: za prvé obsluhu ambuvaku, který někteří ze studentů „ani neměli v ruce“, takže při praktickém zásahu by pomocí tohoto přístroje hrozilo spíše udušení pacienta než jeho resuscitace (záludnost regulačních ventilů aj.), za druhé pak problém stanovení diagnózy obyčejné angíny při vyšetření krku pohledem (zřejmě záludnost anatomického uložení krčních mandlí, související často s přítomností šera v těchto končinách).

Ještě více je snad nenaplněn požadavek zvládnutí vlastního *kontaktu s pacientem*. Psychologie je na fakultě vyučována jako čistě teoretický obor a z občasné přítomnosti studentů na vizitě nelze mnoho podstatného zachytit - situace, které je třeba umět psychologicky zvládat (např. informování pacienta o smrtelné chorobě či závažném zdravotním stavu, sdělování zprávy o úmrtí příbuzného či probírání jakékoli „choulostivé otázky“ související např. s psychiatrickými, kožními či gynekologickými onemocněními apod.) se před zraky studentů nikdy neodehrály (a snad ani nemohly a neměly odehrát), nebyly však ani nijak simulovány či procvičeny - prostě probrány jinak než v čistě teoretické a obecné rovině. Obava a nejistota studentů z neodvratitelnosti skutečnosti, že lékař se tvář v tvář podobným situacím dnes a denně ocitá, je tedy více než pochopitelná a opodstatněná.

Se zmiňovanými kvalitami obecného teoretického zázemí absolventa je to též na pováženou:

Výuka práva a ekonomiky zdravotnictví chyběla dosud zcela.

Etické otázky jsou naopak sice řešeny z dostatečně praktického a specializovaného pohledu, aniž by ovšem byla zažita sama podstata etického chování a jednání v rámci alespoň basální filosofické erudice.

Zmínka o „širším světónázorovém rozhledu absolventa“ se pak kromě zmíněné skutečnosti jeví tajemně prázdna již samou zahaleností své formulace, *kulturní aspekt rozvoje osobnosti studenta* snad ani nepočítaje.

Etické, sociální, politické či náboženské postoje pacienta, jež by se měl - podle formulace v „Profilu“ - student naučit „zohledňovat“, jsou v celém současném pojetí studia medicíny (a dost možná i v pojetí medicíny vůbec) spíše zábavnými „úchylkami“ či „kuriozitami“, vhodnými pro zpestření jinak dosti šedého jazyka vědy, nicméně v praxi, jak se zdá, je „dobrým zykem“ přistupovat k nim podle schématu: „Bůh je sice Bůh, ale slepé střevo je přece jen slepé střevo“.

„*Kriticky vědecké moderní medicínské myšlení*“ je v reálu zřejmě nejdůsledněji uplatňováno na zkouškách, a to formou jednostranného postoje zkoušejícího. Ke skutečným vědeckým experimentům se studenti během svého studia až na jedinečné výjimky nedostali zřejmě nikdy.

Zjevná je i absence schopnosti studentů *komunikovat s knihovnou* či jejich „*orientace v odborné literatuře*“ (na zkoušky jsou převážně požadovány znalosti z jedněch - pokud možno zkoušejícím autorizovaných - skript či jedné kompilativní učebnice).

Neopodstatněná je i zmínka o zasvěcení do světa *počítačové techniky*, z něžž student zhruba tuší cosi o textovém editoru či zahlédne zdálky „hezké obrázky“, jež poskytují nejružnější computerová vyšetření (je-li jim ovšem vůbec - coby přihlížející v rámci jakéhosi praktika - přítomen).

Celkově lze k „Profilu absolventa 3. LF“ konstatovat, že - dle sebekritického hodnocení budoucích absolventů samotných - naprosto neodpovídá realitě (a to bez rozdílu např. dle dosaženého prospěchu).

Problematika jednotlivých oborů

Již zmíněným prvkem, který studenti postrádají téměř ve všech klinických oborech, je důraz na tzv. *problémově orientovanou výuku medicíny*: na práci s pacientem, při níž výklad probíhá od vlastního onemocnění a teprve postupným rozbořením dochází k jednotlivým symptomům, charakteristikám, diagnostickým významnostem atd. Dosavadní převažující situaci vykreslují jako právě opačnou: z jednotlivostí se postupně sestavuje jakási „skládánka“ namísto skutečného a celkového obrazu.

Mezi příkladné výjimky, kde jsou studenti v tomto ohledu spokojeni, patří zejména klinika popálenin (prof. Königová), II. interna (prof. Anděl) či některé momenty z výuky infekce (dr. Beneš). Tato pracoviště (zcela jednohlasně a bezvýhradně pak klinika popálenin) jsou studenty často jmenována i v souvislosti s odpovídající praktickou výukou a logicky vystavěným výkladem, opírajícím se o četnou, instruktivně vybranou a kvalitně zdokumentovanou kasuistiku.

Hodnocení jednotlivých oborů:

Interní lékařství

Jsou patrné rozdíly mezi oběma klinikami. Obecně však chybí především tlak na skutečné zapojení studenta do procesu práce s pacientem („kdo chce, může, kdo nechce, nemusí“). Zjevnou hlavní příčinou této skutečnosti je přetížení jednotlivých asistentů vlastními úkoly lékaře, což se projevuje stručností až odměřeností při vysvětlování konkrétních problémů, na něž student při práci s pacientem narazí. Dále zde hraje roli i časté střídání asistentů na jednotlivých praktikách (podle nadstavbové profilace výuky v rámci oboru), které vede k anonymní atmosféře ve styku mezi studenty a pedagogy a z toho plynoucí bariéry pro vytváření společného skutečně tvůrčího úsilí. K celkovému průběhu výuky nepřispívají ani časté prostoje, způsobené tím, že vyučující je i v čase výuky především „lékařem ve službě“ a je nucen řešit řadu akutně vznikajících problémů a situací, k nimž student samozřejmě není připouštěn. Nepřímo je tak poškozováno i vnímání vlastní práce lékaře studentem, neboť lékařské povinnosti vyučujícího lékaře působí nikoli jako vlastní tvůrčí moment, ale pouze jako rušivý element výuky. V praktické výuce při práci s pacientem - často chybí dostatečný a zasvěcený výklad, studenti mají pocit, že jsou „odbyváni“ a případnými dotazy spíše obtěžují.

Stranou pozornosti zůstávají etické a psychologické problémy. Pacient je většinou prezentován jako „vzorek choroby“, a nikoli jako člověk, zcela chybí problematika geriatric.

Jako největší nedostatek výuky interního lékařství však studenti shodně pocítují naprostý nedostatek praktických znalostí, které se odbývají víceméně formou neustálého odebrání anamnézy, měření krevního tlaku apod., a jen velmi povrchně (zásadně skupinově) vlastním rozbořením pacientovy diagnózy. I při těchto rozbořeních se konečně od pacienta odbočí přímo k jednotlivé chorobě či skupině chorob a výklad dále probíhá podle klasických teoretických schémat, jež obsahuje každá slušná učebnice interního lékařství. Diferenciální diagnóza se pak stává součástí této teorie. Zcela tak selhává spojitý řetězec „teorie-praxe“, bez něhož by se však výuka medicíny zásadně neměla obejít.

Pozitivně hodnocené jsou zejména stáže na vysunutých pracovištích (nemocnice Na Bulovce - plicní lékařství, konkrétně stáž věnovaná TBC). Na těchto pracovištích je patrná ochota a chuť lékařů věnovat se studentům, zřejmě proto, že výuka mediků zde není chápána jako „nutné zlo“, ale naopak jako prestiž a též možnost podělit se o své znalosti s druhými.

Je třeba zdůraznit, že studenti nevidí celý problém zjednodušeně. Chápu obtížnost situace výuky na klinice a ke svému vlastnímu přístupu kriticky podotýkají, že na jejich straně je sice časté „touha po vědění“, nikoli však dostatek energie za tímto věděním cílevědomě jít, „něco pro to udělat“.

Zcela jednoznačně lze však konstatovat, že výuku interny pokládají studenti shodně za stěžejní v celém studijním plánu fakulty (za srovnatelnou svým významem považují pouze „medicínu akutní stavů“) a její nedostatky tudíž vnímají velmi pozorně a na rozdíl od menších oborů se vši vážností a bez zjevných tendencí ke zkreslování situace či osobnímu zaujetí.

Chirurgie

Na chirurgických oborech studenti zaznamenávají jistý kvalitativní posun oproti předchozím rokům. Výuka chirurgie nabízí studentům možnost účasti u praktických výkonů. Studenti upozorňují pouze na to, že smyslem chirurgické praxe by mělo být to, aby absolvent byl po skončení školy schopen *asistovat při operaci*, nikoli nutně ovládat vlastní princip té které operace - tato znalost spadá do teorie a tento rozdíl je často zaměňován.

Pro svou budoucí praxi pokládají tedy studenti za důležité, aby měli během studia regulérní dostatek možností (byť v rámci mimofakultních pracovišť) naučit se asistovat při operačních výkonech: orientovat se v chirurgických nástrojích, umět pomoci, aniž bych překážel, umět šít, prostě „umět se podstavit k operačnímu stolu“. Kromě toho ovládnout některé základní chirurgické výkony: zavést kanylu, provést tracheostomii, zvládnout venosekci.

Za problém na chirurgických pracovištích označují studenti zejména samotný přístup ke studentům, kdy pro přílišnou vytiženost vlastními povinnostmi nemají asistenti čas věnovat se studentům, občas se studenti setkávají i s opovrhováním či arogancí, které snad na pracoviště, sloužící k výuce mediků, opravdu nepatří.

Ortopedická klinika

Vyhovuje po stránce náplně výuky, problematická je její organizace (prostoje, častá nepřipravenost na praktickou účast studentů na klinice - „nevědí si s námi rady“).

Klinika popálenin

Svorně označována za příkladné pracoviště z hlediska výuky a péče, která je studentům věnována. Hlavním faktorem je jistě profesionální i osobní autorita prof. Königové, jejíž zasvěcenost i lidský zájem budí u studentů žádoucí úctu a respekt, a zpětně se promítá i do kvality přípravy na výuku, zájmu o obor a pěstování návyků profesionální i osobní zodpovědnosti.

Neurochirurgie

Stáže probíhají v nemocnici Na Homolce. Většinou se na těchto stážích opět potvrzuje příznačná péče o studenty a zájem o kvalitní průběh stáží, a to jak v jejich náplni, tak v organizaci. Vynikajícím způsobem připravené kazuistiky s dostatečnou dokumentací včetně snímků RTG.

Plastická chirurgie

Kvalitní výuka s pozitivně hodnoceným přístupem, který klade na studenta nárok vlastní odpovědnosti za to, co se naučí: má-li zájem, věnují se mu lékaři až do odpovídajících hodin, aniž by v něm kdokoli vyvolával pocit, že „zavází“ překáží“. Nemá-li student zájem a neodnese-li si ze stáží slušné znalosti a dovednosti, je to jeho vlastní chyba.

Gynekologie

V tomto oboru je paradoxní rozpor mezi výukou v 5. a 6. ročníku.

Výuku 5. ročníku považují studenti téměř za zbytečnou, a to proto, že je probírána čistá teorie (s odůvodněním, že bez této průpravy k pacientům nemohou), tato výuka ovšem postrádá jakoukoli návaznost na praktickou aplikaci (byť formou přihlížení při vyšetření či instruktáží gynekologických vyšetření pomocí videozáznamů), takže nabyté informace se do doby nástupu na stáž v 6. ročníku téměř dokonale vytratí (a k pacientce student beztak „přistoupit“ neumí).

V 6. ročníku je pak studentům umožněno vidět praktickou gynekologii v celé její šíři; bohužel, pouze „vidět“ - studenti si stěžují, že nemají možnost jakýkoli úkon si vyzkoušet v praxi. Postrádají přinejmenším praktické seznámení se s základními výkony, jako je vyšetření zrcadlem, vyšetření prsu a samozřejmě zkušenost asistence u porodu, u něhož se mohou kdykoliv během svého dalšího života ocitnout a který tudíž musí umět zvládnout.

Shodně je pak navrhováno, aby předstátnicové stáže v 6. ročníku byly buď alespoň o týden prodlouženy (a to např. na úkor přehnaně rozsáhlého preventivního lékařství) a nebo byla v prázdninové praxi po 5. ročníku povinně zavedena stáž na gynekologii (či lépe porodnici) v rozsahu alespoň dvou týdnů (přičemž na praxi u obvodního lékaře by bohatě stačil jeden týden - podle názoru studentů tyto stáže beztak probíhají v předepsané délce pouze „papírově“ a ve skutečnosti většina z nich více než dva týdny na obvodní praxi nestráví).

Za nezbytný prvek praktické výuky považují studenti asistenci při porodu.

Opakovaně připomínají možnosti videozáznamů ve výuce, zejména v její teoretické části.

Pediatric

Ve výuce je přes všechnu její kvalitu stále nedostatečně zažita praxe (vlastní práce s nemocným dítětem), kterou - na rozdíl od jiných oborů - nemohou získat jinde než právě na pediatrickém pracovišti. Rádi by si bezpečně osvojili alespoň základní rutinní postupy a specifika vyšetření dítěte a v neposlední řadě i komunikace s nemocným dítětem. Vynikající jsou v tomto ohledu 2 dny stáží na klinice v Krči.

Medicína akutních stavů

Tento obor kladou studenti (hned vedle interního lékařství) k nejdůležitějším v celém studiu. Vzhledem k tomuto postoji je podle jejich názoru tomuto oboru věnován naprosto nedostatečný prostor i pozornost. Především by bylo třeba zapojit do výuky více lékařů, kteří by byli schopni studentům tuto problematiku teoreticky zpřístupnit a prakticky ji v modelových situacích natrénovat. Naučit studenty bezpečně zvládnout tuto problematiku není v silách jediného vyučujícího, byť by byl sebekvalitnější.

Skripta (ač je chvályhodné, že vůbec vznikla) jsou vzhledem k důležitosti tohoto oboru nedostatečná, zejména však chybí rutinní nácvik akutních situací. Akutní medicínu je třeba „mít zažitou“ v takové míře, aby bylo možno bezpečně obstát ve skutečné, reálné akutní situaci, kdy svou roli hraje stres, čas a často i nedostatek základních prostředků.

Užitečné by v tomto ohledu bylo zavedení povinné (byť krátkodobé) praxe u sanitní služby a také uvádění instruktážních videofilmů, komentujících praktické postupy v různých akutních situacích. Nezbytná se jeví účast ARO na této výuce, nikoli snad přímými stážemi, ale spíše zprostředkováním pestrého spektra kazuistik. Dále studenti navrhnou simulovat na stážích akutní situace včetně navození stresových faktorů (stres, komentáře přihlížejících apod.) a větší využívání modelů (programovatelná „andula“).

Pro dokreslení oprávněnosti těchto požadavků uvádím sebehodnocení studentů v tomto ohledu: studenti odhadují, že 75% z absolventů 6. ročníku by nebylo schopno poskytnout první pomoc - míněno ovšem nikoli pomoc laickou, ale lékařskou, tedy za pomoci základního lékařského vybavení.

Neurologie

Chybí větší důraz na nejčastější neurologické problémy (zejména tzv. „civilizační nemoci“: bolesti páteře, migréna atd.). Výuka vyšetřovacích metod a diferenciální diagnostiky dobrá. Za vhodné by studenti pokládali propojit výuku neurologie s výukou rehabilitace (v souvislosti s tím upozorňují i na fakt, že ve výuce na fakultě není téměř vůbec zastoupena problematika balneologie).

Psychologie

Nutná spolupráce s klinickým psychologem, důraz položit zejména na psychologii in porodnictví, gerontologii, popáleninách a samozřejmě onkologii.

Psychiatrie

Přes dostatečný kontakt s pacientem studenti postrádají komplexní a podrobný rozbor jimi vyšetřovaných případů. Přes veškerou působivost a atraktivitu promítaných videozáznamů chybí dostatečně široká kasuistika, větší důraz by měl být kladen na zvládání psychiatrie akutních stavů, a to i pomocí nácviku v modelových situacích. V důsledku nedostatečnosti na tuto část oboru studenti opět uvádějí pocit neschopnosti zasáhnout v reálné akutní situaci - jak psychologicky, tak medikamentózně.

Patologie

Poměrně solidní spojení teoretických znalostí a praktických dovedností, bylo by vhodné ještě více využívat možnosti naučit se diagnostikovat v rámci pitevnických stáží.

Humanitní obory

Jejich postavení i náplň dle mínění studentů naprosto neodpovídají jejich skutečnému významu. Ve výuce zauímají spíše okrajové postavení, o propojení či návaznosti na ostatní výuku nelze hovořit. Kromě toho studenti nenacházejí žádné prvky těchto oborů v ostatních předmětech (zejména na klinických pracovištích): jakoby humanitní

vzdělání patřilo sice k všeobecnému „bontonu“, s vlastním výkonem lékařské profese však nemělo nic společného. „Někteří z pedagogů se sice rádi občas 'blyšknou' svým obecným vzděláním, nicméně v jejich celkovém osobním přístupu se tato skutečnost projevuje zřídka.“

Na tomto místě lze snad i uvést fakt, že za velký handicap studenti pokládají naprostou neznalost základů **informatiky**.

Preventivní obory

Přes veškeré sliby a dokonce otevřené konflikty na akademické půdě (viz stávka studentů ve školním roce 1992-93, *VN-Revue* č. 2/93) chybí dosud studijní texty, jimiž by se preventivní obory alespoň v náznaku představily (přestože všichni zainteresovaní na setkání studentů po stávce slíbili vydání skript do začátku nového školního roku, za což přijal garanci i pan děkan a v témže duchu zněl i závěr k tomu zasedající odborné komise - pozn. Lukáše Šoltýse).

Značný rozdíl mezi výukou hygieny a samotného preventivního lékařství: zatímco hygienu pokládají studenti vzhledem k jejímu obsahu a po léta nezměněnému pojetí za stále ještě neúměrně přebujelý obor, preventivní lékařství shledávají jako opodstatněné, ovšem s připomínkou, že tuto výuku by měly ve značné míře zprostředkovávat samotné kliniky v rámci svých výkladů onemocnění. V rámci klinické výuky by měly být probírány konkrétní preventivní aspekty jednotlivých onemocnění, zatímco teoretická pracoviště preventivního lékařství by se měla zaměřovat spíše na seznámení s preventivními programy apod. Jedině tímto způsobem lze docílit zpětné vazby a komplexního vnímání praktického a preventivního lékařství.

Jako problematické se studentům již tradičně jeví personální obsazení hygienických a preventivních oborů, kdy u některých vyučujících studenti obecně pociťují omezenost jejich odborné erudice (převádění jakýchkoliv otázek na stále jednu a tutéž jednostranně pojatou odpověď), či výjimečně - u ojedinelých případů pedagogů - dokonce vyslovují pochybnosti o jejich vhodnosti pro výuku na vysoké škole.

Za odpovídající by studenti pokládali rozsáhlejší výuku hygieny a preventivního lékařství v rámci samostatného bakalářského studia (otevření tohoto typu bakalářského studia na naší fakultě „tleskají“), pro studenty lékařství pak již zmíněné začlenění převážného objemu výuky preventivního lékařství do výuky oborů klinických a podstatnou redukci hygienické problematiky na skutečně nezbytné minimum, což by uvolnilo kapacitu pro obory daleko podstatnější pro profesi lékaře (např. již zmíněnou „medicínu akutních stavů“). Pro ilustraci studenti uvádějí např. neodpovídající proporcionalitu jednotlivých předstátnicových stáží v 6. ročníku: pediatrie - pouhé 3 týdny, gynekologie - 4 týdny, preventivní lékařství - taktéž 4 týdny (!).

Volitelné předměty

Tato část výuky je natolik nová a problematická, že vyžaduje samostatnou pozornost.

Celý systém volitelných předmětů jsem sám navrhl po mnoha konzultacích se zástupci studentů již v roce 1992 (viz VN-Revue č. 7/92). Jeho zavedení bylo pozdrženo z důvodů „nedostatku času na organizační a koncepční nedořešenost systému“. Tento systém byl konečně zaveden v letošním školním roce - ovšem přes dostatek času opět organizačně a koncepčně nezajištěn.

Studenti mají výhrady již k samotnému *zápisu na tyto předměty*: zápisem byla nakonec pověřena paní Jeníčková, která by ovšem s celou záležitostí fakticky neměla mít nic společného a má na děkanátě dost své práce. K této situaci došlo s odůvodněním, že „studijní oddělení by tuto práci nezvládlo“ (což u studentů vyvolává mírně ironické poznámky, co už by tedy studijní oddělení mělo zvládat, ne-li organizaci studia).

Dalším problémem zápisu je okolnost, že tento zápis není závazný, takže do poslední chvíle není jasné, kolik studentů se na dotýčný předmět hlásí - a hlavně, kolik se jich ještě přihlásit může. Předměty jsou vypisovány bez předchozího rámcového zjišťování zájmu o ně. Organizace zápisu je navíc taková, že zápis je studentům umožněn až po uzavření předchozího ročníku, ačkoliv okolnost, kdy student ročník ukončí, často nijak nevypovídá o skutečné kvalitě znalostí studenta.

Pro úplnost připomínám, že vlastním cílem zavedení volitelných předmětů bylo v původním návrhu poskytnutí možnosti studentům cíleně se profilovat a v rámci této profilace se podílet na práci či výzkumu toho kterého pracoviště, neopomenutelný byl osobní kontakt s vedoucím pedagogem, to vše samozřejmě s vyhlídkou dlouhodobější a smysluplné spolupráce. Z tohoto hlediska se jevílo zásadní podmínkou tohoto systému i právo pedagoga v případě nadměrného zájmu vybrat si v osobním pohovoru studenty, kteří budou jeho volitelný předmět navštěvovat.

Dle současného pohledu studentů je situace ve volitelných předmětech od této myšlenky značně odlišná.

Velká část studentů „volí“ svůj obor víceméně náhodně, často podle toho, co na ně zbyde. Je pak samozřejmé, že není-li motivem volby již zájem o obor, ale nutnost „něco si vybrat“, vybírají si studenti ze „zbylých“ oborů ty, které jsou nejméně náročné.

Spokojenost s průběhem výuky volitelných předmětů udává zhruba 1/4 studentů, ostatní zastávají pozici nutné účasti, lhostejnosti, v některých případech i ostré kritiky.

Z hodnocení těchto předmětů studenty vyplývá především naprosto nestejnorodá úroveň jednotlivých volitelných předmětů, od vynikajícího hodnocení připravenosti až po naprosté diletantství. (Bohužel, k této skutečnosti jsem nebyl schopen získat natolik objektivní informace, abych si mohl dovolit jmenovitě zde některé příklady

uvést. Domnívám se, že by stálo za zvážení udělat anketu k hodnocení jednotlivé výuky na tom kterém volitelném oboru a nabídku oborů pro příští školní rok podle těchto výsledků odpovídajícím způsobem upravit.)

Jako zlepšení situace studenti navrhují, aby zápisový sešit na následující rok byl k dispozici již v průběhu předcházejícího letního semestru. Otevřela by se tak možnost přizpůsobit volitelnou výuku zájmu studentů a také uskutečnit event. pohovory pedagogů se studenty a umožnit tak jejich výběr v rámci jakéhosi mini-konkursu. Odstranil by se tím zároveň problém, že volitelné obory začínají s výukou až po ukončení prodlouženého zkuškového období a vznikají tak komplikace s dodržněním časového harmonogramu výuky.

S tím souvisí i vhodnost poskytnutí předběžných syllabů výuky, aby student si při výběru oboru mohl udělat lepší představu o tom, jaký obor si vlastně volí a do jaké míry se shoduje s jeho představou o tom, čemu by se chtěl hlouběji věnovat.

Dále by tyto obory neměly být vypisovány odděleně pro jednotlivé ročníky, neboť v jejich samotné povaze je prostupovat ostatním výukovým plánem napříč a poskytovat vážným zájemcům možnost trvalejší orientace a růstu v tom kterém oboru.

Omezujícím faktorem je na řadě volitelných předmětů i chybění jakýchkoli studijních textů, které by v omezeném množství nemělo být problémem poskytnout (byť např. pouze formou xeroxovaných materiálů či alespoň odkazů na literaturu).

Nevýznamný není ani požadavek studentů (shodný ostatně s ideou původního návrhu), aby náplní volitelných předmětů byla spíše klinická či výzkumná práce než teoretická výuka. Tomu by měla odpovídat i závěrečná písemná práce, která by měla být založena na výsledcích konkrétní vědeckého či klinického působení toho kterého studenta, nikoli pouze klasickým ověřením nově nabitých znalostí.

Z jednotlivých připomínek vyplývá, že smyslem volitelných oborů je právě jejich odlišnost od standardní výuky, možnost založení studentské vědecké i klinické pracovní báze na fakultách, event. jejich návaznost prostřednictvím účastí studentů na konferencích a sympoziích a možnost získání zahraničních stáží na základě vykázané práce.

Shrnutí problematiky

A: NEDOSTATEČNÉ PRAKTICKÉ ZNALOSTI STUDENTŮ

Shodli jsme se na tom, že za zřejmě nejzákladnější problém celého studia medicíny na 3. lékařské fakultě je možno pokládat nedostatek ke skutečným výsledkům vedoucí praktické výuky. Hlavními příčinami tohoto problému jsou zejména:

- 1/ nepoměr počtu studentů k počtu pedagogů na klinikách;
- 2/ omezené možnosti klinických výukových pracovišť.

Důsledkem této situace je pak kompenzační převaha teoretické výuky nad praktickou (nikoli dle rozdělení „přednášky/stáže“, ale ve smyslu faktické podoby výuky). Ještě podstatnějším je pak tristní pocit nepřipravenosti absolventů k lékařskému povolání po praktické stránce.

Pokusili jsme se hledat určitá řešení, která by mohla tento stav změnit k lepšímu. Zde jsou naše návrhy:

1/ Kapacitní řešení - mimofakultní pracoviště

Vzhledem k tomu, že celá otázka je v rámci dosavadní kapacity fakultních pracovišť zjevně neřešitelná, vidíme možnost zajištění zvládnutí praktických dovedností studenta v jeho *praxi na mimofakultních pracovištích*.

2/ Smluvní zajištění

Tato mimofakultní praxe by byla prováděna pouze na těch pracovištích, která budou fakultou k poskytování praxe studentům *smluvně vázána*.

Některé lékařské fakulty již tímto systémem pracují. Ze zkušeností studentů je navíc zřejmé, že většina mimofakultních pracovišť na různých místech republiky je k takové spolupráci s mediky ochotna a pokládá spoluúčast na přípravě budoucích lékařů do praxe za prestižní.

Je však třeba zdůraznit, že smluvní vázanost musí být zajištěna smlouvou standardizovaného typu, neboť dosavadní tzv. „smluvní zajištění“ stojí spíše na vágní domluvě, kdy není celistvě pokryté území republiky, nejsou zajištěny podmínky, které musí student během praxe splnit, ani podmínky ze strany pracoviště - např. ubytování a strava zasahují do rozpočtu praxe studenta často neúnosným způsobem. Za zamyšlení stojí i nemožnost slovenských studentů absolvovat praxi na Slovensku a zejména pak neuznávání zahraniční praxe (!) - ačkoli zdůvodnění, které bývá v této souvislosti uváděno, o problematičnosti zajištění kvality praxe v zahraničí, neobstojí, vezme-li v úvahu, jakou větší záruku (bez jasně formulovaných smluv) poskytují praxe vykonávané u nás. (Otázka zahraničních praxí, které jsou studentům tolik doporučovány, tak naráží na stěžejní problém, neboť má-li student po 4. či 5. ročníku absolvovat do prázdnin zkoušky, pak vykonat místní praxi, příp. si vydělat nějaké peníze na další studium či na cestu a posléze absolvovat stáž v zahraničí, nezbyvá mu zcela objektivně, než přerušit za tímto účelem studium, což je pro řadu studentů jistě nepřijatelné.)

Paradoxem ostatně je, že případné komplikace, které studentům v důsledku takových pravidel prázdninových praxí nastávají, jsou nakonec beztak řešeny poskytováním výjimek, a potvrzuje se tak, že celý dosavadní systém letních praxí je zajištěn pouze formálně.

3/ Způsoby „odměny“ mimofakultních pracovišť

Pracoviště, která by byla svou spoluprací vázána k fakultě, by měla právo tuto skutečnost zveřejňovat (např. by fakulta mohla těmto pracovištím poskytovat ověřené „diplomy“ s textem: „Toto pracoviště se podílí na praktické výuce studentů 3. LF UK Praha“).

Z dalších forem „odměny“ by mohla být např. smluvena nabídka některých postgraduálních školení pro pracovníky příslušných pracovišť, či - ze strany nemocnice - nabídka užší spolupráce v rámci specializovaných vyšetření pacientů, odborné konzultace apod.

4/ Kontrola průběhu praxe - „Praktický index“

Každý student by při vstupu do klinické části výuky (např. od 3. ročníku) dostal zvláštní evidentční list či sešit v podobě tzv. „Praktického indexu“. V tomto indexu by byly uvedeny základní praktické úkony, které student musí absolvovat a zvládnout, a to i s uvedením potřebného počtu jejich absolvování (např. aplikace i.v. injekce: kolonky 1. - 10., vyšetření konečnicku: kolonky 1. - 4., asistence při chirurgické operaci včetně šití: kolonky 1. - 3., dále např. asistence při porodu, asistence při resuscitaci, intubace pacienta atd.).

Pevné stanovení soupisu těchto povinných výkonů vypracuje komise pro výuku po zvážení návrhů klinických pracovišť. Konečnou podobu „Praktického indexu“ schválí akademický senát či vědecká rada a tento index se stane pevnou součástí normálního indexu studenta.

Právo na zápis do „Praktického indexu“ budou mít pouze pracovníci smluvně vázaných pracovišť a samozřejmě pracovníci jednotlivých klinik lékařské fakulty.

Kontrola „indexu“ může probíhat několikrát během studia (rozpis výkonů pak musí být stanoven pro jednotlivé ročníky) - tuto alternativu ovšem sledáváme méně výhodnou vzhledem k tomu, že možnost absolvovat některé z výkonů během jedné praxe může být relativně omezená).

Jako vhodnější způsob proto navrhuje kontrolu „Praktického indexu“ před vykonáním státních závěrečných zkoušek (v tomto případě budou výkony rozděleny podle přemětů: interní, chirurgické, pediatrické, gynekologické, ostatní).

„Praktický index“ by měl obsahovat soupis skutečně nezbytných výkonů, které by měl po absolvování lékařské fakulty bezpečně ovládat každý graduant tak, aby byl schopen dostát základním lékařským povinnostem, vyplývajícím z jeho kvalifikace a právního postavení.

B: STANOVENÍ ZÁKLADNÍ KOSTRY VÝUKY

Jednotlivé obory by měly poskytnout písemně zpracovanou závaznou kostru svého oboru (v podobě jakéhosi „obsahu“ oboru), která by zahrnovala skutečný a podstatný základ toho kterého oboru. Zhruba by mohla odpovídat schématu přednášek. Její nedílnou součástí by měl být soupis dostupné základní a doplňkové odborné literatury.

Tato „kostra“ by měla být připravena komisí pro studium a měla by sloužit:

- 1/ k základní orientaci studenta již při nástupu na obor;
- 2/ k možnosti studenta rozvážit, jakou formou tu kterou část předmětu vhodněji zvládne (zda formou fakultní výuky či samostudiem) a na jakou problematiku se v oboru vzhledem ke své zamýšlené profilaci zaměří hlouběji.

Kostru jednotlivých oborů by rozhodně neměla být omezením pro stanovení požadavků ke zkouškám, které musí pochopitelně zahrnovat celý obor, ale sloužila by zejména jako orientační plán, který by stanovil aktuální priority oboru a akcentoval zřetelně jeho klíčovou problematiku. Na rozdíl od klasických „obsahů učebnic“ by tento redukovaný syllabus dle našeho názoru umožnil studentům kvalitnější zvládnutí logického myšlení typického pro ten který obor a mohl by přispět k odstranění nežádoucího chápání oborů jako nediferencovaného souhrnu množství informací bez hlubšího propojení souvislostí. (Při současném stavu věci je vlastně u zkoušek hodnoceno převážně to, co se student „naučil zpaměti“, a akcent na medicínské myšlení je odsunut minimálně na druhé místo - viz dále bod „Zkoušky a zápočty“.)

(Pozn.: Zajímavé jsou v této souvislosti zvyklosti z amerických vysokých škol, jak o tom podrobněji pojednává článek v tomto čísle - rubrika "Ze zahraničí".)

C: AKCENT NA PROBLÉMOVĚ ORIENTOVANOU MEDICÍNU

Souvisí s požadavkem co nejvíce využívat k výuce zdokumentovaných kazuistik, modelových případů a zejména akcentu na diferenciální diagnózu, která je v praxi podstatou medicíny, zatímco během studia se studenti opakovaně setkávají s popisem jednotlivých nemocí bez jakéhokoliv varování, že učebnicové případy, natož pak jednotlivé nemoci samy o sobě se na světě jaksi ze své podstaty nevyskytují.

D: ZKOUŠKY A ZÁPOČTY

Studenti se shodují na tom, že samo „naučení se faktů“ a vlastní aplikované medicínské myšlení jsou dvě zcela rozdílné věci. Bylo by tedy logické, aby této skutečnosti odpovídal i systém zkoušek (na některých pracovištích je v podstatě používán).

1/ K prověření vlastních znalostí studentem (teoretické zvládnutí faktů) je vhodná a zároveň dostačující písemná zkouška formou testu. Je ovšem třeba, aby byla volena vhodná náročnost testu i srozumitelná formulace otázek a aby výsledky testu, dosažené studentem, mohly tudíž být považovány zkoušejícím za natolik validní, aby na nich mohl postavit i přístup a formu ústního zkoušení.

2/ Vlastní ústní pohovor by probíhal teprve po zvládnutí testu studentem, byl by tedy postaven na prověřeném předpokladu, že student zvládl teoretickou rovinu oboru. Pohovor by tak mohl být cíleně a svobodněji zaměřen na aplikované medicínské myšlení (diferenciální diagnostika, logické postupy vyšetření, terapie apod.), nikoli na opětovné prověřování dílčích znalostí, jak tomu dosud často je. Tomuto cíli by byla uzpůsobena i formulace otázek a okruhů požadovaných k ústní zkoušce.

Toto schéma by mohlo vést k podstatnému zvýšení úrovně a kvality znalostí studenta, ke zkvalitnění jeho medicínského myšlení a v neposlední řadě k tomu, že absolvování zkoušky kteréhokoliv z předmětů by bylo garancí toho, že student předmět skutečně pochopil a v podstatných rysech zvládl, nikoli že se jej pouze „dobře naučil“. Opačný - a dosud převládající - přístup ke zkoušení vede často k tomu, že student není již po několika měsících či dokonce týdnech schopen cokoliv z „naučených faktů“ použít.

E: VOLITELNÉ PŘEDMĚTY

Když jsem před zhruba třemi lety navrhoval kolegiu děkana zavedení povinně volitelných předmětů, motivovaly mne k tomu zejména následující úvahy:

1/ volitelné předměty umožní studentovi hlubší orientaci v oboru, který míní ve své budoucnosti preferovat;

2/ účast studenta ve volitelném předmětu bude jeho prestižní záležitostí, odměnou za jeho zájem a znalosti, a povede i k růstu jeho profesního sebevědomí;

3/ volitelné předměty vytvoří ve studiu jinak absentující prostředí konkurence: student bude muset svoje právo na účast v předmětu, který si sám vybere, „ustát“. Zároveň bude zviditelněna skutečnost, že stejná konkurence jej čeká v následující praxi;

4/ předmět umožní studentovi proniknout do skutečné „práce v oboru“, v případě jeho úspěšnosti i k možnosti jakési první „odborné kvalifikace“ v rámci účasti na různých symposiích (viz např. studentské vědecké konference), ale i v rámci prezentace své práce již pod hlavičkou příslušného pracoviště (jako spoluřešitel úkolu apod.);

5/ volitelné předměty odstraní z fakulty jinak nepřeklenutelnou unifikovanost studentů. Řečeno lapidárně, student bude moci o sobě prohlásit nikoli pouze: „Studuji lékařskou fakultu.“, ale bude moci říci: „Zabývám se hlouběji takovou a takovou problematikou.“ I pedagogové - a zejména zkoušející - se pak budou moci studenta zeptat, čím se zabývá, bude tedy před nimi stát konkrétní medik s určitým vyhraněným zájmem, nikoli pouze anonymní a uniformní produkt masového medicínského vzdělávání. V této souvislosti musím poznamenat, že více než 3/4 studentů lékařské fakulty nejsou po absolvování prvních čtyř let studia schopny odpovědět na otázku, co je z medicíny nejvíce baví, natož pak čemu se budou posléze věnovat. Podle rozhovorů se studenty ročníku šestého nutno říci, že tito studenti odpovídají konkrétněji často jenom proto, že jsou k tomu nuceni okolnostmi (fakt, že po škole „někam prostě nastoupit musí“), než že by měli skutečně podstatné důvody pro svoji volbu. Skutečně vyhraněné typy je mezi absolventy možno pokládat za výjimky.

6/ volitelné předměty, které půjdou napříč studiem, umožní kontakt a spolupráci studentů jednotlivých ročníků, čímž se částečně odstraní nesmyslný a mylný názor, že studium medicíny spočívá v postupném zvládání jednotlivých „stupňů pomyslného žebříčku předmětů“ bez jakéhokoli vědomí souvislosti, propojenosti a celkovosti.

Mezi mými úvahami naopak nefigurovalo:

1/ aby se z volitelných předmětů stala formální záležitost, kterou značná část studentů pokládá spíše za „nutné zlo“;

2/ aby se volitelné předměty svým průběhem podobaly výuce standardní;

3/ aby studenti neměli možnost včasného zvážení a posléze rovnoprávného usku-tečnění své volby (včetně její event. obhajoby před pedagogem v případě nadměrného zájmu o některý z předmětů);

4/ aby organizace volitelných předmětů působila chaos v řádném běhu fakulty, nesnáze v rozvrhových plánech a těžkosti jak jednotlivým pracovníkům fakulty, tak i studentům samotným.

Z uvedených důvodů a po rozhovorech se studenty zejména nižších ročníků je možno konstatovat, že mezi studenty převládají spíše stanoviska, odpovídající druhé, negativní části vyjmenovaných rysů.

Za stávajícího stavu a zároveň při plném vědomí toho, že výsledky některých konkrétních předmětů jsou naopak vynikající (viz práce studentů v tomto čísle VNR) je třeba konstatovat, že celá záležitost s volitelnými předměty neplní v komplexním posouzení zamýšlený účel. Navrhuji tedy znovu přehodnotit význam volitelných předmětů na fakultě a výsledkům tohoto přehodnocení pak uzpůsobit jejich organizaci i průběh.

F: PŘIPOMÍNKY K JEDNOTLIVÝM PŘEDMĚTŮM

Tyto připomínky a návrhy byly již v textu probrány, vždy v pojednání o konkrétním předmětu a takto konkrétně a adresně je také třeba přistupovat k jejich řešení.

ZÁVĚR

Jak jsem již uvedl na začátku, tento článek vznikl díky ochotě a zájmu těch, kteří po dobu šesti let svého života tvoří součást naší akademické obce, upřímně a otevřeně, zároveň však nesmírně věcně vypovídat o této fakultě, o studiu i o sobě samých. Za dobu svého pobytu na fakultě se na jedné straně mnoho naučili a získali řadu cenných profesionálních i osobních zkušeností, na straně druhé prožili i mnohá rozčarování a zklamání.

Naším společným cílem při přípravě článku nebylo - jak je, doufám, patrné - pouštět se do kritik „za každou cenu“, dělat si ambice na nezaujatý a metodicky korektní průzkum stavu výuky na fakultě či podat „objektivní“ hodnocení studia. Jednalo se nám pouze o poskytnutí užitečné zpětné vazby, vlastního názoru jakožto *hlasu z pléna*, a - v rámci našich omezených možností - i konkrétních námětů, které by mohly pomoci nelehkou problematiku studia lékařství řešit k jejímu prospěchu.

Zatímco pochvalou a oceněním pedagogů i fakulty je obecně vždy spíše cosi, co není vidět, o čem se mnoho nemluví a co sje vždy patrné až během delšího času - totiž schopní, vzdělaní a odborně zdatní mladí absolventi, kteří budou po čase schopni důstojně a odpovědně navázat na práci jejich dnešních učitelů a vzorů, kritické připomínky a ohlasy je možno a nutno ventilovat ihned. To je třeba si při čtení tohoto článku uvědomit především.

Toto upozornění uvádím proto, že studenti z vlastní zkušenosti již dobře vědí, jak těžce se navazuje dialog v atmosféře, kdy vedení fakulty sice intenzívně volá po zpětné vazbě, na druhé straně však tuto vazbu samo tlumí, jestliže ve chvíli, kdy se jakýkoli pokus o zpětnou vazbu objeví (ať již v jakékoli formě), odezva na něj je minimální (jako příklad studenti uváděli z poslední doby anketu o úrovni výuky jednotlivých oborů studia, která skončila zveřejněním výsledků ve VNS). Po podobných zkušenostech z předchozích let panuje dnes již mezi studenty spíše skepse vůči podobným aktivitám a z ní plynoucí lhostejnost k dění na fakultě. Přitom je jisté, že vzbuzení aktivního zájmu o studium (právě například formou otevřené diskuse - ovšem s reálnými dopady na stav věci či alespoň s řádnou prezentací stanoviska vedení fakulty či představitelů oborů k připomínkám a námětům studentů) by fakultu celkově oživilo a v mnoha případech jistě vedlo i ke zkvalitnění výuky.

Stane-li se tedy výsledek naší snahy námětem diskusí či inspirací k některým úpravám v systému výuky a studia, a dočká-li ze zřetelných stanovisek a odpovědí, pak bude společný cíl všech, kteří se na článku podíleli, uspokojivě naplněn.

OHLÉDNUTÍ ZA 2. VĚDECKOU KONFERENCÍ 3. LF UK

Vlastimil Slouka

V posledním lidstopadovém týdnu roku 1994 proběhla na půdě 3. LF UK druhá vědecká konference. Od té doby již uplynul dostatečně dlouhý čas, aby bylo možné hodnotit bez emocí a bezprostředních dojmů její průběh a význam a načerpat tak zkušenosti i inspiraci pro pořádání konferencí dalších.

Nejprve bych chtěl zvýraznit některé **důvody**, pro něž pokládám konání podobných konferencí na naší fakultě za užitečné a přínosné.

Naše fakulta ani fakultní nemocnice nemá, bohužel, tradici odborných setkání. Můžeme jen závidět fakultám, které mají pravidelná měsíční setkání Spolků lékařů, obtýdenní klinicko-patologické semináře či dokonce vlastní odborná periodika. Velkým nedostatkem u nás je nedostatečná informovanost o práci jednotlivých ústavů a klinik a nevyužití možnosti spolupráce. Obdobné konference tedy umožňují zlepšení vzájemné informovanosti. To je první skupina důvodů, proč pokládám organizování vědeckých konferencí na naší fakultě za velmi žádoucí.

Na fakultě se řeší několik desítek projektů sedmi grantových agentur. Vědecká konference poskytuje možnost v krátké době a v soustředěné formě přehlédnout a prodiskutovat výsledky dosažené v běžném roce.

Na konferenci jsou zváni a zúčastňují se jí představitelé grantových agentur. Fakultní komise pro vědu a výzkum rozhodla o tom, že uzavírané úkoly budou na konferencích oponovány. Tato forma se velmi dobře osvědčila a všechny uzavírané úkoly byly podle požadavků agentur oponovány. To je druhý dobrý důvod pro organizování fakultních konferencí.

Většinu akademické obce tvoří studenti. Konference je pro ně významnou možností nahlédnout do vědecké práce fakulty, získat nové poznatky věcné, metodické i prezentační. Tento třetí důvod pro organizování konferencí se velmi kladně potvrdil na značné - a nejen pasivní, ale i aktivní - účasti studentů. Podporou bylo doporučení pana děkana, aby učitelé využili možnost zúčastnit se konference se studenty místo normální výuky.

Čtvrtým důvodem jsou sdělení přednesená zahraničními účastníky - členy vědecké rady fakulty. 2. konference se sice zúčastnil pouze jeden zahraniční host, ovšem na jeho sdělení se podařilo navázat třemi tématicky příbuznými sděleními pracovníků fakulty (Prof. Rokyta, Prof. Mareš, Prof. Kršiak), takže dohromady vzniklo jakési mini-symposium.

Novinkou 2. konference bylo zařazení sdělení, které ukázalo výsledky práce jednoho špičkového pracoviště (Prof. Kuchynka). Taková sdělení by měla být i na dalších konferencích. Prezentací špičkových pracovišť a pracovníků by mohla přispět k lepšímu poznání vědeckého profilu fakulty.

A nyní několik poznámek k **organizaci konference**.

Sdělení byla rozdělena do bloků s příbuznou problematikou, předneseno bylo 59 sdělení v 9 blocích. Sekretář konference Dr. Rosina osobně projednal se všemi referujícími zařazení jejich sdělení a požadavky na techniku. K dispozici byly diapojektory pro simultánní projekci na dvou plátcích, zpětný projektor a video-projektor. Dokumentace byla vesměs na vysoké úrovni, projekce téměř bez závad.

Kabinet vedle posluchárny byl využit jako servisní místnost s počítačem, kopírkou, prohlížečkou diapositivů, s telefonem a se stálou službou. O přestávkách byla nabízena káva a nealkoholické nápoje. Tyto služby byly účastníky dobře hodnoceny.

Novinkou bylo širší zapojení studentů I. ročníku do organizace konference. V každém bloku byli 4 studenti, kteří se starali o provoz posluchárny (projekce, zhášení světla, kontakt s autory aj.). Byli předem dobře instruováni (Dr. Rosina, p. Daněček) a přispěli k hladkému průběhu zasedání.

Celkové hodnocení konference:

1. Termín byl vhodně zvolen a dobře se osvědčil - poslední týden v listopadu by tedy měl být využíván i nadále.

2. Organizační příprava a samotná konference proběhly bez rušivých vlivů. V přípravě byli velmi aktivní tajemník fakulty Dr. Zákravský a paní Jeníčková, která s pečlivostí jí vlastní připravila přehled grantových úkolů a požadavky jednotlivých grantových agentur. Průběh konference řídil čtyřčlenný štáb Ústavu lékařské biofyziky (Prof. Slouka, Dr. Rosina, V. Daněček a J. Grossová).

3. Úroveň sdělení byla celkem vyrovnaná, malou informační hodnotu mělo necelých 10% sdělení, která ukázala, že výzkumné práce byly zahajovány zřejmě až v druhém pololetí. S mimořádnou pečlivostí byla připravena sdělení z Radiologické kliniky, také většina sdělení v bloku preventivní medicíny a z obou interních klinik. Nedostatkem bylo, že z některých pracovišť byl přítomen pouze autor sdělení (chirurgie, ortopedie), slabší byla účast příbuzných oborů (neurologie, psychiatrie).

3. Dokumentace byla na vyšší úrovni než na předchozí konferenci, k čemuž přispěla zejména počítačová grafika.

4. Trvajícím úkolem zůstává zvýšení účasti vysokoškolských pracovníků fakulty v celém průběhu konference.

AKADEMICKÝ SENÁT 3.LF UK PRO FUNKČNÍ OBDOBÍ OD 1.12.1994

Předsedkyně

RNDr. Eva Samcová, CSc., Ústav lékařské chemie a toxikologie

Místopředsedové

MUDr. Pavel Čech, Ústav anatomie
Martin Dzivjak, 3.ročník

ČLENOVÉ AS

PEDAGOGICKÁ ČÁST

klinická pracoviště:

1. MUDr. Jiří Beneš, CSc., Klinika infekčních nemocí
2. Zdena Čábelková, prom.chem., Klinika pracovního lékařství
3. MUDr. Ludmila Hejmanová, Klinika dětí a dorostu
4. MUDr. Zdeněk Chodounský, Klinika radioterapie a onkologie
5. Prof. MUDr. Pavel Kuchynka, CSc., Oftalmologická klinika
6. MUDr. Jan Šturma, CSc., Klinika anesteziologie a resuscitace
7. Doc. MUDr. Michael Urban, Klinika urologie
8. Doc. MUDr. Petr Widimský, CSc., II. interní klinika

ostatní pracoviště:

9. MUDr. Pavel Čech, Ústav anatomie
10. Doc. MUDr. Ladislava Horanská, CSc., Ústav fyziologie a klin. fyziologie
11. Prof. MUDr. Richard Jelínek, DrSc., Ústav histologie a embryologie
12. Doc. MUDr. Milan Jíra, CSc., Ústav klinické imunologie
13. Prof. MUDr. Miloslav Kršíak, DrSc., Ústav farmakologie
14. RNDr. Eva Samcová, CSc., Ústav lékařské chemie a toxikologie
15. Prof. MUDr. Vlastimil Slouka, CSc., Ústav lékařské biofyziky
16. Prof. MUDr. Jiří Štefan, DrSc., Ústav soudního lékařství

STUDENTSKÁ ČÁST

1. Petr Dlouhý (3.roč.)
2. Martin Dživjak (3.roč.)
3. Richard Hányš (3.roč.)
4. Petr Jirásek (5.roč.)
5. Veronika Jirešová (3.roč.)
6. David Kachlík (3.roč.)
7. Tomáš Kašpar (4.roč.)
8. Michal Krutský (2.roč.)
9. Barbora Lysá (3.roč.)
10. Michal Otáhal (4.roč.)
11. Michal Pipek (5.roč.)
12. Martin Šrámek (4.roč.)
13. Ivo Trešl (5.roč.)
14. Petr Vaněk (4.roč.)
15. Denisa Vránková (3.roč.)
16. Petr Žigo (4.roč.)

ZÁSTUPCI 3. LF UK DO AKADEMICKÉHO SENÁTU UK

1. RNDr. Eva Samcová, CSc.
2. Doc. MUDr. Milan Jíra, CSc.
3. Oliver Šafránek
4. Richard Hányš

AKTUÁLNÍ OTÁZKY

SOUČASNÉ PROBLÉMY ZDRAVOTNICTVÍ Z POHLEDU UČITELE LÉKAŘSKÉ ETIKY

Jiří Šimek

V současné době probíhá na nejrůznějších úrovních bouřlivá diskuse o problémech financování a řízení našeho zdravotnictví, o otázkách pravomocí jednotlivých struktur a o právě probíhající privatizaci ve zdravotnictví. Z pohledu lékařské etiky je především zarážející, že většina diskutujících hovoří o potřebě dialogu i o nutnosti systémového řešení problémů probíhající transformace, málokdo se ale o něco takového skutečně pokouší.

Abychom mohli nějakou diskusi nazvat dialogem, je nutné v debatě dodržet alespoň základní pravidla dialogu. Především musí být patrna ochota obou stran se vzájemně slyšet a respektovat názor druhého, argumentace všech zúčastněných tomu musí odpovídat. Častěji jsme svědky asertivních manévřů typu „ohrané desky“, ve kterém všechny strany opakují do omrzení totéž.

Stejně obtížně hledám známky pokusů o skutečné systémové řešení současných problémů ve zdravotnictví. Prvním předpokladem systémového přístupu je totiž poctivě pojmenovat všechny existující problémy, otevřeně diskutovat jejich různá možná řešení i s jejich předpokládanými důsledky. Jestliže je politicky nevhodné o některých skutečnostech hovořit (např. nedostatečná celková suma peněz přicházejících do zdravotnictví, z toho vyplývající potřeba finanční spoluúčasti pacienta nebo problém fungování trhu ve zdravotnictví) a jestliže některá řešení z politických důvodů nelze navrhnout (zvýšení pojistného, spoluúčast nemocného) a jestliže je různými kompromisy změněna již přijatá koncepce k nepoznání (např. fungování zdravotních pojišťoven), pak transformace tak složitého organizmu, kterým je zdravotnictví, nemůže vést k ničemu jinému než ke zmatkům a krizím, kterých jsme svědky v současné době.

Zkusme si tedy nezaujatě vyjmenovat všechny existující problémy při transformaci našeho zdravotnictví a bez předsudků se podívat na možnosti jejich řešení.

Nejdříve výčet problémů:

1. *Celková suma peněz přicházejících do zdravotnictví je nedostatečná.* Jak velmi přesvědčivě ukázal doc. Milan Matějka v MF Dnes (11.1.1995), produktivita českého hospodářství dosahuje asi 15% produktivity hospodářství vyspělých států v Evropské unii (EU). Pokud tedy plyne u nás do zdravotnictví stejné procento hrubého národního produktu (nebo jiného ukazatele) jako ve vyspělých státech, dostává ve skutečnosti naše zdravotnictví jen zlomek toho, co zdravotnictví ve státech EU. Z toho v podstatě vyplývá, že když nevěnujeme do našeho zdravotnictví více peněz, nemůžeme očekávat, že bude poskytovat služby srovnatelné se zdravotnictvím vyspělých států. Úsporná opatření sice mohou důsledky nedostatku financí zmírnit, ale v žádném případě je nemohou odstranit.

2. *Malá hospodárnost systému.*

Panuje obecná shoda, že současný nedostatek financí dále zhoršuje fakt, že se s vynaloženými prostředky nezachází dostatečně hospodárně. Současná situace je taková, že zdravotní pojišťovna má poměrně malé podnikatelské pravomoce, je v podstatě pouhým distributorem peněz. Lékař má jedinou možnost, jak ovlivnit tok peněz do jeho zdravotnické instituce, a tou je výkaz bodů. Ani lékař, ani pojišťovna nemá možnost ovlivnit cenu léků, přístrojů a zdravotnického materiálu. Nikde není subjekt, který by měl jakýkoliv prospěch z uskutečnění levnější transakce. Jediným faktorem omezujícím náklady je proto nedostatek financí, který je ale často v oficiálních prohlášeních popírán. Takto organizovaný systém se nemůže chovat hospodárně, při limitovaných zdrojích se musí ekonomicky zhroutit.

3. *Trh ve zdravotnictví.*

Privatizaci zavádíme do zdravotnictví tržní principy, zapomněli jsme ale prodiskutovat otázku jejich skutečného působení. Nejdůsledněji a nejméně kontrolovaně působí tržní mechanismy ve zdravotnictví v USA. Toto zdravotnictví sice patří k nejmodernějším, ale také k nejdražším, náklady rostou podstatně rychleji než produktivita. Nezbyvá, než trh ve zdravotnictví regulovat, k tomu je ale nutné si položit otázku, které tržní prvky povedou k zlevnění zdravotnických služeb a které je naopak budou progresivně zdražovat. Marrně hledám zasvěcenější diskusi na toto téma.

4. *Privatizace ve zdravotnictví.*

Privatizace běží, dnes je již možné, aby bylo do několika měsíců rozhodnuto o všech podaných privatizačních projektech. Uprostřed privatizačního procesu se ale ukazuje, že v našem zdravotnictví chybí kapitál, že peníze na splacení privatizovaného majetku půjdou ve skutečnosti z pojistného, z částky, která je již tak nedostatečná. Peníze takto získané se vlastně nepoužijí k ničemu, budou ležet ve fondu národního majetku, aby nezvyšovaly inflační tlaky. V současné době není nikomu jasné, jakým

způsobem zdravotníci privatizovaný majetek zaplatí. Nevytvoříme-li smysluplná pravidla, na jejichž základě bude možné dlouhodoběji plánovat, nebudou ani banky ochotny poskytovat úvěry zdravotníkům.

5. Lékařská komora.

Co udělala komora až dosud: Zpřísnila podmínky udělování osvědčení pro výkon povolání. Díky své autoritě donutila zodpovědné úřady upravit bodovací systém tak, aby byl racionálnější, zachránila tím některé obory od zhroucení (protože by se dle původního sazebníku neuzivily - např. rehabilitace, psychiatrie). Bojuje o přisun peněz do zdravotnictví (vždyť tu chybí!). Má pro lékaře závazný morální kodex. Má vytvořenou strukturu pro řešení morálních a odborných selhání svých členů i stanovení hierarchie postihů.

Komora byla založena s velkou slávou, podle zahraničních vzorů, s povinným členstvím všech lékařů. Nyní je generální útok proti, její moc je všemožně omezována (vláda např. navrhuje zrušit její vliv na vzdělání lékařů), mělo by být zrušeno povinné členství. Podíváme-li se nezaujatě na její dosavadní činnost, vidíme, že jde o jediný čitelně, konstruktivně a předvídatelně se chovající prvek v transformaci zdravotnictví.

Jaká jsou možná řešení:

1. Nedostatek peněz.

Ten nevyřeší politická agitace (s tím máme bohaté zkušenosti). Jsou dvě možnosti. Buď přidat peníze, nebo otevřeně sdělit lidem, že zdravotnictví bude poskytovat jen část služeb, které očekávají. Pak ale musíme definovat, které služby bude a které nebude poskytovat, a dát klientům možnost si chybějící služby koupit.

Přidat peníze lze dvojím způsobem. Vzít je od zdravých (zvýšit daně či pojistné) nebo od nemocných (spoluúčast nemocného na platbách).

Jestliže budou naši politici i nadále trvat na tom, že všechna tato řešení jsou politicky neúnosná, zdravotnictví nemůže fungovat. Jestliže některé z možných kroků uskuteční, ale dají jim jinou nálepku (spoluúčast má přinutit lékaře k hospodárnosti, ne přidat peníze do systému), pak přijatá opatření nebudou s velkou pravděpodobností systémová a vyřeší jen málo.

2. Malá hospodárnost systému a trh ve zdravotnictví.

Co v dosavadním systému chybí, je „podnikatel“, který by zvažoval příjmovou a výdajovou stránku a který by měl jasno, jaké má úkoly a jaké prostředky k jejich splnění, také by měl mít nějaký prospěch z toho, když bude systém fungovat laciněji.

Jako podnikatelský subjekt se nabízí pojišťovny. Ty drží v ruce balík peněz a rozdělují jej. Zákon by z nich ovšem musel udělat podnikatele, a ne distributora jako dosud. Pak by ovšem mělo smysl mít dvacet různých pojišťoven. Dvacet distributorů nepotřebujeme.

Politicky ožehavé je, že jedna z pojišťoven by musela ze zákona garantovat základní péči pro všechny, samozřejmě VZP. Ta by se ovšem stala „pojišťovnou chudých“. To bychom museli připustit, že jsou v našem státě chudí a že nemáme na to jim dopřát stejné zdravotní služby jako bohatým. Když tento model nepřijmeme, stejně si bohatí najdou svá privilegia, ovšem v rámci šedé ekonomiky. Tím se překvapivě vrátíme k nectnostem socialistického zdravotnictví.

Lékaři mají malé platy a trpí pocitem společenské nedocenenosti. Napadlo mne netradiční řešení. Nechť pojišťovna platí všechno, kromě hodnoty práce lékaře. Tu ať si stanoví on sám. Pro pacienta by toto řešení nemuselo být drahé. Počítejme: vezme-li lékař 200 Kč za jednu hodinu, při 160 hodinách měsíčně dostane 32 000 Kč. To by mu mohlo stačit! Pokud se v nemocnici stará lékař o 16 pacientů současně, znamená to půl hodiny na jednoho pacienta a den, t.j. 100 Kč denně. Neuvažuje se o takové spoluúčasti hospitalizovaných nemocných? Zkusili jsme netradiční kupónovou privatizaci, a osvědčila se. Nemohli bychom zkusit něco nového i ve zdravotnictví?

3. Privatizace ve zdravotnictví.

Řešení jsou opět dvě. První je privatizaci v podstatě zastavit - ono je to vlastně nemravné platit z peněz, kterých je málo, ještě nabývání soukromého majetku. Druhé řešení by muselo opět vycházet ze zvážení realit. Spousta státního majetku se při privatizaci rozkradla (velká a malá privatizace, majetek KSČ), spousta majetku se rozdala zadarmo (kuponová privatizace). Jenom majetek ve zdravotnictví bude splacen do poslední koruny. Mezitím jsme totiž vymysleli způsoby, jak to zajistit. Nebylo by mravným řešením dát tedy majetek zdravotníkům zadarmo nebo skoro zadarmo? Privatizační projekty jsou hotovy, proč bychom nemohli ještě jednou změnit pravidla a majetek klasifikovaný jako B (se závazkem konkrétních služeb) v podstatě rozdat? Nebylo by to mravnější než všechna ostatní řešení?

4. Lékařská komora.

Komora je dnes jediný subjekt, který se chová jednoznačně a předvídatelně, a tím chrání nejen všechny zdravotníky, ale i pacienty. Vždyť nebude-li zdravotnický systém fungovat a budou-li zdravotníci nespokojeni, odnesou to především nemocní! Přitom komora stejně žije na čestné slovo. Parlament může nařídit lékařům vykonávat - třeba zadarmo - cokoliv, co je potřeba, poslanci mohou, když budou chtít, zákonem stanovit pravidla vzdělávání, placení zdravotních služeb, snad i oblékání lékařů! Parlament může též kdykoliv komoru zrušit. Proč alespoň nějaký čas nenechat tento subjekt fungovat v dosavadní síle?

Nemyslím, že se mi podařilo v krátkém souhrnu vyřešit všechny problémy transformace našeho zdravotnictví. Pokusil jsem se ukázat, jak by podle mých představ mělo vypadat jejich systémové řešení a z jakého minimálního výčtu problémů by měl vycházet nezaujatý a poctivý dialog - základní předpoklad rozumné domluvy.

POSTAVENÍ UČITELŮ KLINICKÉ MEDICINY

Dopis prof. MUDr. Michala Anděla, přednosta II. interní kliniky 3. LF UK a FNKV,
zaslaný dne 16. ledna 1995 prof. MUDr. Pavlu Klenerovi, prorektoru University Karlovy

Vaše Magnificence,
vážený pane prorektore,

dovolte mi, abych Vás požádal o kroky, které by uvedly na pravou míru některé výroky a některá stanoviska, týkající se universitních nemocnic a universitních učitelů klinické mediciny, která se objevila v denním tisku. Jde například o článek na straně 3 Mladé Fronty Dnes z pondělí 9.1.1995, z Lidových Novin z pátku 6.1. respektive z prvního letošního čísla týdeníku Týden. Tam je možné se dočíst, že ředitelé nemocnic nemohou přednostům klinik „v podstatě nic přikázat“, jindy zas, že profesori a ostatní učitelé mají o tři týdny dovolené víc než ostatní zaměstnanci klinik (Lidové Noviny) či že profesor vyučuje jen asi deset procent své pracovní doby (časopis Týden). Východisko již naznačuje Mladá Fronta Dnes: všichni zaměstnanci kliniky budou zdravotnickými pracovníky a pokud budou učit studenty, uzavřou sice s lékařskou fakultou smlouvu, ale nebudou jejími podřízenými.

Dovolte mi, pane prorektore, abych k výše uvedeným tvrzením novinářů zaujal stanovisko:

Všichni učitelé klinických oborů lékařské fakulty mají zdravotnický úvazek, který je úvazkem u fakultní nemocnice. Jsou jím podřízeni vedení nemocnice. Je naprosto nepředstavitelné, že bych jako přednosta kliniky, zaměstnaný také v nemocnici, jakýmkoliv způsobem odmítal plnit rozhodnutí vedení této nemocnice. Jsem totiž jak právně, tak eticky a zejména ekonomicky závislý na odborných a ekonomických výsledcích kliniky, na které pracuji. Řada jemných mechanismů spojených s vyplácením mezd, nákupem léků, zdravotnického spotřebního materiálu a také přístrojů je jednoznačně tak závislá na schválení příslušných úředníků ředitelství, poradního sboru ředitelky či dalších struktur zodpovědných za sledování kvality v nemocnici, že nemám nejmenší možnost nerespektovat v jakémkoliv ohledu vůli vedení nemocnice.

Podobně jsou do struktury nemocnice inkorporováni ostatní učitelé klinických oborů, kteří často současně vykonávají hierarchicky zodpovědné funkce na klinice.

Vysokoškolští učitelé mají opravdu o tři týdny dovolené více, než jiní pracovníci fakultní nemocnice. Jaká je ale realita jejího čerpání: téměř nikdo si nevybere více než čtyři týdny dovolené v nepřetržitém sledu. Typičtější je situace čerpání tří týdnů po sobě jdoucích. Tento jev je dán právě respektováním potřeb nemocničního provozu. Mnohým z nás přebývá nevyčerpaná dovolená do dalšího roku. Čas strávený na kongresech či symposiích je naplněn právě těmi „nadbytečnými“ týdny dovolené a takový je většinou způsob jejího strávení. I kliničtí učitelé slouží pohotovostní služby o sobotách a nedělích a vánočních a velikonočních svátcích. Při obsazování služeb nemají žádná zvláštní privilegia.

Postavení učitele klinického oboru je velmi široké a rozhodně nelze zúžit jen na počet přímo odučených hodin seminářů či přednášek. I na ty je nutno se připravovat a připravovat studijní pomůcky, přinejmenším diapozitivy, tištěné materiály, videozáznamy složitějších instrumentálních vyšetření či operací. Učitel klinického oboru také zkouší zkoušky včetně časově velmi náročného zkoušení státních závěrečných zkoušek (jen jimi sám strávím alespoň 100 hodin ročně), je přisedícím u státních závěrečných zkoušek na jiných lékařských fakultách, jiní zkouší zápočty, opravují testy, seminární práce apod. Mnoho hodin také zaberou konzultace. Nežádá se na mne a na jiné starší učitele obrazejí studenti se svými osobními či studijními problémy. Mnoho hodin také zabere práce v komisích a příprava na ni. V mém případě jde například o komisi pro reformu studia a o komisi vědeckovýzkumnou, jiní učitelé jsou členy mnoha dalších komisí, akademického senátu fakulty a také university. Činnost ve vědecké radě a zasedání vědecké rady fakulty jsou jinými typickými časově náročnými aktivitami, které mnoho z nás každý měsíc absolvuje. Časově náročná je i oponentura habilitačních, kandidátských a doktorských prací, příprava skript a dalších písemných materiálů. Pro studenty je nutné rovněž organizovat prázdninové praxe, praxe v ordinacích ambulantních lékařů a praxe zahraniční. Při tom je nutné průběh těchto praxí alespoň namátkově kontrolovat.

Přes toto všechno zůstává učitel kinického oboru především klinickým lékařem. Samy kvalifikační podmínky pro získání učitelského místa představují záruku jeho odborné lékařské kvalifikace. Klinický učitel stráví každodenně několik hodin jasné klinické práce s pacienty, vyšetřuje je, koná vizity, specializované diagnostické a léčebné úkony. Diagnostickým a léčebným aktivitám věnuje každý z nás několik hodin denně. To, že se jim nemusí věnovat osm či deset hodin denně a že zbylé hodiny svého dne stráví výukou, výzkumem či studiem, je velké privilegium. Je také podmínkou a zárukou dobré kvalifikovanosti klinických učitelů.

Jistě není pochyb o tom, že právě v universitních nemocnicích se všude na světě provozuje medicína velmi kvalitní. Tento jev je také důsledkem akademické dimenze těchto nemocnic.

Pochopitelně, že se studenti zúčastňují spolu se svými učiteli běžného klinického provozu. Téměř každé vizity, kterou na klinice konám, se zúčastňují studenti posledního ročníku studia.

U všech důležitějších problémů se musíme na chodbě zastavit a tyto se studenty probrat. To prodlužuje trvání takové vizity asi o 50-100%. Vizitám věnuji zhruba deset hodin týdně. Podobně se studenti zúčastňují mnoha dalších vizit, výkonů a vyšetření. To zpomaluje vizitu a vyžaduje objasnit studentům princip daného vyšetření či ošetření. I pacienty je třeba požádat o souhlas s tím, že jejich vyšetření či ošetření budou studenti přítomni. To pochopitelně prodlužuje čas nutný k těmto procedurám. V současné době zvyšování efektivity práce v nemocnicích až na samotný okraj možností, by vedlo základní zařazení učitelů medicíny mezi zdravotnické pracovníky jen k zhoršení výuky, a možná také k zhoršení péče o pacienty.

S prací universitního učitele je rovněž spojena aktivita výzkumná. Je podmínkou dobré a systematické práce učitele klinických oborů, stejně jako učitele teoretických oborů, například fyziologie či histologie, ale také archeologie či mechaniky. Bez systematické vědecké práce a možností pro tuto práci se stanou učitelé klinických oborů jen těmi, kteří opakují poznatky, které získali jinde jiní. Navíc je v současné době žádoucí, aby se věda na univesity vrátila, když z nich byla po roce 1948 soustavně po dobu 40 let vyháněna.

Učitel klinického oboru není jen tím, který předává studentům konkrétní dovednosti či znalosti. Musí je umět zapojit do kontextu znalostí ostatních klinických, ale i teoretických oborů, a také do kontextu obecné vzdělanosti. Právě tato dimenze výuky je velmi zvláštním a těžko postižitelným faktorem, který je však ve výuce faktorem neodmyslitelným. Navíc je při výuce předávána řada postojů etických a obecně humanitních. To jistě překračuje představu o možnosti zvládnout většinu výuky v jakémsi nadúvazku k základnímu zdravotnickému úvazku v nemocnici.

Akademická dimenze fakultních, či chcete-li, universitních nemocnic sebou nese mnohorozměrnost učitelského povolání a současně přítomnost studentského prvku. Ten se projevuje nejen v etických komisích, které jsou společné fakultní nemocnici i lékařské fakultě, ale také citlivým a hlubokým vztahem mladých lidí k těžkým etickým problémům, které sebou medicína přináší. Akademická dimenze z pohledu universitního učitele znamená opakované a někdy i bolestné pochybování o zavedených postupech a metodách, kterými soudobá medicína disponuje. Právě v konfliktu vznikajícím při zkoumání účinnosti zavedených metod se rodí metody nové.

Pokud nechceme přestat aspirovat na možnost být účastníky a podílníky celosvětového výzkumného úsilí, musíme mít k tomuto úsilí nejen odhodlání, ale také peníze a časový prostor. Jen těžko si lze tento prostor představit v každodenní honbě o body pojišťoven.

Postavení universitní výuky klinických oborů v nadúvazku by však především zhoršilo tuto výuku. Studenti medicíny by pak byli v nevýhodě vůči svým kolegům z fakult jiných. Představme si, že učitelé archeologie by měli základní úvazek při archeologických vykopávkách a v nadúvazku vyučovali svůj obor či že učitelé práva by měli základní úvazek u soudu a poté v nadúvazku vyučovali občanské či trestní právo. Takováto představa je jistě absurdní a likvidovala by universitu jako celek.

Učitelé klinických oborů jsou také akademickými funkcionáři fakult a university. V případě malého úvazku by jim tato čestná povinnost nepříslušela. Tím by byla dále klinická medicína vytlačována na okraj života university a dokonce mimo její hranice. V universitním senátu by nepůsobil klinik a klinik by se nemohl stát rektorem či prorektorem university. Tím by se z ní vytratila odborně, výzkumně a zvláště také eticky tak závažná disciplína, kterou právě klinické obory představují. Znamenalo by to jistě ochuzení pro universitu, ale také zcela jistě pro klinické obory, protože by přestaly být pod dohledem university. Jakkoliv se tento dohled nezdá konkrétní, je nepochybné, že existuje. Existuje v tradici university a jejích učitelů, v závazcích, které spolu ať již v psané, či zejména v nepsané formě sdílíme. To vše by se alespoň do určité míry vytratilo.

Je možné, že bude potřeba strukturu fakultních nemocnic reorganizovat. Je možné, že struktura odvozená od rakouského či středoevropského modelu se již přežila. Tento problém je však třeba nejprve podrobně zkoumat a poté přijmout rozhodnutí. Dle mnoha názorů, které jsem v poslední době měl možnost vyslechnout, se mi jako nejlepší jeví řízení univesitní nemocnice kolektivním orgánem (správní radou), do které by delegovaly své zástupce jak lékařská fakulta, tak ministerstvo zdravotnictví a také město či správní celek.

Jistě je také možné (a dle mého názoru i nutné) diskutovat o takových otázkách, jako je počet studentů, respektive absolventů lékařských fakult, možný numerus clausus při přijímání těchto studentů, dokonce i o takových otázkách, jako je počet lékařských fakult či ideální velikost lékařské fakulty. Spolu s diskusí je však třeba všechny tyto otázky poctivě a otevřeně ve všech souvislostech zkoumat, a teprve poté přijímat rozhodnutí.

Je nám mnohým jistě zřetelné, že symbióza univesitní nemocnice a lékařské fakulty není nikde na světě jednoznačně a ke spokojenosti všech dořešena. V některých zemích bývalého socialistického tábora byl tento problém vyřešen v padesátých letech jednoznačně: lékařské fakulty byly vyjmuty z univesit a byly zřízeny tak zvané lékařské akademie.

I u nás prý byly podobné pokusy. Naštěstí se je nepodařilo realizovat. Klinická medicína tak zůstala v lůně university. Prosím Vás pane prorektore, abyste podnikl spolu s dalšími univesitními orgány a funkcionáři vše pro to, aby tomu tak bylo i nadále.

V hluboké úctě

Váš

prof. MUDr. Michal Anděl

P.S.

Z osobní zkušenosti znám situaci na Harvardově universitě:

Profesor tamní lékařské fakulty má povinnost strávit jako „attending physician“ dva měsíce v kalendářním roce na lůžkovém oddělení. V době tohoto působení se výhradně a plně věnuje klinickým povinnostem. Zbytek kalendářního roku věnuje převážně svým povinnostem akademickým - výzkumu, přednáškám a seminářům. Výsledky výzkumné práce Harvardovy university i v oblasti klinické medicíny patří mezi nejlepší na světě.

Podobný, i když ne stejný způsob realizace akademické dimenze můžeme najít i v mnoha dalších institucích, které formují obraz současného lékařství. Pevně věřím, že Universita Karlova a její lékařské fakulty v průběhu času své postavení mezi podobnými institucemi posílí. Bude to jistě ku prospěchu nejen University, jejích učitelů a studentů, ale také i k prospěchu našich pacientů. Jistě nejen pacientů universitních nemocnic.

ZRCADLO NASTAVENÉ VĚDĚ, VÝZKUMU A VYSOKÝM ŠKOLÁM

Zpracováno podle chystané zprávy dr. Petra Jakeše pro Lidové noviny.

V listopadu minulého roku přinesl Wall Street Journal kritický článek o českém vysokém školství (zejména o Vysoké škole ekonomické). Samotný titulěk „*České university nejsou schopny dostát rychlosti ekonomických změn, které samy podpořily*“ je dostatečně silný, aby stál za odpověď. Tady doma anebo i v samotném „primárním zdroji“. Reakce v Čechách nebyla téměř žádná, jen Respekt reagoval nepřilíš podařeným, trochu zlostným příspěvkem, ve kterém smetl všechny vysoké školy na jednu hromadu.

Na rozdíl od Wall Street Journal je Nature jedním z nejlepších časopisů určených badatelům v přírodovědné, fyzikální i medicínské oblasti; uveřejňuje přísně posuzované články a tiskne také komentáře z oblasti vědy a školství. A je to časopis s ostrým břitkem. Periodikum, které „šetří stránkami“, věnovalo 15. prosince 1994 šest stránek české vědě a českému vysokému školství. Stránky Nature nejsou lichotivé. Alison Abbottová tu otiskla své, podle mého soudu trefné vidění věcí kolem školství. Samozřejmě, že se tu najde vidění trochu zploštěné, ale i pár odporujících si prohlášení, jak jinak.

Nature má ovšem „názorotvorný“ vliv na velkou část vědecké veřejnosti ve světě. U nás bude jistě kritika Nature odmítnuta. Jsme mistři na „česká specifika“.

O vysokých školách:

„České university se nechopily nadšeně možnosti vlastní reformy... Naopak, kromě hrstky jednotlivců, jsou neochvějně rezistentní vůči změně... Nový vysokoškolský zákon se pokouší poučit se z chyb, které byly učiněny v prvních dnech demokracie a které nyní paradoxně brání reformám. Nový zákon znovu stanoví princip, že university by měly vést výzkum a vytváří novou vládní akreditační komisi, jejímž úkolem také bude znovuzhodnocení 23 českých universit. Komise doporučí, že ty university, které neprovádí výzkum budou pokládány za technické školy... Není překvapivé, že české university jsou hluboce konzervativní a protekcionistické... Po dobu čtyřiceti let - celou generaci - byly university nuceny opouštět tradice svobodného intelektuálního myšlení a namísto toho se musely klanět marxistické linii. Výzkum byl silně potlačován...

Ve spěchu nadšení vydala první demokraticky zvolená vláda zákon o úplné autonomii universit. Zákon ale zavedl neúnosnou (nefunkční) úroveň demokracie tím, že dal děkanům příliš mnoho a rektorům příliš málo práv. Když došlo k tvrdým rozhodnutím o počtech pracovníků a kompetenci učitelů a reformách obecně, děkani byli příliš blízko členům fakult na to, aby mohli udělat nějaká rozhodnutí, zatímco rektori, ne vždy naklonění reformám, jim nemohli říct, aby byli tvrdší. Vnitřní hodnocení schopností jednotlivých členů učitelských sborů byla formální a nic se nezměnilo. Pracovníci universit jsou přesto unaveni změnami, unaveni stresem stálého hodnocení a soutěžení - životním stylem, na který nejsou zvyklí. Současné volby nových rektorů odrážejí tuto depresi. V nedávných volbách na universitách byli převážně zvoleni ti rektori, kteří prokázali odolnost dalším změnám... Karlova Universita šla dokonce dále. V září tohoto roku vyhlásila, že kandidáti na profesory a docenty již museli učit v pregraduálním studiu nejméně pět nebo tři roky, což v praxi znamená, že místa na Karlově universitě mohou být dána jen kandidátům už na KU zaměřeným. Tento do nebe volající protekcionismus, některými viděný jako xenofobie, poděsil velkou část akademické obce (budiž zmíněno, že Karlova universita předpis po následné kritice - mj. v LN - upravila a omezující kriteria posuzuje individuálně). Ačkoliv každý souhlasí s tím, že university bez výzkumu jsou jen něco málo víc než rozšíření gymnasií, je těžké situaci změnit... (z diskuse v LN vyplynulo, že pregraduálnímu vzdělávání je přisuzován klíčový význam)... Je mnoho důvodů této loutkovitosti, některé praktické, jiné odrážející staré cesty myšlení... Podle Jiřího Velemínského hraje neracionální strach velkou roli v napětí mezi universitami a akademií.... plán integrovat vědce z akademie na university se setkal s nepřátelstvím na universitách, které se domnívaly, že jim byli nabídnuti jenom druhořadí pracovníci... Jenom čtvrtina z částky 100 milionů korun, která byla tomuto programu věnována, byla použita. Výzkum si našel cestu na university většinou na „ad hoc“ bázi, díky úsilí osvěcovaných jednotlivců, spíše než snahou řídicích struktur university. (Toto je prohlášení zavádějící. V přírodovědných a dalších exaktních vědách, medicíně atd., zejména na Universitě Karlově, výzkum nezaspal.) V současnosti vláda plánuje intervenci, aby se na universitách výzkum vedl, tím, že se změní pravidla, jakými budou finance přidělovány.“

K diskuzi o universitách dodávám ještě několik citátů (těch nejostřejších) z Wall Street Journalu: „Rozšířené a řvoucí je podvádění... Hostující cizí profesori jsou překvapeni, když zjistí, že v mnoha školách tato praxe není zakázána. Čeští instruktoři říkají, že studenti otevřeně opisují jeden od druhého a dokonce posílají přátele, aby za ně vykonali zkoušky.“ Takto komentuje situaci zahraniční učitel: „Každý, včetně přednášejících, ví, že se to děje. Domnívám se, že je to obecný jev. Ale samozřejmě to zcela znehodnocuje hodnotu.“ „Šizení“ neboli „cheating“ je tím z největších prohřešků na severoamerických universitách. Na těchto universitách je každý sám za sebe. Nechávat opisovat se také hodnotí jako „cheating“ - u nás se klasifikuje jako „pomoc kamarádovi“. Jakékoliv „sexuální harašení“ - tedy „sexual harrasment“, kte-

rým se tak rádi u nás s jistým nadhledem bavíme - není posuzováno tak přísně a jednoznačně jako šizení. Když Wall Street Journal píše o změnách, cituje české učitele a jejich zkušenosti: „*Když chtěl nahradit notoricky lehké a zaujaté ústní zkoušky písemnými, setkal se s bojkotem ze strany studentů i učitelů. Profesoři si stěžovali, že nikdy neznámkovali eseje a nenamáhali se to naučit.... Studentská hodnocení učitelů - jeden z mála nástrojů jak podněcovat lhotejné (učitele) - se vrátila nevyplněná*“.

V Nature i ve Wall Street Journalu nám nastavili zrcadlo i jinak, nejen školám, vědě a výzkumu ale i celé společnosti: „*S pádem starého režimu začali být vědci pokládáni za podezřelé. Začala bujet pseudověda a dosud kvete. Je zde (rozuměj v české společnosti) totiž podezření, že pseudověda, jsouc zakázána za komunismu, musí být dobrá.*“ Nezbyvá, než se s pohledem do tohoto zrcadla vyrovnat. Badatelská veřejnost ví, že nás tyto články budou nějakou dobu pronásledovat a strašit, Nature přece jen ovlivňuje ohromnou část světa.

JAK SEPSAT GRANTOVOU PŘIHLÁŠKU TAK, ABY NEBYLA PŘIJATA

Michal Anděl

Již pátý rok máme při financování výzkumu to, co jsme chtěli: grantový systém, neboli systém účelového financování výzkumu.

Postupně se rozšiřuje okruh osob, které si mohou o podporu svého výzkumu požádat, takže v současné době se může téměř kdokoli obrátit na mnohé z otevřených grantových agentur. Mezi ty patří Grantová agentura České republiky, Interní grantová agentura Ministerstva zdravotnictví a grantové agentury některých dalších ministerstev. Pak jsou také ještě mnohé „závodní“ grantové agentury, tedy grantové agentury jednotlivých institucí, které si na výzkumné projekty vyčlenily část svých rozpočtů. Tak existuje například grantová agentura v Akademii věd České republiky, Grantová agentura University Karlovy, a proslýchá se, že i 3. lékařská fakulta bude mít své vlastní granty, nejspíše jen pro své mladé pracovníky.

Základním nástrojem k tomu, jak získat podporu svého výzkumného projektu, je sepsání žádosti o podporu („aplikace“). Jako posuzovatel mnoha aplikací musím říci, že se jejich úroveň rok od roku zvyšuje, za což lze děkovat také použití počítačů, jejich literárních databází, kultivovaně zpracovaných přehledů vlastní publikační činnosti atd. Přesto jsem každý rok okouzlen (nutno dodat, že toto „okouzlení“ je autory dotyčných žádostí jistě nechtěné) řadou přihlášek, které již předem signalizují buď absolutní neznalost, nebo naprostou ignoranci pravidel podávání žádostí o podporu výzkumného projektu. Někdy mám dojem, že někdo či něco žadatele k sepsání žádosti nutilo a že se podařilo přemluvit či skutečně dohnat žadatele hrubou silou k tomu, aby si svou přihlášku podal. Žádost pak má předem upozornit na toto násilí a vlastně být signálem k tomu, aby nebyla brána úplně vážně.

V následujícím přehledu si dovolím uvést pár pravidel, která by mohla být účinným návodem k tomu, aby žadatel sice strávil několik desítek minut nad formuláři, které příslušná grantová agentura předpisuje, aby se však nevystavil riziku přidělení finanční podpory a následné nutnosti se nějakým problémem vážně zabývat.

Pravidlo 1:

Již v názvu zatemni problém, který chceš zkoumat. Raději žádné konkrétní náznaky. Nejlepší jsou formulace typu: „Vliv některých faktorů zevního prostředí na složení vybraných tělesných tekutin“ či „Vliv některých faktorů předoperační péče na výsledky vybraných chirurgických výkonů“. Grant takto nazvaný dovolí zkoumat cokoliv. Proč bychom měli oponentům již nyní oznamovat naše záměry? Možná, že by nám naše nápady zcizili a po několika letech by se blýskli ve skvělých světových časopisech. Oponent zaskočený takto formulovaným názvem se marně snaží o prvotní zařazení. Autor se v duchu musí smát. Jeho záměr mu začíná vycházet.

Pravidlo 2:

V seznamu spoluřešitelů i při identifikaci sebe sama opovrhuj kolonkami typu „adresa instituce“, ve které spoluautoři či ty pracuješ, a zcela vynechej rodná čísla. Grantová agentura není přeci policejní agentura, a ostatně, možnosti zneužití osobních dat různými policejními sbory jsou nasnadě.

Pravidlo 3:

V popisu projektu - a to jak souhrnném, tak detailním - rozvíjej ideje, na kterých jsi již postavil název přihlášky. V žádném případě nezacházej do detailů. Nesnaž se podat nějakou hypotézu a také způsob, jak tuto hypotézu ověřit. Pokud možno zatemni i časový plán řešení. Vše učiň nejasné, nekontrolovatelné. Jakákoliv přehlednost v této části přihlášky je opět proti tobě.

Pravidlo 4:

Nedbale sepiš životopis svůj a svých spolupracovníků. Profesionální a vědeckou kariéru maximálně zestručni, rozepiš se nejlépe o svých rodinných poměrech či o oblíbeném sportu. Vždyť jsi také člověk, a konečně, lidská stránka výzkumu je v poslední době náplní mnoha ušlechtilých časopisů s vysokým impaktním faktorem.

Pravidlo 5:

Při sepisování literatury smíchej umně citace z abstrakt regionálních Jihočeských dní s články, které ti vyšly v časopisech. Nejlépe je do toho připsat i přednášky, ať se v tom posuzovatel vyzná co nejméně. Nebo ať si s tím dá co nejvíc práce. Vždyť je za to posuzování skvěle placený!

Pravidlo 6:

V detailním finančním rozpočtu zacházej do podrobností jen někde. Nárokuješ alespoň dva osobní počítače: jeden do zaměstnání, druhý - notebook - domů. Černobílá obrazovka notebooku či inkoustová tiskárna je pod tvoji úroveň. Při plánování finančních prostředků na mzdy počítej s maximálním nadúvazkem, odměnami a třináctým platem. Nezapomeň na cestovné - a zejména na zahraniční cestovné. Pokud

by problém, který chceš řešit, nesnesl zahraniční oponenturu v Austrálii či alespoň na Madeiře, nemá cenu vůbec s agenturou komunikovat. Jde přeci - a zejména - o tvou osobní čest.

Riziko příliš nízkých finančních nákladů je obrovské. Možná, že by mohla komise přihlédnout k tvému mladému věku či tvým zkušenostem, prominout některé svrchu uvedené formální nedostatky a grant ti přece jen přidělit. Proto neriskuj a nežádej o prostředky na cestování nižší než 120 000 Kč na rok.

Pravidlo 7:

Ignoruj svého ředitele, děkana a zejména ignoruj etickou komisi tvé instituce. Pečlivé vyplnění těchto odstavců v přihlášce o podporu by mohlo být riskantní a mohlo by přinést přeci jen nekýženou podporu.

Pravidlo 8:

Používej psací stroj se starou páskou. At vidí ti páni nahoře, jaké máte na výzkum prostředky. Přihlášku o podporu chvíli povaluj v laboratoři a neopomeň ji párkrát vzít ke konzultaci při masitém či šťavnatém obědě. Tvůrčí pracovník se přeci nezabývá takovými malichernostmi, jako jsou zamaštěná první strana či oslí uši. Ani Einstein nebyl formalista!

Pravidlo 9:

Přihlášku doprav na adresu grantové agentury dva týdny po termínu. Měsíc je ještě lepší, ale pak se vystavuješ riziku průšvihů, dozví-li se to tvůj zaměstnavatel.

Pravidlo 10:

Pokud si chceš celou věc přece jen pojistit a pokud máš dojem, že je zde riziko přidělení podpory, zvol doplňkovou zbraň osobní: telefonuj pracovníkům grantové agentury alespoň dvakrát týdně. Seznamuj je s epochálními záměry, které máš. Zklínej se jmény vlivných. Zjisti telefon předsedy grantvé podkomise a telefonuj mu také. Vhodné je sehnat také jeho domácí telefon.

Pokud by všechny výše uvedené kroky selhaly a tys přeci jen podporu obdržel, nezoufej! Chystá se odvolací řízení.

EVALUACE - SOUBOR DOKUMENTŮ K OŽEHAVÉMU PROBLÉMU

Během března letošního roku došlo k zajímavé výměně názorů mezi představiteli university a naší fakulty, týkající se otázky evaluace. Souhrnné materiály z této „diskuse“ zařazuje redakce časopisu bez dalšího komentáře.

**Přípis prorektora UK pro vědu Prof. Pavel Klenera
děkanům a proděkanům fakult UK**

DOŠLO 1.3.95

Prorektor University Karlovy

Praha, 21. února 1995
č.j. 681/RUK-IV/1995

Věc - Podklady pro hodnocení činnosti - Spěchá

Příloha - svazek

Spectabilis, pane děkane,
Spectabilis, pane proděkane,
Vážený pane řediteli,

Universita Karlova obdržela prostřednictvím MŠMT žádost Rady vlády pro výzkum a vývoj o poskytnutí podkladů pro hodnocení činnosti v oblasti výzkumu a vývoje příspěvkových a rozpočtových organizací, kde je zřizovatelem MŠMT.

Z přiloženého materiálu je patrný rozsah požadavků, které jsou na UK i na fakulty kladeny. Obávám se, že s ohledem na požadovaný termín zpracování a na skutečnost, že např. databáze v systému ProCite obsahují pouze data od r. 1993 (publikační aktivity pracovníků UK), nebudou údaje zcela úplné.

Jedná se o závažnou záležitost a lze předpokládat, že na jejím výsledku budou záležet i podklady pro vypracování návrhu státního rozpočtu v oblasti výzkumu a vývoje. Prosím Vás proto, abyste věnovali uvedenému požadavku MŠMT zvýšenou pozornost a dodrželi i termín k odevzdání zpracovaných materiálů - na RUK nejpozději dne 20.3.1995 (pondělí), aby bylo možno materiál zpracovat a předložit MŠMT do 24.3.1995, jak požaduje.

S pozdravem
Prof.MUDr.Pavel Klener, DrSc.,
prorektor pro vědu

7 hustě psaných stran příloh

Dopis děkana 3. LF UK Prof. Cyrila Höschla Prof. Michalu Andělovi

Vážený pan
Prof.MUDr.Michal Anděl, CSc.
přednosta II. interní kliniky
3. LF UK

V Praze dne 6. března 1995

Vážený a milý pane profesore,

na základě bodu 4) a 5) pracovní smlouvy, které mi umožňují přidělovat Vám práci, Vás žádám, abyste se ujal na 3. LF UK realizace pokynu prof.MUDr.Pavla Klenera, DrSc., prorektora pro vědu UK, č.j. 681/RUK-IV/95 z 21.2.1995. O průběhu a výsledku plnění tohoto úkolu mi podejte, prosím, zprávu **do 20.3.1995**.

V úctě a s pozdravem

Prof.MUDr.Cyril Höschl, DrSc.
děkan 3. lékařské fakulty
University Karlovy

Příloha

Na vědomí: kolegium děkana

**Dopis děkana 3. LF UK Prof. Cyrila Höschla Prof. Pavlu Klenerovi,
prorektorovi UK pro vědu**

Vážený pan
Prof.MUDr.Pavel Klener, DrSc.
prorektor pro vědu
University Karlovy v Praze

V Praze dne 6. března 1995

Věc: Podklady pro hodnocení činnosti

Vaše č.j.: 681/RUK-IV/1995 z 21.2.1995

Vážený pane prorektore,

protože rozkaz se má nejdříve splnit a pak teprve kritizovat, uložil jsem vypracování podkladů pro hodnocení činnosti podle Vašeho pokynu prof.MUDr.Michalu Andělovi, CSc., aby mohl Radě vlády za tepla donést zprávu o tom, jaké vylomeniny si vymýšlí.

Ne že by to nebyla rozumná myšlenka, ale takto se to dělat nedá. Nechtě se všichni evaluátoři světa shodnou na jednotném sběru dat, ten ať probíhá průběžně a oni ať si z něj vyždímou kdykoli cokoli. Ale vymyslet 20. února databázi a chtít ji mít do 20. března plnou, je buď žert, anebo pokus o definitivní naštvání lidí a ztrátu jejich důvěry. Když pan prorektor Wilhelm zahajoval evaluaci celé university, slíbil děkanům, že budou-li spolupracovat a obětují-li svůj čas, nebude po nich universita nejméně rok chtít žádné hlášení. Lidé jsou sice už otupělí, ale tohle si náhodou pamatují. Doporučuji proto, aby hlášení pro MŠMT uvařili experti z rektorátu UK z miliónů dat získaných v rámci evaluace university. V opačném případě požadují zvláštní příděl na zřízení samostatného oddělení hlášení s 5 zaměstnanci na plný úvazek a počítačovým vybavením. Poslední možností je proměnit veškerou činnost nás všech v permanentní hlášení o tom, jak stále něco hlásíme.

V úctě a s pozdravem

Prof.MUDr.Cyrl Höschl, DrSc.
děkan 3. lékařské fakulty
University Karlovy

cc. Doc. Ing. Ivan Wilhelm, CSc. - prorektor UK

V Praze dne 7.3.1995

Vážená evaluační komise,

musím se přiznat, že vyloučení prof. Normana Sartoriuse z hodnocení 3. LF UK mne velice rozčílilo a považuji je za nepochopitelný, bezprecedenční, záłudný a zhoubný krok, který znamená hrubé narušení pravidel hry během utkání. Pokud jsem dobře informován, řeklo se, že publikační aktivita a Science Citation Index (SCI) se budou hodnotit pro léta 1991-1993 u všech zaměstnanců fakulty, kteří jsou ve stavu ke dni 1.2.1995. Tuto podmínku prof. Sartorius, který je řádným učitelem fakulty jako každý jiný, splňuje. Liší se pouze původem, akcentem a výší SCI. Některý z těchto důvodů Vás tedy musel vést k jeho eliminaci při hodnocení fakulty. Prohlašovat jako důvod k jeho diskvalifikaci to, že jeho práce nevznikly na fakultě, je průhledně invalidní argument, který nemůže obstát, neboť pak bylo takové kritérium nepochopitelně použito účelově pouze u jediné osoby. Ostatně mi není jasné, co vlastně chcete zjistit, jakou otázku si kladete:

Chcete zjistit, jaká je kvalita současné sestavy na fakultě? Pak nemůžete prof. Sartoriuse v žádném případě vyloučit z hodnocení. Vyučuje, diskutuje, zadává práce, udílí zápočty, vede dokonce praktika.

Nebo chcete zjistit, jak produktivní byla fakulta v minulosti? V tom případě samozřejmě můžete posuzovat impakt či SCI pouze prací vzniklých kdys na fakultě (počítejte u SCI s latencí i 10 a více let). Pak ale musíte postavit celý design jinak a také jinak formulovat zadání: škrtnout ze seznamu současných pracovníků nejen prof. Sartoriuse, ale všechny, kteří k nám přišli v nedávné době (a těch je díky permanentnímu rekonkursování hodně), dále všechny, jejichž práce vznikly na AV ČR (kvalitu university přece nedělají vědci z akademie, že ano? Nebo ne?) a naopak zařadit všechny, kteří z fakulty odešli před 1.2.1995, ale jejichž práce na fakultě naopak vznikly (a těch je také dost). Rozhodnete-li se pro tento postup, pak vám přeji hodně úspěchů, neboť jde o detektivní práci asi tak na jeden rok pro člověka na plný úvazek.

Sám se domnívám, že pro evaluaci fakult a university je jednodušší a zároveň cennější vědět (a tedy evaluovat), jaká je jejich schopnost uplatnit odborníky z ciziny, z AV ČR a vůbec, koho na universitu přitáhnout. To přece vytváří její hodnotu. Nebo byste raději věděli, jaký SCI mají v letech 1991-1993 práce soudruha akademika Švestky z hygienické fakulty?

Nemůže být přece z hlediska dnešní evaluace jedno, zda na fakultě přednáší nositelé Nobelovy ceny a prezidenti světových asociací či nikoli, jenom proto, že jejich

dnes citované práce nevznikly na hygienické fakultě! Já vím, že současné vedení university se někdy projevuje nešťastně xenofobně, ale nemusí se jít snad až do takovýchto důsledků.

V každém případě však jakékoli Vámi za pochodu zvolené kritérium musí platit pro všechny bez výjimky. Zamyslím-li se znovu nad důvody, které Vás zřejmě vedly k uplatnění určitých kritérií pouze u jediné osoby, začínám je chápat: To, že v Čechách je třeba každého, kdo trochu vyčuhuje, sejmout, pozoruji od dětství. Je to v současnosti např. dominantní metoda při vnitrouniversitní úpravě rozpočtu. Od gremia Vašeho složení jsem ovšem takový přístup, upřímně řečeno, nečekal. Moje chyba. Co se týče těch prvních dvou odlišností prof. Sartoria, připomíná mi jeho diskvalifikace známý výrok onoho předrevolučního rektora, který při vylučování jednoho profesora během normalizační prověrky pravil: „Je sice pravda, že umí pět jazyků, ale to se u něj nedá počítat, protože to je tím, že je to Žid“.

S přáním mnoha dalších evaluačních úspěchů Váš

Prof.MUDr.Cyril Höschl,DrSc.
*děkan 3. lékařské fakulty
University Karlovy
&
ředitel Psychiatrického Centra Praha*

**ZPRÁVA ZE SCHŮZKY PANA DĚKANA HÖSCHLA
A PANA REKTORA MALÉHO,
KONANÉ DNE 30.3.1995**

Zapsal Cyril Höschl

Pan rektor měl výhrady k zápisu z kolegia 3. LF UK. Seznam studentů 10 let zpátky nechtěl RUK, nýbrž Spolek Carolinum. Dále měl pan rektor výhrady k některým formulacím ve VNS č. 25, zejména k výroku o xenofobii současného vedení RUK. Vysvětlil panu děkanovi, že podmínka 5letého působení na UK u žadatelů o habilitaci či profesuru nemusí být splněna a že v přípisu z rektorátu šlo o překlep.

(Pozn.: v té souvislosti bylo zajímavé odpolední jednání VR UK, na kterém si děkan MFF UK prof. Sedlák hořce stěžoval na ty, kteří se na UK habilitují a pak si klidně odjedou do ciziny).

Ze schůzky vyplývá, že vedení 3. LF UK bude jakékoli námitky uplatňovat nejprve přímo u vedení UK a teprve potom uveřejňovat. Výtka se týkala také traktátu Matěje Cepla „Evaluční šilenství“ a zveřejněné korespondence ve VNS pod názvem „Evaluční manie“ (VNS č.25/1995). Během schůzky byl pan děkan vyzván k vyslovení svých eventuálních připomínek. Kritizoval tvorbu rozpočtu uvnitř UK a pan rektor i pan kvestor Ing. Kubíček kritiku v plném rozsahu přijali s tím, že „ořezávání“ ekonomicky úspěšných a dotování ekonomicky neúspěšných se v příštím roce nebude opakovat. Pan děkan namítl, že stejný slib slyší už třetím rokem. Pan kvestor panu děkanovi vysvětlil některé okolnosti, které postup RUK opodstatňují, což pan děkan pochopil a přijal. Kompromisním řešením je tvorba rozpočtu tak, aby s jejími pravidly v rámci UK byli všichni zúčastnění seznámeni předem a aby se s rozpočtem dodatečně nemanipulovalo. Na tom se všichni účastníci schůzky shodli.

ZE ZAHRANIČÍ

PRIX FEMMES d'EUROPE - Cena „Žena Evropy“

Radana Königová

Celoevropský výbor pro tuto cenu byl založen roku 1987, i když Evropské Hnutí za ženská práva (European Movement) vzniklo v Belgii již v roce 1919 - po první světové válce.

Cena „Žena Evropy“ je udělována za veřejnou činnost, za umělecká díla, za vědeckou práci nebo za jakékoliv zásluhy v oblasti evropské spolupráce.

Celoevropský výbor je tvořen z členek všech zemí Evropské Unie a pracuje pod přímou patronací Evropského parlamentu.

Česká republika byla vybrána jako první z postkomunistických zemí k účasti na celoevropských volbách. V České republice se tohoto úkolu ujala Nadace Jiřího z Poděbrad pro evropskou spolupráci, jejímž ředitelem je Dr. Josef Kubín a prezidentkou Českého výboru ceny „Žena Evropy“ je paní Irena Zíková. Volby se konají každý rok a za rok 1992 byla zvolena paní Zuzana Szatmáry. Od roku 1993 je laureátkou této ceny paní Lída Rakušanová.

Pro rok 1995 bylo navrženo šestnáct kandidátek za Českou republiku. Volbou získala první místo jako laureátka pro celoevropské volby v Bruselu paní Jiřina Šiklová, profesor sociologie FF UK a do evropské poroty (Jury europeen) byla zvolena prof. MUDr. Radana Königová, CSc.

Journée Européennes byly zahájeny 1. prosince 1994 v Bruselu v Evropském parlamentu (Batiment Léopold), kde se před Jury Européen představilo čtrnáct národních laureátek přednáškami v angličtině, francouzštině nebo němčině. Volbě předsedala Angele Verdin, prezidentka a zakladatelka „Prix Femmes d' Europe“ společně s dánskou ministryní kultury Jytte Hilden.

Po ukončení volby odjelo 14 delegací (ze 14 států) autokarem do Bonnu, kde Europäische Bewegung - Deutschland převzala organizaci dalších ceremonií v zámečku „La Redoute“ v Bad-Godesbergu u Bonnu.

2. prosince 1994 zahájila slavnost Dr. Annemarie Renger, bývalá prezidentka Bundestagu, následoval proslov ministryně žen a mládeže Claudia Nolte a cenu předávala Angele Verdin.

Laureátkou Evropy 1995 byla zvolena za Francii Maren Sell, původem Němka, sídlící v Paříži a těšící se ze své dvojí identity německo-francouzské, jak sama říká. V Paříži založila nakladatelství publikující beletrii evropských autorů.

Ze čtrnácti kandidátek (Femmes d' Europe 1995) bylo vybráno prvních sedm, o kterých referoval mezinárodní časopis THE EUROPEAN, vydávaný ve Francii, Německu, Itálii, Španělsku a ve Spojeném království Velké Británie. S podobiznami kandidátek (národních laureátek) uvádí jejich krátké charakteristiky.

Vedle Jiřiny Šiklové patří mezi významné Evropanky Susan McKenna-Lawlor, ředitelka centra Space Technology v Irsku, která zajišťuje výměnu vědeckých pracovníků vesmírného výzkumu v Evropě.

Italskou vítězkou z Neapole byla soudkyně Melita Cavallo, jež se věnuje kriminálně mladistvých a své zkušenosti publikuje knižně.

Za Belgie kandidovala Silvana Panciera, narozená v Benátkách, žijící dvacet šest let v Bruselu, zakladatelka Centre d' action sociale italien - Université ouvriere, která zřídila reedukační kurzy pro nekvalifikované imigranty z padesáti zemí a zpracovala výuková schémata.

Dr. Monika Hauser, laureátka Německa, založila léčebná centra pro znásilňované ženy v Bosně.

Velká Británie zvolila za svou laureátku skotskou právničku Helenu Kennedy, přednášející o násilí v rodinách a bojující proti nevědomosti týkající se Evropských institucí a jejich mezinárodního vlivu.

Z Portugalska byla vyslána jako laureátka řeholní sestra Marie Eugenia Jorge de Sousa, jejímž posláním je výchova mládeže a se svými studenty cestuje po Evropě, zvláště navštěvuje Švýcarsko a Norsko.

Španělsko reprezentovala profesorka geologie Carmina Virgili, přednostka Colegio de Espana v Paříži, odkud usiluje o zapojení Španělska do celosvětového dění a věnuje se výuce studentů všech národností.

Moderátorkou ceremonie i odpoledního zasedání, kdy se laureátky jednotlivých zemí opět prezentovaly svými přednáškami německému publiku, byla Ursula Schleicher, MPE, vice-prezidentka Evropského parlamentu a prezidentka komise žen Evropského hnutí v Německu.

Slavnostní večeři pořádala německá laureátka „Prix Femmes d' Europe 1994“ princezna Irina zu Sayn-Wittgenstein-Berleburg na svém zámku u Kolína nad Rýnem.

3. prosince 1994 byly všechny laureátky, členové poroty a hosté pozváni do „Haus der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland“, kde z ústavu Konrad Adenauer přednášela mladá německá historička Dr. Melanie Piepensneider na téma „Spojené Německo ve spojené Evropě“. Na dotazy v diskusi, týkající se neonacismu, neodpověděla.

Poté následovala prohlídka zmíněného domu historie Německa s průvodcem, upozorňujícím na vývoj a rozmach Německa v desetiletých etapách. Toto historické muzeum začíná rokem 1945 - Německo v rozvalinách. O druhé světové válce, jejím původu či průběhu, není zmínka. Toto období ilustruje pouze jedna tmavá místnost (cca 3x3 m) s několika prosvícenými pohledy do koncentračních táborů a s fotografií Adolfa Hitlera uprostřed s komentářem, že vinu za válečné hrůzy nese NSDAP a její vůdce.

Všechny následující etapy - 1955, 1965, 1975, 1985 a dokončovaná 1995 zdůrazňují nesmírný pokrok Německa v oblasti ekonomické s nejmodernějším technickým vybavením a tím i rozšiřující se vliv politický.

Odpolední program byl věnován výtvarnému umění v Kolíně nad Rýnem, kam byla celá společnost převezena autokarem. Návštěva Museum Ludwig s doprovodem kulturního historika byla příliš krátká pro rozsáhlost budovy a rozmanitost výtvarných děl.

Téměř přebujelý byl trakt se šedesáti obrazy Picassa, jehož sběratelem byl mecenáš musea - majitel továren na pralinky - Ludwig.

Stříšujícím dojmem působilo okolí velebné kolínské katedrály, kde v těsném sousedství je nádraží, spleť chodeb podzemní dráhy a změť obchodních domů, které tento gotický skvost dusí. Stejně rdousící byl předvánoční trh, který oplýval nejen nejrozmanitějším zbožím, ale hlavně davem, jenž se velmi zvolna sunul od stánku ke stánku.

CESTOVNÍ ZPRÁVA Z POBYTU VE SPOJENÝCH STÁTECH

Jiří Horák

Ve dnech 1.-18.10.1994 jsem podnikl cestu do USA. První týden pobytu jsem strávil na X. světovém gastroenterologickém kongresu v Los Angeles, což byl také hlavní cíl mé cesty.

Kongres byl obrovským podnikem asi s 11.000 registrovaných účastníků a konal se v losangeleském Convention Center, což je rozlehlá funkcionalistická stavba poblíž středu města (downtown), proti níž je pražský Palác kultury malým domečkem. Vysoký počet účastníků i značná rozloha souměstí, kterému se říká Los Angeles, si vynutily i náročnou organizaci kongresu - účastníci bydleli v hotelích v okruhu asi 40 km a mezi hotely a kongresovým střediskem fungovala kyvadlová doprava autobusy. Zde se ovšem negativně projevila známá potíž s kalifornskou dopravou - na zahájení přednášek bylo nutno odjízdit z hotelu nejméně 90 minut předem, protože v ranní špičce byly i sedmiproudové dálnice beznadějně ucpány.

Slavnostní zahájení kongresu vzbudilo u evropských účastníků rozporné pocity. Organizátoři je pojali jako show v hollywoodském stylu, takže zde vystupovala řinčivá hudba s majoretkami, zpívající jeptišky, známí hollywoodští herci, kabaretiéři apod., zatímco o gastroenterologii téměř nepadlo slovo.

Vlastní jednání kongresu probíhalo zhruba v deseti paralelních sekcích, takže i při nejlepší vůli bylo možné zachytit jen zlomek informací.

Z opravdových novinek je třeba uvést zejména doporučenou a mezinárodními odbornými společnostmi již většinou přijatou změnu *histologické klasifikace chronických hepatitid*. Tradiční dichotomie rozdělující chronické hepatitidy na aktivní a perzistující byla zrušena a místo toho je doporučeno užívat termínů portální či periportální hepatitida, zásadně doplněných o semikvantitativní indexy aktivity a rozsahu jaterního zánětu. Z hlediska klinické hepatologie se jedná o změnu vskutku zásadní.

Dalším tématem, kterému byla věnována značná pozornost, byly *chronické virové hepatitidy typu B a C*. Zejména v oblasti hepatitidy C vývoj stále pokračuje, a to co se týče diagnostiky i terapie. Upřesňují se indikace pro dlouhodobou léčbu interferonem, výše dávkování i diagnostické laboratorní postupy. Zlatým standardem ovšem zůstává průkaz sekvencí nukleových kyselin v plazmě metodou PCR, bez níž by vlastně léčba interferonem neměla být vůbec zahájena. Je potěšitelné, že jsme tento vývoj v nemocnici včas zachytili a dnes již laboratoř molekulární biologie stanovení HCV RNC i HBV DNA v séru standardně provádí.

Z ostatních trendů je třeba uvést veliký rozvoj *laparoskopické chirurgie*, která dnes běžně provádí i takové výkony jako fundoplikace, kolektomie apod.

Součástí kongresu byla i *výstava produktů jednotlivých farmaceutických i přístrojových firem a výstava odborné gastroenterologické literatury*. Objevují se i první kvalitní gastroenterologické publikace na CD-ROM, jejichž cena je zatím o něco vyšší než cena klasických knih, ale zde lze očekávat bouřlivý kvantitativní vývoj a v jeho důsledku i snížení cen.

Jinou atrakcí kongresu byl nový typ fonendoskopu, kterým lze poslouchat nemocného i přes několik vrstev oděvů či příkryvek, ovšem praktická využitelnost tohoto zařízení je sporná a též cena (kolem 70 US dolarů) byla poměrně značná.

Ze satelitních symposií stojí za zmínku symposium o novém inhibitoru protonové pumpy v parietálních buňkách žaludeční sliznice s názvem pantoprazol a symposium o hepatidě C.

Podářilo se mi na půl dne navštívit známou *UCLA (University of California at Los Angeles)*, což byl mimořádný zážitek. Universitní kampus se nachází poblíž známého střediska Beverly Hills, jeho rozlohu se mi nepodařilo zjistit, ale odhadl bych ji na 200 hektarů. V krásně udržovaném parku jsou zde všechny fakulty UCLA, všude je mnoho volného prostoru a značné vzdálenosti, takže tu funguje vlastní autobusová doprava a UCLA zde má i vlastní policii. Studenti žijí v kolejích a nájemních domech těsně za hranicemi kampusu. Viděl jsem část nové budovy výzkumných laboratoří lékařské fakulty, kde kromě základního i aplikovaného výzkumu se provádějí i některá náročná laboratorní vyšetření na komerční bázi.

Po ukončení kongresu odjela skupina českých a slovenských lékařů do New Yorku, kde jsme navštívili výzkumné laboratoře firmy Schering-Plough v Kenilworthu, New Jersey (asi 50 km od N. Y.). Laboratoře byly vystavěny před čtyřmi lety nákladem téměř miliardy dolarů, vše je supermoderně a vysoce účelně zařízeno a pracuje zde mezinárodní tým vědeckých pracovníků a vysoce kvalifikovaných laborantů. Vlastní farmakologická produkce firmy probíhá v závodech na jiných místech USA a západní Evropy. Návštěva byla zakončena seminářem s vedoucí lékařkou sekce virových hepatitid o současných trendech v diagnostice a léčbě zejména chronické hepatitidy C, která - částečně i v důsledku očkování - dnes představuje významnější zdravotnický problém než chronická virová hepatitida B.

Poslední týden svého pobytu jsem díky laskavosti prof. Karla Rašky a jeho manželky prof. Jany Raškové strávil v St. Peter's Medical Center v New Brunswicku, New Jersey. Před několika lety vybudovaná nemocnice má asi 320 lůžek základních oborů. Je provozovaná katolickou církví a má smlouvu o spolupráci s Robert Wood Johnson Medical School, University of New Jersey. Nemocnici řídí president, který není lékař, nýbrž ekonom. Vedoucí jednotlivých klinik (departments) mají volnou ruku v oblasti přijímání a propouštění lékařů a ostatního personálu, přičemž počet sester a laborantek je pevně stanoven a lékaři jsou přijímáni či najímáni dle potřeb a ekonomické situace kliniky. Stojí za zmínku, že přijetí lékaře do „fellowship“, což odpoví-

dá naší nastavbové atestaci, je výhradní záležitostí přednosty příslušného oddělení. V našem slova smyslu jsou konkursování pouze přednostové.

Zvláštní kapitolou je hospodaření nemocnice, která je formálně neziskovou organizací, kde se však šetří každý dolar a jednotlivá oddělení jsou sledována z hlediska nákladovosti. Ekonomický náměstek sestavuje v podzimních měsících rozpočet na příští rok. Rozpočet je v průběhu roku sledován a upravován dle skutečné situace.

Každý nemocný, doporučený k hospitalizaci, přichází nejprve do tzv. Emergency Room, kde je vyšetřen, jsou provedena základní laboratorní a pomocná vyšetření a dle jejich výsledků a vývoje stavu je nemocný poté buď přijat na oddělení nebo propuštěn do ambulantního ošetřování.

Emergency má asi 20 lůžek včetně tří pediatrických a nemocní se zde zdržují obvykle velmi krátce, zřídka déle než 6 hodin. Velmi dobře je organizována intenzivní péče: všechny jednotky intenzivní péče (chirurgická, obecná a koronární) mají dohromady asi 25 lůžek, jsou navzájem propojeny na jednom patře budovy širokou spojovací chodbou a jejich půdorys tvoří obdélník, což umožňuje úzkou spolupráci lékařů i sester a vede k významným úsporám na vybavení. Je zde jeden společný sálek pro invazivní výkony pod rtg kontrolou, jeden pojízdný rtg přístroj atd. Je-li některá jednotka plná, je další pacient uložen na lůžko jednotky sousední, přičemž se o něj starají sestry z té jednotky, kam patří svou problematikou. Ke kompetenčním sporům nedochází a uspořádání je velmi výhodné z hlediska nemocných, personálu i hospodárnosti.

V nemocnici je 11 chirurgických sálů pro výkony u hospitalizovaných nemocných, dalších 6 sálů pro výkony ambulantní, a všechny jsou údajně vysoce využity.

Zúčastnil jsem se vizity na interním oddělení, kde je spektrum nemocných podobné jako u nás, ovšem sociální případy zde neleží. O každého nemocného se stará tým složený ze staršího rezidenta, mladšího rezidenta a dvou studentů ve třetím nebo čtvrtém, tj. posledním ročníku. Tým má na starosti nejvíce 12 nemocných. V případě potřeby konzultují vlastního ošetřujícího lékaře, odpovědného v konečné instanci za léčbu nemocného. Tímto lékařem je nejčastěji praktik, který nemocného do nemocnice doporučil, příp. některý ze starších lékařů oddělení. Propouštěcí zprávu diktuje rezident do diktafonu a nechává ji schvalovat odpovědným lékařem. Lékaři psací stroj vůbec nepoužívají, zprávy přepisují sekretářky.

Pozoruhodným zážitkem byla návštěva porodnického oddělení. V nemocnici proběhne ročně asi 6.000 porodů. Každá rodička je umístěna v samostatném pokoji, vybaveném jako luxusní hotel: s vykládanou parketovou podlahou, barevným televizorem, koženými křesly pro návštěvníky, telefonem, monitorem a s vlastní koupelnou. V jedné stěně jsou velké dřevěné dveře, budící dojem skříně ve zdi, avšak za nimi se skrývá výsuvná operační lampa a pojízdný stolek s kompletním zařízením pro vedení porodu. Porodu je běžně přítomen manžel i další členové rodiny. V důsledku častých soudních procesů je zde však asi 25% porodů ukončeno císařským řezem. Přednosta gynekologického oddělení mi sdělil, že by toto číslo chtěl značně snížit.

Pozoruhodná je i laboratorní část, která dle zdejších zvyklostí spojuje dohromady naši patologii včetně imunohistochemie, klinickou biochemii, imunologii, mikrobiologii a molekulární biologii. Standardně se zde provádějí nejmodernější diagnostické metody včetně PCR pro diagnostiku papilomavirů a lymeské boreliozy, stanovování ploidie nádorů, u tumorů prsu přítomnost receptorů pro estrogeny, progesteron, tumorozní markery atd. Patologové trvale slouží pohotovostní služby zejména pro hodnocení zmrazovacích řezů v průběhu operací, čehož se běžně využívá. Kromě toho má lékařská fakulta ještě výzkumné laboratoře v budově teoretických ústavů, které jsou vzdáleny od nemocnice asi 7 km. Zde se kromě výzkumu provádí jako rutinní vyšetření zejména průtoková cytometrie, vyžívaná hlavně u hematologických malignit, pro širokou oblast okolních nemocnic.

Zúčastnil jsem se výuky patologie metodou case-oriented teaching. Výuka probíhala v celém ročníku najednou (10 skupin po 15 studentech - !!), jinak se však nelišila od našich zvyklostí. Zásadně jiná však byla forma ranních hlášení na interním oddělení. Rezidenti museli podrobně referovat o každém nově přijatém pacientovi, přičemž byli vystaveni palbě tvrdých otázek od starších lékařů i jiných rezidentů. Probírala se přitom i patofyziologie různých stavů a bylo zřejmé, že se rezidenti na tato hlášení pečlivě připravují. Podobně probíhal i klinický seminář s předem oznámeným tématem, kde vedoucí semináře fakticky zkoušela jednotlivé rezidenty ze všech možných aspektů zadaného tématu. Tento způsob výuky je pro mladé lékaře sice nepříjemný a náročný, ale je nepochybně velmi účinný a také znalosti lékařů byly na velmi dobré úrovni.

Z dalších útržkovitých pozorování stojí snad za zmínku skutečnost, že děkan fakulty není volen akademickou obcí, ale jmenován rektorem z několika kandidátů, navržených fakultou. Jmenování není časově omezeno, málokdo však setrvává ve funkci déle než šest let. Rektor (sám rovněž jmenován dohlížecím výborem university) má právo děkana kdykoliv odvolat a také tohoto práva využívá. Profesori mají tenuru, tedy pracovní poměr na dobu neomezenou, nejsou tedy nuceni odejít z věkových důvodů do důchodu, pouze nemohou zastávat vedoucí místa. University tak využívá zkušeností a pedagogických schopností i starých učitelů, jejichž místa nejsou - zejména v teoretických oborech - ani zde příliš vyhledávána.

V průběhu svého pobytu jsem pro lékaře interního oddělení přednesl přednášku na téma „Isolation of endozepines from ascitic fluid in patients with decompensated liver cirrhosis“. Přednáška byla následována dosti rozsáhlou diskusí a její přijetí bylo příznivé.

Dojmy z téměř třítydenní návštěvy tří tak rozličných míst lze těžko shrnout několika slovy. Pokud bych se o to měl přesto pokusit, řekl bych, že život v USA není ani pro lékaře žádnou selankou a nároky na odbornost a výkonnost jsou trvalé a vysoké. Ten však, kdo uspěje, je odměněn nejen možností pracovat za odborných podmínek, o nichž se většine evropských lékařů ani nesní, ale dostane se mu i vysokého ohodnocení společenského a finančního.

VÝUKA NA UNIVERSITÁCH NA AMERICKÉM KONTINENTĚ

Stanislav Reiniš

Americký - a z něj odvozený a od něj nerozeznatelný kanadský - systém vyššího vzdělání vyprodukoval v posledních desetiletích velké množství učitelů, vědců a výzkumníků. Počet nositelů Nobelovy ceny v USA je nesrovnatelný s kteroukoli zemí světa. Američané (a Kanaďané) jsou hrdí na to, že k nim přicházejí studenti z celého světa, často za velkých finančních obětí, a po absolvování „Velké továrny na doktoráty“ jsou vesměs ve svých mateřských zemích velmi úspěšní.

Metodám výuky na universitách se věnuje velká pozornost, zvláště v posledních deseti letech. Na universitách existují metodické kabinety a informační centra pro výuku, kde mají vysokoškolští učitelé přístup k pedagogické literatuře a mohou konsultovat svoje problémy s odborníky, specializovanými na vysokoškolské studium. Vzniká nový vědní obor - technologie výchovy.

Výuka na kanadských a amerických universitách se liší od českých universit především intenzitou. Během semestru studenti věnují výuce většinu svého času. Většina přípravy na zkoušky probíhá během semestru, ne po jeho skončení. Zkouškové období je pak krátké, dva až tři týdny, a často studenti mají dvě zkoušky v jednom dni. Předpokládá se, že se studenti mohou za normálních okolností ve dvanácti týdnech semestru (termu) na zkoušku připravit, a neexistují situace, kdy by při zkoušce neuspělo padesát nebo více procent studentů. To by se považovalo za výukovou katastrofu. Znamenalo by to, že učitel a jeho spolupracovníci nebyli schopni během semestru studenty na zkoušku připravit.

Metody vyučování

Učit neznamená jen přednášet. Metody výuky jsou rozmanitější. Můžeme k nim zařadit skupinové konzultace (tutorials) s učiteli, individuální konzultace s učiteli, semináře, kde studenti přednášejí připravené referáty, skupinové diskuse bez přítomnosti učitele, neformální schůzky s učiteli, používání knihovny, používání počítačů, laboratorní práce a práce v terénu (stáže).

Je zajímavé, jak sami studenti tyto druhy výuky hodnotí. V tabulce 1 je uveden přehled průzkumu mezi studenty, ve kterém se studenti v anonymním dotazníku vyjadřovali k účinnosti jednotlivých forem výuky.

5) *Tabulka 1: Užitečnost druhu výuky hodnocená studenty*
 (Warner, L. a Wlkinson, J., *Research in Distance Education*, červenec 1992, s. 2-5)

Hodnoty uvedené v tabulce jsou procenta odpovědí studentů.

	<i>Užitečné</i>	<i>Neužitečné</i>	<i>Nelze hodnotit</i>
<i>Skupinová konzultace s učitelem</i>	86	10	4
<i>Individuální schůzka s učitelem</i>	73	12	15
<i>Seminář za přítomnosti učitele</i>	78	11	11
<i>Skupinové diskuse s ostatními studenty za přítomnosti učitele</i>	69	17	15
<i>Neformální schůzky s učiteli</i>	75	14	11
<i>Neformální schůzky s ostatními studenty</i>	66	31	3
<i>Formální přednášky</i>	68	22	10
<i>Práce v knihovně</i>	69	21	10
<i>Práce s počítačem</i>	6	16	52
<i>Laboratoře</i>	55	7	38
<i>Práce v terénu (stáže)</i>	35	5	60

Formální přednášky nejsou tedy na nejvyšším místě tabulky. Tato čísla se mohou samozřejmě měnit podle oboru. V této tabulce jsou shrnuty názory studentů dálkového studia filosofie, sociálních věd, zdravotnictví, matematiky, počítačů a přírodních věd.

Sylaby přednášek

Velký důraz se klade na přípravu každého kursu před jeho začátkem. Vypracování sylabu, kde je shrnuto vše, co se od studenta během kursu očekává, se považuje za základní předpoklad úspěšnosti kursu. Sylaby mají co nejpodrobněji studenta informovat. Sylabus tedy má zlepšit komunikaci mezi učitelem a žákem. Tím, že profesor vypracuje podrobný sylabus, ukazuje, že se plánování a organizaci kursu pečlivě věnuje, a že je tedy dobrým učitelem. Existuje literatura o tom, jak sylaby psát. V knize Barbary Gross Davisové „Tools for Teaching“, vydané v roce 1993 v San Franciscu (Jossey-Bass Inc., Publishers, 350 Sansome Street, San Francisco, CA 94104) jsou uvedeny rady, jak sylabus připravit. Sylaby mohou mít různý formát, i když některé fakulty vyžadují formát standardní, který musí dodržet všichni učitelé.

Sylabus má především odpovědět na tyto otázky:

1. základní informace o kursu, kdy a kde se koná;
2. základní informace o učiteli, číslo jeho kanceláře, telefon, úřední hodiny; jak kontaktovat učitele a pedagogické asistenty;
3. o čem kurs pojednává, účel a smysl předmětu a co se studenti naučí. Tato část může být stručná nebo rozsáhlá. Někteří učitelé dávají studentům mnohostránkové eseje o účelu a smyslu jejich předmětu;
4. jak je kurs zařazen do studijního plánu;
5. počet a druh zkoušek, testů a písemných prací, které má student odevzdat; jak dlouhé mají být eseje a co se od nich očekává; učitel má zdůvodnit, proč se mají vypracovávat písemné práce;
6. systém známkování, data zkoušek (práce má být rovnoměrně rozmístěna v období kursu); jak budou studenti hodnoceni; zda se přijímá práce navíc jako součást známky; váha známek za jednotlivé složky kursu;
7. učebnice a další studijní materiály; mají mít studenti přečtenou určitou kapitulu z knihy před přednáškou?
8. jak se hodnotí prezenze; jak se hlásí nemoc;
9. jak se hodnotí opožděné splnění úkolu;
10. jak jsou organizovány přednášky a další společná práce;
11. jaké vědomosti se vyžadují před začátkem kursu, které předměty musí mít studenti absolvované, aby mohli v kursu úspěšně pracovat (prerequisites);
12. podrobný kalendář kursu; rozpis přednášek a cvičení (někteří učitelé v sylabu zdůvodňují logiku posloupnosti částí kursu);
13. co si mají studenti připravit před začátkem kursu - kalkulátory, pracovní pláště atd.
14. přijatelné a nepřijatelné chování během přednášek a dalších částí kursu, jako třeba - jíst či nejíst při přednášce;
15. co se stane v případě podvádění; na to zpravidla existují univerzitní pravidla.

Všechny tyto informace má student dostat písemně do ruky na první přednášce nebo co nejdříve po začátku kursu. Syllabus samozřejmě může být flexibilní a může se během kursu měnit.

K syllabu se může přidat i návod, jak studovat, jak psát poznámky při přednášce, slovníček užívaných technických termínů, informace o videoprogramech, které se vztahují ke kursu atd. Já k syllabu přidávám podrobný rozpis, co se v kursu bude probírat - kupř. k tématu „zrak“ přidávám ještě podrobnější body: činnost receptorů, činnost sítnice, analýza obrazu v corpus geniculatum laterale atd. To jsou zároveň otázky pro zkoušky, na které se má student při studiu zaměřit.

Přednášky

Povinná nebo nepovinná návštěva přednášek závisí na rozhodnutí učitele. Jsou předměty, kde je přítomnost na přednáškách jedním z kritérií ohodnocení studenta, a jiné, kde sledování prezenze není nutné. Všeobecně se však předpokládá, že student na přednášky chodí. Spíše než zapisování prezenze se používají nepřímé způsoby, jak přivést studenta na přednášky - kupř. ukládání úloh (assignments), které na jedné přednášce student dostane a na další osobně odevzdá. Učitelé často během přednášky dávají krátké kvízy, např. deset krátkých otázek, které student odpoví přímo na přednášce. To vše je součástí celkového hodnocení na konci kursu.

Tento přístup k učení, kdy studenti jsou nuceni intenzivně pracovat během celého semestru a ne jen ve zkuškovém období, vychází ze základních fyziologických mechanismů učení. Opakováním se pamětní stopa v mozku fixuje a přežívá i konec zkuškového období. Kromě toho má učitel v době konečné zkoušky v ruce materiál, který mu pomůže ohodnotit studenta.

Na trochu extrémní straně stojí publikace Vishno Sharmy z r. 1993. Tento profesor sociologie dostal na universitě v Kalamazoo v Michiganu nevděčný úkol učit kurs „Nezápadní svět (Non-Western World)“. Povinně na něj měli chodit všichni studenti university. Ti jej vesměs považovali za nedůležitý. „Proč se mám učit o tom, proč islámský svět kolem r. 1500 politicky a hospodářsky poklesl, když budu učit biologii na střední škole?“, ptali se. Dr. Sharma řešil problém studentů, kteří chodili do posluchárny za účelem zábavy, jedení oběda nebo se tam prostě nudili, několika způsoby. Především zavedl zasedací pořádek podle abecedy, který se přísně dodržoval. Pravidelně kontroloval prezenci. Naučil se jména všech pěti set studentů nazpaměť a oslovoval je během přednášky křestním jménem. Určitá část známky byla za prezenci, další část za pozornost a účast v diskusích, další část za písemně vypracované úkoly, uložené na přednáškách.

Písemné úlohy

Písemné úlohy ukládané studentům, mohou mít různý charakter. Buď je to podrobnější zpracování určitého tématu, vztahujícího se ke kursu, které si student sám vybere, nebo zhodnocení knihy, nebo může učitel přidělit určitá témata. Od studenta se může vyžadovat, aby si udělal literární rešerši v knihovně a aby šel tedy ve studiu značně do hloubky. Někdy stačí, když je písemná práce na úrovni přednášek a učebnic. Práce na úrovni přednášek je určena k zafixování určitých znalostí, protože při psaní takové práce si student uspořádá logicky, co slyšel, doplní si z učebnice, co přeslechl, jinými slovy, naučí se určitou část látky.

Vytváření kritického myšlení u studentů

S vypracováváním písemných prací souvisí i rozvoj kritického myšlení, protože se student naučí přistupovat kriticky k literatuře. To je do určité míry model životních situací, se kterými se v praktickém životě potká. Studium na universitě neznamena jen nahromadění znalosti určitých faktů, ale i rozvoj analytických schopností, řešení problémů a syntézu logických vztahů mezi fakty a informacemi. Pro tento účel je významná individuální práce se zdroji informací, a samozřejmě pak práce v menší skupině, kde je možné víc diskutovat a méně přednášet.

Pro zhodnocení vývoje studentů v tomto ohledu se používá test kritického myšlení, Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (CTA). Výsledky tohoto testu u skupin studentů jsou značně smíšené, a pedagogičtí vědci zjistili, že záleží spíše na osobnosti instruktora než na specifických programech zlepšování kritického myšlení. Všeobecně se ví, že studium na universitě zlepšuje kritické myšlení, ale není jasné, jak je cíleně zlepšit.

Učebnice

Vzhledem k rozsáhlému trhu učebnic v angličtině existuje pro každý obor několik, často desítky učebnic, které nakladatelství rozesílají učitelům zdarma. Kromě toho může učitel požádat nakladatele o tzv. Desk Copy pro potřeby výuky.

Protože však výroba učebnic trvá dlouhou dobu, a učebnice při dnešním rozvoji znalostí mohou rychle zastarat, používají se často skripta (Lecture Manuals), která mohou obsahovat nejlepší kapitoly z několika učebnic. Kromě toho si učitelé píšou skripta sami. Skripta obsahují vše, co je v kursu třeba, nové poznatky, které nejsou v učebnicích, přepis přednášek, vyžadované úkoly, matematické příklady atd.

Tyto texty na disketě nebo připravené pro tisk i s obrázky dodají učitelé asi tři až čtyři týdny před začátkem semestru (termu) grafickému centru university, které je natiskové a sváže. Distribuci provádí univerzitní knihkupectví. V oborech, které se rychle mění, se skripta doplňují každý rok o nové poznatky. Každý rok se tedy vydá počet výtisků, který odpovídá počtu studentů v kursu. Skripta vycházejí v jednotných obalech a nakladatelem je universita.

Universita v případě potřeby zajistí povolení od autorů k přetištění kapitoly nebo pro použití ilustrací. Podle nového zákona o autorských právech, který byl v USA přijat v r. 1992, je nutné být velmi opatrný. Učitel musí dokazovat, že si článek nebo jeho část oxerovoval pouze pro vlastní bezprostřední potřebu. V loňském roce dal soud vysokou pokutu firmě Upjohn v USA, protože jeden z jejich výzkumníků si okopíroval práci z časopisu, ale nečetl ji hned, nýbrž ji uložil na pozdější dobu a tím porušil zákon. Rozmnožit materiál pro potřebu výuky není již automaticky povoleno, jako to bylo dříve.

Knihovny

Přístup ke knihám v knihovně je volný, učitelé i studenti si v regálech vybírají, co potřebují, studují v knihovně nebo si knihy při odchodu registrují, buď sami na centrálním počítači nebo s pomocí knihovníků. Kontrola při odchodu je přísná, může být i automatická, je třeba projít tunelem, který zaznamená, které knihy nebyly registrovány. Tento volný přístup do knihoven je nutný nejen pro učitele, ale i pro ty studenty, kteří připravují písemné eseje a semináře.

Práce s počítačem

Studenti mají zpravidla přístup k centrálnímu počítači university, kde si píšou svoje písemné práce, dělají výpočty, literární rešerše atd. Na universitě ve Waterloo, která je v tomto ohledu v čele, existuje přes deset tisíc terminálů pro zhruba 25.000 studentů. Celý provoz je řízen programem Watstar. V době zvýšeného provozu před koncem semestru je i takovýto systém přetížený, pomalý a nepřesný. Větší práci je lepší dělat v době, kdy studenti mají volno. V době přednášek je systém přístupný 24 hodin denně, a někdy bývá kolem třetí hodiny ráno trochu volněji a systém se zrychlí. Každý student má nárok na schránku v e-mail, a učitelé často se svými studenty prostřednictvím e-mail komunikují.

Pedagogičtí asistenti

Přednášející učitel má k dispozici pedagogické asistenty (teaching assistants) zpravidla z řad doktorandů. Ti se starají o běh kursu, technickou přípravu písemných zkoušek, vedou diskuse se studenty a mají svoje úřední hodiny, kdy k nim studenti mohou chodit. Starají se také o vyškrtávací zkoušky, které hodnotí počítačový program, který se ve Waterloo jmenuje Markexam.

Styk učitelů se studenty

Osobní styk se studenty je při velkých počtech studentů obtížný. Existují však způsoby, jak udržet kontakt. Úřední hodiny, které učitel vyhlásí, jsou minimálním požadavkem, zlepšujícím tento stav. Dvě hodiny týdně zpravidla stačí. V sylabu přednášek má být napsáno, zda se musí student na konzultaci předem přihlásit nebo zda může přijít rovnou. Profesor i jeho pedagogičtí asistenti také dávají studentům svá telefonní čísla na universitě. Studenti mohou volat kdykoliv kromě pozdních nočních hodin a mají možnost diskutovat s profesorem. Mimochodem, skutečně to dělají, zvláště před zkouškami.

Zkoušky

Zkoušky jsou, bohužel, výhradně písemné. Buďto to jsou psané eseje na daná témata nebo odškrtávací zkoušky. Když jsem u jednoho malého kursu oznámil ústní zkoušky, nastalo pobouření, že na takové zkoušky nejsou zvyklí. Už jsem to víckrát neudělal. Zkoušky se nemohou opakovat a jsou teoreticky možné pouze jednou. Když student neuspěje, musí celý předmět opakovat. Proto se studuje víc před zkouškou než po ní. Studijní neúspěch do deseti procent je v nižších ročnících přijatelný. I z tohoto pravidla však existují výjimky, a profesor má možnost kdykoliv později známku změnit.

Doporučuje se, aby učitelé měli k dispozici písemné zkoušky z minulých let, které by si studenti mohli pročíst, aby věděli, co se od nich očekává. Odškrtávací zkoušky (multiple choice tests) je nutné každý rok pečlivě analyzovat, když jsou odpovědi většiny skupiny špatné, musí se zhodnotit formulace otázky, zda je dostatečně jednoznačná atd. Učitelé si za léta učení nahromadí sbírky ověřených otázek s jejich zhodnocením za minulá léta.

Věk studentů

Vzhledem k tomu, že se platí školné (Tuition Fees), a také proto, že v Kanadě se nechodí povinně na vojnu, studenti velmi často začínají studovat později nebo studia přerušují. Průměrný věk studentů proto často bývá vyšší. V posluchárně sedí studentky, kterým děti odrostly a nyní chtějí získat kvalifikované zaměstnání, i bělovasí šedesátníci. Na York University v Torontu je průměrný věk studentů 29 let.

Studentská a jiná hodnocení učitelů

Studenti na konci kursu, a někdy i během kursu, odpovídají na specifické otázky, týkající se učitele, obsahu kursu, učebnic, praktických cvičení atd. Někdy dostávají na konci semestru formuláře s číselným bodováním. Toto zhodnocení je anonymní a výsledky dostane učitel až po ukončení kursu, kdy už studenti mají známky v ruce. Statisticy zjistili, že existuje korelace mezi přísností známkování studentů učiteli a naopak. Toto bodování tedy nemá příliš velkou cenu, ale v psané části někdy studenti přicházejí s podněty, které stojí za úvahu.

Kromě toho učitelé každý rok předávají vedení ústavu výroční zprávu, na které závisí další platový postup. Každý rok se universitami zabývá tisk a vydává žebříček universit podle výsledků výuky, výzkumu, proslulosti učitelů atd. Jednou v období několika let hodnotí jednotlivé ústavy a jejich učitele kontrola z ministerstva výchovy. Ústav, na kterém pracuji, je takto hodnocen jednou za sedm let.

Další perspektivy

Tento systém je samozřejmě pod neustálou kritikou. Vysokoškolští učitelé si stěžují, že nedostávají dostatečně připravené studenty. Opravdu se občas vyskytnou studenti, kteří píší slovo „are“ jako „our“. Proto se vyžaduje v prvním ročníku alespoň písemný test ze znalosti angličtiny. Naopak, studenti říkají, že klasický způsob studia jednotlivých vědních oborů nevyhovuje, že pro ně neexistují pracovní příležitosti a že by bylo vhodné zřídit více interdisciplinárních studijních možností. Při nedostatku pracovních příležitostí mnozí z nich (asi 10% v roce 1994) odcházejí na delší dobu do zahraničí. Naopak, zaměstnavatelé tvrdí, že studenti jsou příliš úzce specializovaní, že potřebují doškolení, že nejsou schopni pracovat v týmu, a že nejsou dost samostatní v získávání vědomostí. Největší problém však je, že rozsah lidského vědění se nyní zdvojnásobuje každých osmáct měsíců, a že diplom z university je tedy bez dalšího vzdělávání přibližně za deset let bezcenný. To vše nutí vysokoškolské učitele k úvahám o tom, jak změnit studium, aby vyhovovalo požadavkům budoucnosti. V časopise Science ze 4. listopadu 1994 je otištěna rozsáhlá diskuse na toto téma.

SESTRÍČKY

PROČ V PRAŽSKÝCH NEMOCNICÍCH CHYBÍ SESTRY?

Milica Sklenčková

Nedávno jsem se dozvěděla výsledky ankety z jedné pražské zdravotnické školy: v letošních čtyřech maturitních ročnících se chystá ukončit studium 101 dívek. Záměrně neříkám 101 sestřiček, protože z tohoto počtu je již nyní, v dubnu 1995, rozhodnuto nastoupit do zdravotnictví pouhých 37. Z počtu 37 sestřiček jich je rozhodnuto posílit řady sester ve FNKV pouhých 11. Tolik smutná anketní čísla. V této souvislosti se nabízí úvaha: proč v pražských nemocnicích chybí sestry?

Situace je opravdu v pražských nemocnicích velmi neradostná, mnohé sestry končí pracovní poměr, odcházejí. Neznám detailně situaci v ostatních nemocnicích v Praze, ale znám situaci v nemocnici naší a myslím, že zde nebude velký rozdíl. Velké nemocniční komplexy vždy čekaly na čas maturit a nové absolventky, protože bez nich se velké nemocnice neobejdou. Nové sestřičky doplnily stavy na odděleních, po půl roce se staly samostatnými a pak už jen překonat jarní odchody a dočkat se zase nových absolventek. Ale mluvím o době, kdy absolventka neměla jinou volbu než jít pracovat. A povětšinou to byla práce v nemocnici, kterou volila, protože polikliniky byly obsazené staršími sestrami a také nebyly v pracovní náplni pro mladé sestry tak atraktivní. Všimněte si, jen jsem ve vzpomínce zašla k dobám dřívějším, již mluvím o atraktivitě v souvislosti s prací v nemocnici. Ale, ono to pro nás tak skutečně bylo! Co jsme se jen natěšily na první samostatné služby, jak jsme záviděly starším a zkušeným kolegyním právě jejich zkušenost a dovednost! Prostě nebyla pro žádnou novou sestřičku větší pocta, než zvládnout samostatnou a odpovědnou práci na lůžkovém oddělení.

Pojďme ale do současná a k otázce, proč sestry chybí.

Absolventka především hledá nikoli práci v nemocnici, ale možnost dalšího studia. Jsou jistě takové, které již v průběhu studia zjistí, že volily špatně a že nikdy nechtějí vykonávat profesi zdravotní sestry. Ty pak volí práci či studium v úplně jiném oboru, velmi pravděpodobně významně lukrativnějším, a ty mne pro tuto úvahu zajímají nejméně.

Dnes může po střední škole sestra absolventka v denním studiu se věnovat celé řadě studijních možností při zachování základní volby profese. Především zdravotnické školy otevřely možnost jednoletého specializačního studia. Po maturitě sestra ještě rok studuje a stane se rázem (bez jediného dne praxe!?) sestrou specialistkou, tedy sestrou určenou k zařazení na jednotky intenzivní péče, odd. ARO či operační

sály. V denním studiu tedy získá tutéž kvalifikaci, jakou dosud mohly získat sestry ve specializačním pomaturitním studiu při zaměstnání, kdy podmínkou k přijetí bylo pět, respektive tři roky praxe. Dále je zde celá řada variant bakalářských studií, jen např. naše fakulta nabízí tři druhy. Pak samozřejmě možnosti řádného vysokoškolského studia. A konečně, zejména tam, kde by mohl být problém s přijímacím řízením, studium na soukromých školách.

V žádném případě nechci horlit proti dalšímu studiu sester! Opak je pravdou: myslím si, že čím víc budeme mít v nemocnici vzdělaných a specializovaných sester, tím více bude zákonitě stoupat i profesní kvalita sesterských týmů. Jen mi jde o to, aby v nemocnici skutečně byly...

Obecně panuje názor, že sestry nejsou, protože jsou velmi špatně zaplacený. To je jistě další důvod nedostatku sester, ale dle mého názoru není rozhodující. Sestry jsou špatně placeny v této zemi již tolik let, že každá dívka a každý její rodič musí tento fakt znát či alespoň tušit již v době, kdy se dívka uchází o přijetí na zdravotnickou školu. A po nástupní praxi, tedy půl roku po maturitě, již může velmi dobrá sestra vedle své 6. až 7. platové třídy a příplatků získat i osobní hodnocení, které může být vysoké podle toho, jak si to které pracoviště určí pravidla rozdělení. Samozřejmě, že záleží na jednotlivých vedoucích, ale i na jednotlivých sestřích, jejich představách, požadavcích, potřebách... Mám však opakovanou zkušenost, že nedostatek finanční je již jenom převažujícím faktorem na miskách vah při úvaze, jak a kam dál s profesí zdravotní sestry.

Myslím, že to, co definitivně vyhání sestry, které již jednou nastoupily do nemocnice, je obrovská náročnost naší profese, stále se zvyšující požadavky na odbornost, nepřetržitě rostoucí spektrum výkonů... A navíc, uvažme jen obrovský nárůst administrativy spojené s výkaznictvím pro VZP, který také postihl sesterskou profesi. Zvažujeme, kolik sester v posledních pěti letech muselo přistoupit na zásadní změny ve výkonu práce, které sebou přinesla počítačová technika. Pamatujeme na naši všeobecnou odpovědnost k ekonomice našeho provozu, která nutí nás všechny zcela jistě jinak pracovat, jinak přemýšlet. Celá řada z nás se toto musí od základů učit.

A pak tu hrajete nezanedbatelnou roli Vy, naši lékaři a spolupracovníci. Vy, kterých je alespoň v Praze nadpočet, jste dychtiví výkonů, bodů, odborné prestiže a jistě i vysoce odborné a kvalitní práce. Na nemocného moc asu nemáte, to vidíme velmi dobře. Někdy nám dělá problém udržet s Vámi krok... A ruku na srdce, stojíte o to ?

Pražské specifikum celé situace se sestrami je v tom, že zde má každá absolventka daleko víc příležitostí, jak se vyhnout práci v nemocnici. Dokonce mám dojem, že nástup do „špitálu“, do třísměnného provozu k lůžku, je až ta poslední varianta, kterou by dívky chtěly realizovat. Ony i jejich rodiče zkusí všechno možné, jen aby nástup do praxe oddálili.

Nezbývá, než vzít tyto reality na vědomí, hledat sestry mimopražské, mít pro ně ubytování a především: vážit si těch sester, které v nemocnicích jsou. A to je úkol pro nás všechny, sestry, lékaře a pracovníky v řídicích funkcích.

POZNATKY ZE STÁŽE NA POPÁLENINOVÉM PRACOVIŠTI V AACHEN

Jitka Gojdrová, vrchní sestra kliniky popáleninové medicíny

V říjnu 1994 jsem měla možnost navštívit popáleninové pracoviště v severoněmeckém Aachen. Dovoďte mi, abych se s Vámi podělila o některé poznatky, které jsem získala během této stáže.

Oddělení je součástí fakultní nemocnice Aachen. Celá nemocnice je velmi zajímavou futuristickou stavbou, která při prvním pohledu působí spíše jako rafinerie. Vnitřní členění budovy je však velmi účelné a díky ladění do zelena i příjemné.

Organizační zajištění péče o popálené se od našeho pracoviště liší.

Všechny děti jsou ošetřovány v rámci všeobecného dětského oddělení, a to jak standardního, tak dětské JIP.

Dospělí pacienti s rozsahem popálení do 20% povrchu těla jsou přijímáni na standardní ošetrovací jednotku, která je společná pro plastickou chirurgii i popáleniny. Pokoje jsou zde dvoulužkové s vlastním sociálním vybavením a celková kapacita oddělení je 40 pacientů. Prostorové uspořádání ošetrovací jednotky, její materiální vybavení i počet zdravotnického personálu v podstatě odpovídá našemu standardu. Převazy pacientů jsou prováděny převážně na lůžku, výjimečně v koupelně, která je k tomuto účelu částečně přizpůsobena. Naproti tomu u nás provádíme téměř všechny převazy na převazárně, rozsáhlé na operačním sále. Návštěvy příbuzných jsou možné v kteroukoli denní dobu a nepodléhají žádnému hygienickému opatření jako je převouvání nebo převlékání.

Na JIP pro popálené jsou přijímáni dospělí pacienti s rozsahem postižení nad 20% povrchu těla. Jednotka má celkem šest boxů. Ve výjimečných případech je zde možné hospitalizovat až 9 pacientů. Přístrojové vybavení jednotlivých boxů odpovídá vybavení našemu, pouze vzdušná lůžka nepatří ke standardu kliniky, ale jsou zapůjčována specializovanou firmou.

Vstupní prostor do JIP pro personál a návštěvy slouží jako hygienický filtr. Zde se všichni převléknou z civilního oděvu do operačního prádla, antistatické obuvi a nasadí si čepici a ústenku.

Pacienti jsou přijímáni na JIP po toaletě a primárním ošetření, které se provádí v koupelně oddělení. Místnost je vybavena i na menší chirurgické zákroky v celkové anestezii.

Značné rozdíly mezi naším pracovištěm a popáleninami v Aachen jsme zazamenali v převazování pacientů. Zatímco naši rozsáhle popálení pacienti jsou převazováni v celkové anestezii nebo v analgezii, zásadně na operačním sále, v Aachen jsou převazováni v analgezii přímo na boxech. Převazu se zpravidla účastní lékař a dvě sestry, trvá podstatně delší dobu než u nás a dodržení zásad aseptiky není dle našeho mínění dostačující. Ale na druhé straně je nutno uznat, že takto provedený převaz přijde klinice podstatně levněji. Naši aachenští kolegové nepotřebují k převazu operační tým, anesteziology ani drahé vybavení operačního sálu. Důležité také je, že při takto provedeném převazu není pacient zatížen celkovou anestézií. Je věcí diskuse, který způsob je pro pacienta právě ten nevhodnější.

Personální obsazení provozu se v některých ukazatelích značně liší od zajištění našeho. Na jednotce, která má kapacitu 6 pacientů, pracuje celkem 25 SZP pod vedením staničního bratra.

Sestry slouží v trojměnném provozu. Ve dne připadá jedna sestra na jednoho pacienta, v noci a o víkendech jedna sestra na dva pacienty.

Z pomocného personálu pracují na JIP pouze dvě osoby v ranní směně: jedna žena na úklid a jedna žena ve funkci sanitárky. Ta zajišťuje pořádek na boxech, doplňování materiálu, pomůcek a sterilizaci.

Veškerou manipulaci s pacienty provádějí sestry. V Aachen je počet SZP zhruba dvojnásobný než u nás, NZP a PZP je však podstatně méně než na našem pracovišti.

Sestry neslouží ve stálých skupinách podle stabilního rozpisu směn jako je tomu na naší JIP, ale rozvrh směn mají přizpůsoben svým individuálním požadavkům. Pro práci na JIP nejsou určeny žádné rehabilitační pracovnice ani dietní sestra. Rehabilitaci provádějí JIPové sestry samy a dietní záležitosti je možno konzultovat s dietními sestrami, které jsou dvě pro celou nemocnici. Jednotka nemá vlastního psychologa, vše je zajišťováno konziliárně.

Na toto pracoviště jsou přijímány sestry po ukončení zdravotní školy, není vyžadována žádná speciální atestace. Pojem „nástupní praxe“ vůbec neznají, sestry po ukončení zdravotní školy jsou považovány za plnohodnotné SZP. Finanční hodnocení na popáleninovém JIP je o 300-500 DM měsíčně vyšší, než na ostatních pracovištích, sestry mají 30 dnů dovolené ročně.

V zásadě lze říci, že celkový počet zdravotnických pracovníků na JIP v Aachen a u nás v Praze je stejný, velké rozdíly jsou však v zastoupení jednotlivých zdravotnických kategorií.

Jsem velmi ráda, že mi bylo umožněno pracoviště v Aachen navštívit a seznámit se s péčí o popálené v této nemocnici.

STUDENTI

Aktuální téma

STUDENTSKÉ STANOVISKO K „LISTU DĚKANA“

Martin Dzivjak, student III. ročníku 3. LF UK

Pre stúpajúce vzrušenie a neustále dohady o „liste dekana“, ktoré prebiehajú medzi študentami, som sa rozhodol napísať tento článok.

Prvú informáciu o tomto kroku som našiel v zápise z kolégia dekana, na ktorom prof. Horák informoval, že pripravuje koncept tohoto listu. Pravda, v zápise je táto informácia uvedená v súvislosti s gréckymi študentami. Na ďalšom zasadaní kolégia dekana (23.3.1995) som na otázku, či sa toto opatrenie bude týkať aj českých študentov, dostal odpoveď: „Nie, toto opatrenie sa bude týkať aj českých študentov.“ Koncept tohoto listu však Prof. Horák v mojej prítomnosti nepredložil. O predložení konceptu listu som sa opäť dozvedel zo zápisu. Na zasadaní AS 3. LF UK konanom dňa 28.3.1995 som o tomto liste informoval AS. Pán Prof. Jelínek sa v tejto súvislosti spýtal pani prodekanu Provazníkovej, či sa zákaz prihlasovania na skúšky týka aj zimného semestra, čím by vlastne išlo o zrušenie predĺženého skúškového obdobia, čo musí schváliť senát. Pani prodekanka ho ubezpečila, že sa toto opatrenie týka len tohoto letného semestra. Ďalšia diskusia o tomto rozhodnutí však nemohla na pôde AS prebiehať, pretože nikto z prítomných nemal tento list pri sebe a nemohol s jeho plným znením oboznámiť ostatných členov senátu. Nasledujúce kolégium dekana 30.3.1995 sa nekonalo. V tejto dobe sa začali už objavovať prvé nedostatky tohoto rozhodnutia. Na ústave mikrobiológie boli zrušené termíny, kde už boli študenti zapísaní. Študenti IV. ročníka boli informovaní, že predtermíny na ústave neurológie nebudú vypísané. V súčasnosti bola udelená výnimka katedre jazykov, aby skúšky z latinu mohli prebehnúť počas výuky v semestri. Zrušili sa termíny skúšok z angličtiny. Pán Prof. Malina na prednáške informoval študentov, že zatiaľ nebude vypisovať pertermíny z dermatovenerológie. Termíny skúšok na mikrobiológii boli opäť vypísané po 4.4.1995, keď som pánovi dekanovi predložil pripomienky študentov k tomuto rozhodnutiu. Niektoré by som rád uviedol aj tu.

1) Pôvodný návrh sa týkal gréckych študentov a bol rozšírený aj na českých, pretože máme spoločný študijný plán. Alebo šlo len o administratívnu chybu?

2) K návrhu sa nemali možnosť vyjadriť študenti. Ich vyjadrením sa mohlo predísť komplikáciám.

3) Ktoré katedry si sťažovali na vynechávanie výuky študentami, o koľkých študentov zhruba išlo, o koľko vynechaných hodín praktík?

4) Už v súčasnosti existujú mechanizmy postihu týchto študentov. Nezúčastňujú sa výuky, nebudú im udelené zápočty, budú musieť opakovať. A pokiaľ to vedúci katedry uzná ako ospravedlnenie...

5) Podľa Študijného a skúšobného poriadku našej fakulty (článok 5.3.3) je skúšajúci povinný vypísať dostatočný počet termínov, čo je v prípade jedného examinátora nereálne.

6) Podľa toho istého článku je vyučujúci povinný oboznámiť študentov počas výuky o spôsobe prihlasovania sa na termíny a bolo by preto férovejšie prijať toto rozhodnutie na začiatku semestra.

7) Pri počte 3-4 skúšky na semester je veľmi ťažké - aj pre výborných študentov - absolvovať všetky skúšky do konca skúškového obdobia. Výsledky dotazníku v III.roč.: 66,5% študentov bolo aspoň na jednom predtermíne, 22,3% študentov bolo na dvoch predtermínoch, 17,6% malo všetky skúšky na konci skúškového obdobia, 1 (!) študent urobil všetky skúšky v skúškovom období bez predtermínu.

8) Ak sa toto rozhodnutie týka aj študentov s individuálnym študijným plánom, tak potom akoby ho ani nemali.

Pán dekan na nasledujúcom zasadaní kolégia (6.4.1995) predložil zápis z nášho stretnutia, v ktorom sú tieto návrhy riešenia:

- za študentov: šesť týždňové skúškové obdobie alebo povoliť skúšanie aspoň dva týždne v letnom semestri,

- za dekana: zorganizovať stretnutia vedúcich katedier a študentov, kde by sa dohodol určitý spôsob vypisovania termínov.

Žiaľ všetky tieto návrhy narážajú na nesúhlas z rôznych strán. Prvý náš návrh naráža na nariadenie z kolégia rektora UK, ktoré stanovilo spoločný začiatok semestrov všetkých fakúlt na jeden deň. V zimnom semestri stanovilo začiatok na 25.9.1995 a v letnom semestri na 12.2.1996. Ak by sa nám aj podarilo presvedčiť rektorát, nevieme, kto by nás ubytoval a kde by sme sa stravovali v prípade posunutia začiatku zimného či letného semestra.

Alternatívny návrh naráža na nesúhlas vedenia fakulty.

Návrh pána dekana je prijateľný len z hľadiska zlepšenia systému vypisovania termínov skúšok, ale nerieši problém trojtýždňového skúškového obdobia po zimnom semestri budúceho roku.

Záver asi pôsobí depresívnym bezvýchodiskovým dojmom, ale problémy treba riešiť a nezatvárať pred nimi oči. S vierou v lepšie správy sa zatiaľ s vami lúčim.

Seminární práce z etiky

VZTAH LÉKAŘ A PACIENT Z POHLEDU STUDENTA HUSITSKÉ FAKULTY TEOLOGICKÉ

Helena Haškovcová

Čas od času se ozývá mezi zdravotníky hlas nárokujející duševní či duchovní péči o těžce nemocné a umírající. Zatímco péče o psyché je tradičně spojena s odbornou činností psychiatrů či psychologů, spirituální péči mohou poskytnout jen lidé hluboce filosoficky nebo teologicky vzdělaní. Vstupu duchovních do zdravotnických, případně sociálních zařízení již nic nebrání, přetrvávají však jisté rozpaky. Absolventi teologických fakult, pro které je spirita hlavním předmětem studia, byli až donedávna vzdáleni klinické praxi a tudíž i postrádali ucelenou představu o tom, v jakých konkrétních podmínkách by vlastně měli svou přínosnou činnost realizovat. Moderní medicína je pěstována v rámci určitého zdravotnického, potažmo sociálního systému. Každý, ať již je duchovním nebo absolventem teologické fakulty (bez nároku na církevní kariéru, ale se zájmem o duchovní pomoc lidem v nouzi) musí znát určité minimum sestávající jak z pravidel organizačního rámce, tak i základních potřeb nemocných.

Pražské teologické fakulty již zahájily nebo připravují zvláštní specializační studium pro ty, kteří se rozhodli pracovat ve sféře zdravotnictví nebo v sociální oblasti s cílem vyplnit zející mezeru a přinést tolik potřebnou duchovní pomoc trpícím.

Husitská fakulta teologická je nejmenší ze všech pražských teologických fakult. V roce 1993/4 byla zahájena výuka psychosociálních věd.

Studenti husitské fakulty teologické povinně absolvují tzv. teologický kmen. Později, tj. ve třetím ročníku, se mohou specializovat buď na studium pedagogiky, religionistiky či psychosociálních věd. Předpokládá se, že se absolventi podle svého zájmu stanou učiteli náboženství nebo se budou věnovat církevní práci, popřípadě se uplatní právě ve zdravotnictví a sociálních službách.

Studium psychosociálních věd je široce koncipováno. Studenti se seznamují s potřebami lidí v nouzi, s nároky somaticky a psychicky nemocných, diskutují některé vybrané problémy lékařské etiky atd. Nedílnou součástí pregraduální přípravy tohoto typu jsou základy ústavnictví, principy sociální péče a home care, pojišťovací systémy a poradenství. Výuku zajišťují především odborníci z pražských lékařských fakult a z Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů.

Jednou z přednášejících je i PhDr. Alena Mellanová, CSc., vedoucí Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. lékařské fakulty UK v Praze. V rámci pravidelného cyklu přednášek na téma „Umírající pacient“ se student Jiří Laudát spontánně rozhodl reagovat na sdělení PhDr. A. Mellanové, CSc. Napsal úvahu na téma „vztah lékaře a pacient“ a vhodně doplnil „či spíše člověk a člověk“.

Studenti 3. lékařské fakulty mají ve čtvrtém ročníku povinnou výuku lékařské etiky; podmínkou k získání zápočtu je pak napsání krátké eseje. Často si vybírají stejné téma, tedy vztah lékaře a pacienta. V tomto kontextu pokládám za mimořádně vhodné prezentovat nejen názory studentů medicíny (což se na stránkách tohoto časopisu pravidelně děje), ale též stanoviska studentů jiné, v daném případě teologické fakulty. Rozdílnost ve vzdělání a možná i v základních postojích (víra) umožňuje tentýž problém nazírat různým způsobem. Možná, že právě pro mediky bude poučením text, dokládající, jak budoucí teolog interpretuje jedno ze základních a nosných témat medicíny, totiž vztah lékaře a pacienta. Mezioborový dialog lze vždy přivítat, a to nejen na úrovni postgraduální, ale i pregraduální. Ostatně v péči o člověka v nouzi se určitým způsobem nakonec někteří lékaři a teologové spojí.

Tímto stručným vysvětlením jsem pokládala za nutné uvést zajímavý příspěvek Jiřího Laudáta.

VZTAH LÉKAŘ - PACIENT, ČI SPÍŠE ČLOVĚK - ČLOVĚK. NĚKOLIK MYŠLENEK A OTÁZEK.

Jiří Laudát, Husitská teologická fakulta UK, obor psychosociální vědy, 5. ročník

Tato úvaha není podepřena praktickou prací s potřebnými. Jde o pohled z „druhé strany“ o obecné filosofické zamýšlení a podnět k úvahám, předložené praktikujícím odborníkům ze strany laika (případně i klienta), se svým nárokem ptát se a žádat je, aby vydali počet ze své práce.

Úvod

V rámci semináře Psychologická péče o umírající PhDr. A. Mellanové, k němuž se váže tato práce, byl uveden následující příklad:

Jistá studentka navštěvovala po určitou dobu zvolený počet nemocných občanů, pokládala jim předem vybrané pomocné otázky v rámci psychologické strategie, jíž mělo být dosaženo odhalení jinak mnohdy skrytých vnitřních prožitků a emocí daných pacientů. Výzkum se zaměřil zvláště na indikaci emoce strachu, strachu z nemoci, strachu z kritické situace, v níž se dotyčný nacházel.

Po shromáždění dostatečného množství pracovního materiálu - lidí s jejich obavami - vytvořila studentka přehlednou statistickou tabulku s milimetrovou stupnicí, kde každý díleček vyjadřoval úroveň obav. Tak změnila strach.

Bylo zdůrazněno, že studentka byla obzvláště pilná, její vzorek byl neobvykle široký a reprezentativní.

Jean-Paul Sartre popisuje ve své povídce „Zeď“ - titulní povídce stejnojmenné knihy - situaci několika vojáků, čekajících v cele smrti na popravu, k nimž přichází lékař s následujícími slovy: „*Udělám, co budu moci, aby vám těch pár hodin lehčeji uběhlo.*“ ¹ Lékař pak kromě několika uklidňujících frází (otázka odsouzenec: „*Trpí člověk... dlouho?*“ Odpověď lékaře: „*Ale kdepak, je to hned hotové.*“ ²) zkoumá z pohledu nezúčastněného, objektivního pozorovatele nezasaženého smrtí, jak vojáci, předurčení na smrt, prožívají poslední okamžiky. Uchopuje jejich zápěstí a zjišťuje jejich tep, zapisuje si cosi do poznámkového bloku, zvědavě pozoruje každou jejich reakci.

Sartre líčí situaci z pohledu jednoho z vojáků takto: „*Nepřestával se (lékař) na mně přísne dívat. Vtom jsem pochopil a sáhl jsem si na obličej: byl jsem zpocený. Ve sklepě, uprostřed zimy, v průvanu jsem se potil. Hrábl jsem si rukou do vlasů, byly slepeny potem, zároveň jsem si všiml, že mi zvlhla košile a lepi se mi na kůži. Nejmé-*

ně hodinu se ze mne řinul pot a já nic necítíl. Ale neuniklo to tomu belgickému ničemovi (lékaři), viděl, jak mi po tváři stékají kapky, a říkal si: to svědčí o téměř patologické hrůze, a cítil se normální a hrdý, že je normální, protože jemu byla zima.“^{3/}

Uvedené příklady dokumentují, jak se může lékařská pomoc změnit v cosi velmi podobnému hyenismu.

V prvním případě argumenty, že studentka byla vedena dobrou vůlí - vždyť takový statistický výzkum může velmi pomoci terapeutovi při práci - neobstojí. Každý lékař schopný empatie vycítí a rozpozná pacientovo emocionální rozpoložení - tedy také strach - při konkrétní práci s pacientem a statistiku proto nemůže upotřebit. A pokud empatie schází, statistika jí taktéž nenahradí.

Příklad druhý, ukázka ze Sartrovy povídky, je natolik výmluvný sám o sobě, že komentář není zapotřebí.

Kam až mohou podobné „lékařské“ výzkumy v extrémních případech dojít, ilustrují zruďné a zločinné praktiky nacistických lékařů v koncentračních táborech, dokumentované např. v knize Lékaři hanby autorů Roberta a Betty Truckových. Na počátku všech takových ohavností je pojetí člověka jako pokusného zvířete, jako objektu chladně vykalkulovaného výzkumu, jako „mechanismu určeného k prozkoumání“.

1. Pokus o ideální představu a kladení nároku

Pokusme se nyní nastínit nároky, kterým by lékař měl dostát, má-li být věrný svému poslání především pomáhat trpícím. Východiskem je zde představa psychologické pomoci při léčbě letálně nemocného (ale závěry jsou platné víceméně obecně), přičemž lékař může být jak terapeut-psycholog, tak i případně běžný odborný lékař. Vzhledem k omezenému rozsahu práce je možné nastínit daný problém pouze v nejobecnější filosofické rovině, mnohé konkrétní problémy, jež se v praxi vyskytují, je nutno ponechat stranou.

Předně by pacient měl být vnímán se svou subjektivitou, nikoli jako pouhý předmět vědeckého zájmu.

Karl Jaspers píše: „K člověku lze přistoupit dvojím způsobem: jako k předmětu vědeckého poznání anebo jako k existenci svobody, nedostupné jakékoli vědě.... Člověk je v principu více, než co se o něm dá vědět.“^{4/}

Doc. PhDr. E. Syříštová uvádí: „V psychoterapii pracujeme s nemocným především jako se subjektem, nikoli pouze jako s objektem poznání. Setkáváme se se subjektem, který prožívá úzkost z ohrožení, omezení nebo ztráty smyslu života, z ohrožení dosavadních jistot, a který více nebo méně naléhavě hledá východisko z bezvýchodnosti, ať už je to v důsledku těžké traumatizující psychologické situace, nebo v důsledku dlouhodobého nebo trvalého omezení fyzickou chorobou.“^{5/}

Toto pojetí znamená, že je odmítnuta pragmatická manipulace s postiženým a nahrazuje ji nesrovnatelně náročnější pokus o vytvoření vzájemně otevřeného přátelské-

ho vztahu, kdy je na straně lékaře nezbytná schopnost co největší empatie, provázená úctou k lidské bytosti, jejíž existence je jedinečná, neopakovatelná a ve své nenahraditelnosti taktéž nekonečně hodnotná. Mělo by tu být přítomno vědomí, že člověk není jen v nemoci často zubožená tělesná schránka, ale jde o možnost, hledající své uskutečnění a naplnění, a to i v situaci, jež beznadějně spěje k fyzickému konci lidské existence - smrti.

Zde se dotýkáme nejpodstatnější a nejnáročnější otázky, jež může vyvstat v souvislosti s léčbou letálně nemocných (ale pochopitelně nejen zde), a tou je samo pojetí smrti.

Člověk se určitým způsobem vyrovnává se svou individuální smrtí a také se smrtí jako s filosofickým problémem. Existuje celá řada filosofických a náboženských pojetí smrti a každý se více či méně k některému z nich přiklání. Dokonce i agnosticismus v této záležitosti je jedním z těchto pojetí.

Lékař pracující s letálně nemocným má vlastní filosofické východisko (lacině utěšitelný přístup křesťansky orientovaného lékaře se odlišuje od necitlivého čistě biologického a mechanistického pojetí či od budhistického smíření s věčným koloběhem návratů, případně s existenciálním chápáním smrti jako závěrečného ztroskotání), které se však může diametrálně rozcházet s východiskem pacientovým. Při vzájemné interakci lékař - pacient by nemělo docházet k pokusu lékaře, přesvědčeného o své pravdě, vnucovat své názory na tuto neobyčejně citlivou oblast pacientovi.

Existuje nějaký osvědčený a ideální názor na smrt, jež by měl každý lékař mít? Jistěže ne. Nicméně duchovní otevřenost, kladení si filosofických otázek a stálá intenzivní myslitelská cesta a snaha vyrovnat se nikoliv lacině s tímto problémem by měla být samozřejmostí. Zdůrazňeme jen, že smrt patří neodmyslitelně k lidské bytosti, a to i v době, kdy je „zcela zdráva“ a zdá se jí, že smrt je cosi vzdáleného, cosi z „úplně jiného světa“. Pro lékaře může začínat problém smrti plně až tehdy, shledá-li příznaky letálního onemocnění, ale je to jistě nesprávný přístup. Život člověka je obecně „cestou ke smrti“, a to počínaje zrozením.

Lékaře a pacienta ve vztahu ke smrti dělí jediné přibližná časová pravděpodobnost, většinou krátkodobá (dlouhodobou časovou pravděpodobnost své smrti zná konečkonců i lékař), která určuje okamžik, kdy může pacient zemřít. Určitá časová hranice této hrozby může u jedince výrazně zjiřit pocit prožívání sebe sama jako bytosti konečné, ohraničené a tato hranice se u jednotlivců může výrazně lišit. Vyhlídku, kterou má pacient nakažený virem HIV, se může někomu jevit více, někomu méně hrozivá. Ale tato - určitější, i když také ne zcela jednoznačná - specifikace pravděpodobné doby úmrtí je to jediné, co odlišuje lékaře od pacienta ve vztahu k individuální konečnosti a lékař by si toho měl být vědom. Pojetí - já, živý a nedotknutelný lékař kontra on, nemocí odsouzený, a tedy již mrtvý pacient - by se vůbec nemělo objevovat. Vědomí sounáležitosti pak lékaři umožní daleko citlivější přístup k pacientovi.

Výše uvedené úvahy vychází z předpokladu, že lékař nezatajuje před pacientem stav jeho choroby - což by mělo být samozřejmostí, pokud tomu nebrání závažné

okolnosti - a poskytuje mu takové informace, o něž pacient sám požádá. Nicméně je nezbytné, aby lékař upozornil pacienta na relativitu, na skutečnost, že nikdy se nic nedá předem vyloučit, a tedy i na naději, která je přítomna bezesporu i tam, kde všechny ukazatele vedou k zdánlivé skepsi.

Vše vede bezesporu k tomuto názoru: Smrt je mystériem, není to pouze biologický jev. Snad by měl mít tuto větu na paměti každý lékař. Ať již máme na smrt a poslední věci člověka jakýkoliv názor, smrt je vždy temná, neuchopitelná, neobjasnitelná, nelze ji zkoumat (na rozdíl od jejích některých fyziologicky se projevujících příznaků), nelze ji popsat, nelze ji nikdy definitivně pochopit. Každý pokus manipulovat se smrtí, rutinně o ní komunikovat, nepřístupovat k ní s hlubokým vnitřním zasažením, vede jediné k odcizenosti člověka a k smrti jeho vlastního duchovního bohatství - podobně jako snaha (a to je věc klíčová) manipulovat s druhým člověkem jako s nástrojem a předmětem svého zájmu.

Nicméně nelze nepřihlédnout k faktu, že každá lékařská práce je - a musí být - do určité míry manipulací s druhým člověkem nacházejícím se v kritické situaci. Otázkou však zůstává vymezení hranice (a ta často bývá nejasná, nejednoznačná), kdy tato běžná nutnost přerůstá v násilí na oslabeném člověku.

Doc. PhDr. E. Syřišťová je jedním z odborníků, který si všímá této záležitosti ve své reflexi psychologické praxe (ale práci psychologa nelze nikdy důsledně oddělit od práce somaticky zaměřeného odborníka: ani ten se nevyhne - i když se to jistě mnohý pokouší - náročnému dialogu s pacientem) uvádí situace, kdy se tento psychologický přístup mění v onen odlišný, zvrácený vztah.

Jakmile se psychologova terapeutická práce promění v rutinu, počínající „testováním“ pacienta pomocí několika šablonovitě pojatých strategií, následovaným snahou „usměrnit“ pacienta do „vyjetých kolejí“, a tento přístup se vždy s každým novým „případem - pacientem“ mechanicky opakuje, bez čehokoli navíc, bez snahy hlouběji chápat souvislosti, bez opravdové účasti a participaci na osudu druhého, pak jde bezesporu o varovný signál.

Pokusy zařadit člověka, jeho cítění a prožívání do rozličných „tabulek a kolonek“, vykládat jeho projevy zjednodušujícím způsobem několika pouček a takto ho i pojímat při vlastní léčbě, napomáhá vítězství stavu, kdy „lidé, ty nadějně přísliby nového světa, se nechťeně - ať už z obrovské únavy nebo pohodlnosti - přizpůsobují štěstí zvrátat a věcí anebo chodu strojů, i velmi jednoduchých“.^{6'}

V rámci semináře „Psychologická péče o umírající“ jsem se dozvěděl, jaké otázky kladou letálně nemocní pacienti lékařům nejčastěji a jaké jsou ideální odpovědi na ně. Neumím si představit, jak nekonečně osaměle se může cítit lékař - terapeut, který celý život používal „ideální“ odpověď např. na otázku „Budu trpět, až budu umírat?“, a který nyní, sám stár a nevléčitelně nemocen, obdrží tutéž odpověď od svého žáka, mladého terapeuta.

Opět považuji za nutné zdůraznit, že každý pacient má být chápán vždy nově, jako samostatný, bohatý a nikdy neprobádatelný vesmír, jako někdo, kdo chápe svět po každé odlišně, než kdokoli jiný.

Lékař a jeho psychologická role by se neměla změnit v jakéhosi mechanického usměrňovatele, což v případě léčby letálně nemocných znamená jakési co nejdárnější „dovedení ke smrti“.

Předpokladem by měl být dostatečný čas, věnovaný pacientovi, dále skutečná - nikoli předstíraná - empatie a vědomí, že pacient je v postavení partnera lékaře, nikoliv v postavení podřízeného, případně vyloženě obtížného klienta. Taktéž by zde měla být snaha a schopnost nejen hledat a nalézat, nýbrž překračovat vše dosud nalezené - nikdy nekončící boj o co nejlepší výsledek, nikoliv zakotvenost v pohodlných návycích. Tedy i zamýšlení se nad smyslem své práce (a to v obecné rovině, nikoliv pouze nad standardními technickými problémy) a nad smyslem života.

Celkově lze říci, že ve vztahu lékař - pacient hrají klíčovou roli otázky, jak omezit na nejmenší nutnou míru „manipulaci“ s pacientem, jak zabránit zneužití určité „moci“, kterou vzhledem ke svému postavení lékař nad pacientem vykonává, jak humanizovat odcizující mašinerii, jež se ve zdravotnictví přemírou mechanizace vytvořila, jak zaručit co největší svobodu člověku oslabenému a „svázanému“ nemocí, jak co nejlépe pomoci nemocnému jak „technicky“, tak psychologicky, a jak vzbudit v lékařích i pacientech kvalitativně vyšší obecné etické povědomí.

2. Skutečnost a trochu skepse

Mladá fronta dnes uvedla 24. listopadu 1994: „*Starí lidé, kteří během posledního půl roku přišli do domova důchodců v Telči na Jihlavsku, objevili mezi radami, co si mají vzít do domova s sebou, také pokyn: Do igelitového sáčku vložte oblečení do rakve.*“

To dokládá (i když jde přece jen o poněkud extrémní příklad), jak nekonečně se rozchází ideální představy a praxe.

Zdálo by se, že v rámci zdravotnictví, které je taktéž rozsáhlou byrokratickou mašinerií, složitě technicky zajišťovanou, kde na jednoho lékaře spadá veliký počet pacientů, není v lidských možnostech dostat ani části výše kladených nároků. Prostě to neumožňují omezené lidské fyzické síly.

[*Stranou musím ponechat - stejně jako množství dalších naléhavých otázek - problematiku zdravotnického a sociálního systému jako takových a otázky typu: Neměl by člověk umírat, podobně jako dříve, v kruhu svých blízkých? Nesupluje lékař nezastupitelnou úlohu vztahů, které si pacient vytvářel během svého života? Ale na druhé straně: Nevyhovuje lidem spíše systém, kdy umírající je izolován, neviděn, „schován za plentu“, kdy neznepokojuje ostatní svou smrtí? Ostatně, v kruhu svých blízkých by umíral člověk zase v souladu se vztahy, jaké se v daném kontextu vytvořily, a takové vztahy, aby mohly být co nejlepší, jsou tedy také obecně podrobeny nárokům na vnímavost a chápání jednotlivých lidských bytostí, uvedeným v části 1. Na semináři citovaný příklad, kdy manžel-lékař mučil svou umírající manželku malým množstvím podávaných utišujících prostředků, je dostatečně výmluvný. Pozn. autora.]*

Navíc vztah lékař - pacient je stejně složitý, jako jakýkoli jiný lidský vztah, platí zde náhoda, jinak subjektivně chápané pojmy, to vše ještě umocněno kritickou situací, v níž se však nachází jen jedna strana, dále ekonomické a další faktory, zkrátka, takový vztah ani nemůže být ideální.

Další závažný a snad i pochopitelný argument je tento: s přibývajícými lety a v rámci každodenní praxe v místě, kde dnes a denně umírá množství pacientů, otupí každý, bez ohledu na to, s jakým přístupem začínal. Výmluvně o tom svědčí odpověď, kterou jsem při semináři dostal na svou otázku: „Mají lékaři lepší a citlivější přístup k pacientům, než střední zdravotnický personál?“ Odpověď: „Ano, jelikož lékař přijde s pacientem do styku třikrát denně pět minut, kdežto sestra je s ním celý den“.

Ani zřízení funkce specializovaného terapeuta, odborníka na psychologické obtíže nemocných a umírajících, není samospasitelným řešením - zase je nejisté, zda bude takových odborníků dostatek a zejména jakými kritérii se budou ve své práci řídit, nehledě k tomu, že oni sami nemohou vyřešit další „technické“ obtíže, které se k dané problematice vztahují.

Co říci závěrem? Připouštím, že nárok uvedený v oddílu 1 - tedy požadavek vskutku lidského přístupu - se velmi blíží v určitém ohledu absolutnímu nároku, před nímž stál se svou otázkou „Jak obstát?“ S. Kierkegaard. Obstát absolutně, to nemůže nikdo, jen záleží na tom, zda se nastíněnému ideálu blížíme více či méně. To však předpokládá, že si takovou otázku vůbec klademe (a to snad může učinit každý z nás - nejen lékař), jelikož takový nárok - odhlédnuto od konkrétních podmínek - platí obecně a pro každého, kdo přichází do styku s kýmkoli dalším. Měl by si ho tedy uvědomit každý, ať již volí jakoukoliv práci a jakoukoliv cestu životem.

Poznámky:

1. Sartre, Jean-Paul: Zeď, str. 9, Odeon, 1992.
2. Sartre, Jean-Paul: Zeď, str. 11, Odeon, 1992.
3. Sartre, Jean-Paul: Zeď, str. 10, Odeon, 1992.
4. Jaspers, Karl: Úvod do filosofie, str. 49, Karolinum 1991.
5. Syřištová, Eva: Člověk v kritických životních situacích, s. 7, Karolinum, 1994.
6. Syřištová, Eva: Puklý čas, str. 6, Bollingenská věž, 1991.

Použitá literatura:

1. Sartre, Jean-Paul: Zeď, Odeon, Praha, 1992
2. Jaspers, Jaspers: Úvod do filosofie, Karolinum, Praha, 1991
3. Syřištová, E.: Člověk v kritických životních situacích, Karolinum, Praha, 1991
4. Syřištová, Eva: Puklý čas, Bollingenská věž, Brno, 1991
5. Syřištová, Eva: Imaginární svět, MF, Praha, 1977
6. Truck, Robert and Betty: Lékaři hanby, Práce, Praha, 1984
7. Störig, Hans Joachim: Malé dějiny filosofie, Zvon, Praha, 1991

Seminární práce z kursu „Klinická fyziologie jater“

JÁTRA JAKO SOUČÁST IMUNITNÍHO SYSTÉMU

Lenka Jordánová, Peter Žigo, IV. ročník 3. LF UK, listopad 1994

Motto:

„Žijeme v potenciálně hostilním světě plném zdivočelých kmenů infekčních agens různého tvaru, velikosti, stavby a škodlivé povahy, které by nás velmi rády použily jako bohaté mecenáše k propagaci svých „sobeckých genů“, kdybychom si také nevyvinuli série obranných mechanismů přinejmenším stejně účinných a moudrých.“

Ivan Roith, Essential Immunology

Funkcí imunitního systému je udržování integrity organismu, a to tak, že v tkáni zabránuje perzistenci struktur pro ni netypických, cizích (antigenů). Jako reakce na antigen vznikne buď imunitní odpověď (např. tvorba protilátky), nebo se vyvine tolerance (není imunologická odpověď). V rozvinutí imunologické reakce se účastní celá řada imunokompetentních elementů (lymfocytů, makrofágů, polymorfonukleárů, mastocytů). Nelze ovšem opomenout také důležitý význam systému komplementu. Mezi jednotlivými složkami imunitního systému je velmi úzká spolupráce.

Ve vývoji imunitního systému hrají již od časného embryonálního věku důležitou roli játra. Během 4. týdne gestace játra vypučí z ventrálního povrchu předního střeva a posléze rychle vrůstají do septum transversum. V 5. týdnu gestace mají vzhled veliké vaskulární houby.

Současně začíná vývoj lymfocytů, nejdřív z mesenchymálních buněk žloutkového vaku a později v mohutné hematopoetické tkáni jater a sleziny. Tyto primitivní buňky jsou označovány jako kmenové buňky. Lymfocytární řady kmenových buněk se opakovaně dělí a vzniká populace lymfocytů. Část z nich se z krve přemísť do thymu, kde se dělí a vytvoří populaci malých lymfocytů (T-lymfocyty), které opět vstupují do krve periferních lymfatických tkání. Druhá populace lymfocytů odvozená z kmenových buněk jsou burza-ekvivalentní B buňky. Tyto lymfocyty jsou přítomny ve všech lymfatických tkáních, zvláště v lymfatických folikulech v lamina propria střeva (payerské plaky). Z části kmenových buněk se vyvinou buňky Kupfferovy, o čemž svědčí přítomnost Kupfferových buněk ve vyvíjejících se játrech ještě před vytvořením kostní dřeně.

Játra jsou tedy tvořena kromě parenchymálních buněk ještě dalšími významnými populacemi buněk vytvářejícími krevní sinusoidy. Jsou to:

- a) endoteliální buňky,
- b) tukové buňky,
- c) lymfocyty,
- d) tkáňové fixní fagocyty neboli Kupfferovy buňky (3).

Nespecifická imunita buněčná

KUPFFEROVY BUŇKY

Posledně jmenovaná buněčná populace tvoří 15% z celkového počtu jaterních buněk, což je však jen 2-3% celkového jaterního objemu. Kupfferovy buňky jsou kontinuálně obměňovány z cirkulujícího poolu monocytů. Jsou spojeny s endoteliálními buňkami a účastní se na výstelce sinusoidů. V játrech však nejsou distribuovány rovnoměrně, jsou nakupeny v sousedství portálních polí a naopak zcela chybí v centrolobulárních oblastech. Z některých pozorování vyplývá, že funkce periportálních a centrolobulárních Kupfferových buněk je rozdílná. Předpokládá se, že tento rozdíl je způsoben postupným snížením koncentrace funkčně důležitých molekul jako je např. endotoxin v krvi, tekoucí z periferie do centra jaterních lobulů (3).

Již léta je známo, že Kupfferovy buňky mají důležitou roli v očišťování krve od nežádoucích elementů pocházejících ze střeva. Novější informace o těchto buňkách poukazují na to, že hrají mnohem důležitější roli v imunitním systému než se dříve předpokládalo. Například secernují některé cytokiny (IL - 1, TNF) a nesou na povrchu receptory pro F_c fragment imunoglobulinů a pro vazbu komplementu (3).

Fyziologie a patologie Kupfferových buněk

Kupfferovy buňky jsou největší populací mononukleárních fagocytů, které mají přímý kontakt s krví. Díky tomu, a také díky pomalému toku krve v sinusoidech, hrají Kupfferovy buňky podstatnou roli ve většině čistících funkcí imunitního systému, připisovaných RESu (3).

Klíčovou funkcí Kupfferových buněk je vycytávání a následná intracelulární degradace cizích a potenciálně škodlivých látek (6). Klinická i experimentální sledování RES clearance zahrnují infúzi radioaktivně značeného koloidu (např. thorotrast, ¹³¹I-albuminové agregáty, ¹⁹⁸Au-koloid nebo ^{99m}Tc-sulfur koloid) a monitorování rychlosti snižování koncentrace markeru v cirkulující krvi, včetně jeho distribuce v játrech. Clearanční rychlost a distribuce v játrech jsou pozměněny při četných klinicko-patologických stavech a mohou být v experimentu simulovány infúzí nevstřebatelného koloidu (RES blokáda). Je-li deficit v clearanční funkci buněk

RESu, materiál, který by normálně zpracovaly, se usazuje v jiných místech, také v jaterním parenchymu, často s patologickými následky (3). Snížená účinnost vychytávání a intracelulární degradace Kupfferovými buňkami, která byla prokázána u starých potkanů, souhlasí s obecně známým poznatkem, že clearance RESu se snižuje během stárnutí (6).

Interakce Kupfferových buněk s hepatocyty

Kupfferovy buňky mohou ovlivňovat aktivitu přilehlých hepatocytů několika způsoby.

Dva produkty těchto makrofágů, IL-1 a TNF, mají izolovaně nebo společně jednak inhibiční vliv na celkovou syntézu proteinů, na glukoneogenezi a cytochromem P-450 zprostředkovanou detoxikaci, a jednak indukční vliv na syntézu proteinů akutní fáze (zahrnujících sérový amyloid, C-reaktivní protein, fibrinogen a α_1 -kyselý glykoprotein) (3).

IL-6 a TNF- α zvyšují akutně syntézu buněčných prostaglandinů. IL-6 může v játrech přímo indukovat lipogenetickou aktivitu, zatímco řada prostaglandinů E může antagonistovat akutní inhibici lipogeneze glukagonem (2).

Produkty makrofágů mohou zprostředkovat endotoxinem indukované poškození jater. A naopak i nedostatečná kapacita Kupfferových buněk degradovat endotoxin (způsobená např. alkoholem nebo CCl_4) nebo přetížení endotoxinem (galaktosaminem-indukovaná kolitida) může umožnit přímé toxické působení endotoxinu na hepatální parenchymální buňky (3).

Imunologické funkce Kupfferových buněk

Aktivace T_{Helper} lymfocytů vyžaduje přítomnost buněk exprimujících proteiny třídy II MHC. In vivo pozorovaná fakta nasvědčují tomu, že Kupfferovy buňky mohou navodit neodpovídavost nebo dokonce systémovou toleranci k antigenům přicházejícím portální krví. Nicméně většina (80%) lidských Kupfferových buněk exprimuje antigeny MHC II in situ.

Kupfferovy buňky hrají tedy svou roli jakožto prodloužená ruka imunitní odpovědi, čistíce krev od mikrobu a imunokomplexů (3).

Studuje se úloha Kupfferových buněk v obraně proti metastatickému rozsevu z portálního řečiště. Zatímco metastatická kaskáda obsahuje četné komplexní interakce, je známo, že cytotoxický efekt Kupfferových buněk je důležitým mechanismem obrany organismu proti nádorovým buňkám (7). V této funkci Kupfferových buněk hraje roli mnoho faktorů a mnohé jsou nevysvětlené. Bylo zjištěno, že povrchové sialové kyseliny mohou maskovat antigenní vazebná místa buněk lidského kolorektálního karcinomu při jejich interakci s Kupfferovými buňkami a tak zeslbit jejich metastatický potenciál (7).

PŘIROZENĚ CYTOTOXICKÉ BUŇKY

Přirozeně cytotoxické buňky jsou heterogenní populací s vrozenou schopností lyzovat některé normální, ale i transformované či virem napadené buňky, bez ohledu na specifickou imunitní reakci nebo paměť a nejsou omezovány MHC. Toto je odlišuje od cytotoxických T-lymfocytů. Klasickým zástupcem přirozeně toxických buněk je NK buňka.

Předpokládá se, že NK buňky rozeznávají struktury glykoproteinů o velké molekulové hmotnosti, jež se objeví na povrchu virem napadené buňky, a to jim umožňuje rozeznat je od normálních buněk (9). Lýza hepatocytů napadených virem hepatitidy A je způsobena NK buňkami (3). Ale NK buňky hrají jenom malou roli v patogenezi hepatocytolýzy v chronickém stádiu hepatitidy B nebo C (4).

NK cytotoxicitu zesilují četné interferony a jelikož interferony jsou produkovány virem napadenými buňkami, odkrývá se tak dobře integrovaný zpětnovazebný obranný systém (9).

Je studována úloha NK buněk v ochraně před rozvojem metastáz na modelu metastazování karcinomu žaludku do jater. Bylo zjištěno, že injikované NK buňky stimulované IL-2 jsou schopné eliminovat mikrometastázy a byl zjištěn snížený počet a hmotnost makrometastáz v porovnání s kontrolní skupinou myší (11).

U myší je hlavní cytokin in vivo odpovědný za rekrutování NK buněk a jejich lokalizaci v játrech TNF- α a tato regulace se děje cestou interakcí NK buněk s cílovými buňkami (8).

Zajímavé jsou nedávno publikované výsledky studie sledující účinek chlorovaných organických látek přítomných v tučných rybách vylovených v Baltickém moři. Ve skupině konzumentů těchto ryb byl zjištěn významný pokles počtu NK buněk v periferní krvi, přičemž nebyla významnější korelace mezi konzumací těchto ryb, hladinou plazmatických imunoglobulinů, hladin jiných lymfocytárních subpopulací, nebo enzymatickou jaterní aktivitou (10).

Nespecifická imunita humorální

KOMPLEMENT

V imunitních reakcích organismu hraje také důležitou roli komplement. Představuje poměrně složitou soustavu bílkovinných částic. Celý komplex je tvořen devíti bílkovinnými složkami, jež označujeme C1 - C9.

Funkce komplementu je realizována interakcí jeho jednotlivých složek, přičemž vzniká makromolekulární komplex, který má enzymatický charakter. Nejvýrazněji se účinek komplementu jeví na buněčné membráně (lýza membrány, změna povrchových vlastností).

U akutních hepatitid se aktivita celkového komplexu komplementu pohybuje v mezích normy. U chronických hepatitid byl zaznamenán pokles složky C4 (má charakter beta1 E globulinu) a někde také celého komplexu komplementu. Pokles a proměnlivé kolísající aktivity komplementu se nacházejí u cirhotiků. Snížené hodnoty byly popsány také u alkoholických cirhotiků. Nižší hladinu komplementu u některých chronických hepatitid je třeba patrně chápat jako důsledek jeho snížené syntézy v játrech. Zejména to asi platí o složce C4, jež bývá speciálně postižena u autoimunních hepatálních onemocnění (5).

PROTEINY AKUTNÍ FÁZE

Jsou to sérové proteiny, produkované převážně v játrech, které rychle mění své plazmatické koncentrace (některé stoupají, jiné klesají) během iniciace zánětlivé odpovědi, což má i diagnostický význam.

Můžeme je rozdělit na dvě skupiny: jednak ty, které vykazují dramatický vzestup koncentrace, jako odpověď na časné „alarm“ mediátory (např. makrofágový produkt IL-1 uvolňovaný při infekci nebo poškození tkáně) - zahrnují CRP, mannózu vázající protein, komponentu P sérového amyloidu a •1-kyselý glykoprotein. A jednak ty proteiny akutní fáze, jejichž koncentrace stoupá jen mírně - angiotensin, haptoglobin, fibronektin, •1-antitrypsin, fibrinogen, ceruloplazmin, C3, C9 a faktor B.

Například během infekce stimulují mikrobiální produkty jako endotoxin uvolňování IL-1, který je endogenním pyrogenem (zlepšuje náš obranný systém zvýšením tělesné teploty) a IL-6. Tyto posléze v játrech aktivují zvýšení syntézy a sekrece CRP tak výrazně, že jeho plazmatická koncentrace může stoupnout až tisíckrát. Nejdůležitější funkcí CRP je jeho schopnost vázat se Ca-dependentně na množství mikrobů, které obsahují ve své membráně fosforylcholin. Tento komplex má potom schopnost aktivovat komplement klasickou cestou. Toto vede k vazbě C3b na povrchu mikroba, k jeho opsonizaci a tím ho připraví k adhezi s makrofágem (9).

Specifická imunita buněčná

JATERNÍ LYMFOCYTY

Teprve před několika lety se začala věnovat pozornost tomu, že játra obsahují také množství lymfocytů.

Nyní se objevila zpráva, že v myších játrech (také ve střevní sliznici a omentu) existuje dokonce tzv. mimothymická výchova T-lymfocytů, jejíž význam v tvorbě základní T-imunitní odpovědi narůstá s přibývajícím věkem, zvláště při bakteriálních infekcích, malignitách, autoimunitních nemocech, ale také v těhotenství (1).

Specifická imunita humorální

PLAZMATICKÉ BUŇKY

V normálních lidských játrech jsou plazmatické buňky přítomny jen ve velmi malém množství portálních polí a jsou příležitostně nacházeny v sinusoidálních oblastech jaterních lobulů. Na druhé straně studie sledující původ žlučových IgA ukázaly, že u lidí a u psů je až 50% IgA produkováno v játrech. Tato diskrepance se vysvětluje tím, že a) četné IgA a J-řetězce obsahující plazmatické buňky se nacházejí kolem přídatných žláz velkých intra- a extrahepatických žlučových cest, b) SC (secretory component) se nachází na epitelálních buňkách žlučovodů a existuje SC-zprostředkovaný transport IgA přes epitelální buňky žlučovodu do žluči.

Jedna z metod jak IgA nebo IgA-antigenové komplexy dosáhnou střevního lumen, přinejmenším u hlodavců, je cestou jaterní sekvestrace cirkulujících polymerických IgA, produkováných mohutně plazmatickými buňkami lokalizovanými v intestinální sliznici nebo v játrech.

Jsou identifikovány dvě obecné transportní cesty:

První neboli přímá transportuje vezikuly obsahující protein navázaný na receptor ze sinusoidální membrány přes hepatocyt do žlučového kanálíku, kde je obsah vezikul uvolněn z buňky. Tyto vezikuly jsou izolovány od lyzozomálního systému hepatocytu a materiál, jež obsahují je proto intaktně doručen do žluče. Typickým příkladem této cesty je transport IgA. Vychytávání IgA hepatocytů závisí na kontinuální syntéze receptoru pro IgA (SC). SC je transmembránový protein syntetizovaný endoplazmatickým retikulem.

Druhá cesta (nepřímá neboli lyzozomální) zahrnuje spojení endocytického vakuolu s jinými buněčnými kompartmenty, především primárními lyzozomy. Na transportu IgA se nepodílí (3).

Imunologie hepatopatií

Změny imunologické reaktivity, jež se objevují u různých forem jaterních onemocnění, jsou sledovány poměrně dlouho.

Játra, stejně jako každý orgán či tkáň v našem organismu, jsou-li vystavena vlivům, které jsou schopny pozměnit jejich antigenní struktury, mohou takto vyvolanou změnou dát podnět k řadě imunologických reakcí, jež se objeví jak ve složce humorální imunity, tak ve složce imunitní reakce buněčné.

K prvním studiím patří zjišťování změn ve složení plazmatických bílkovin, především v gamaglobulinové frakci plazmatických proteinů. Dnes víme, že změny v této složce plazmatických bílkovin patří k projevům humorální imunity, jimiž se manifestuje reaktivita plazmatických buněk.

Změny imunologické reaktivity humorálního typu se dají tedy sledovat na přeměnách ve skladbě plazmatických proteinů. Albumin - jak ukázaly jemnější metody elektroforetické - má prealbuminovou složku, která je vlastním citlivým indikátorem syntézy albuminu. Druhá část bílkovinného plazmatického spektra, které byla již dlouho věnována pozornost, je gamaglobulinová frakce, jež je nositelkou protilátek. Hodnota tzv. albumino-globulinového kvocientu se normálně pohybuje mezi 1,5 - 2,0 a zejména u chronických onemocnění klesá pod 1,0.

Při elektroforetickém dělení můžeme rozlišit tyto složky :

1) Prealbuminová složka - putuje při elektroforéze rychleji než albumin. Její koncentrace je velmi nízká a tak ji velmi často při běžném vyšetření nezastihneme.

2) Albumin - tvoří v elektroforéze velmi výraznou zónu.

3) Zóna alfa-globulinů - v níž lze identifikovat nejméně 3 složky. Zóna alfa-1 je tvořena převážně alfa-1 antitrypsinem. Zóna alfa-2 obsahuje : alfa-2 makroglobulin, lipoprotein, haptoglobin, ceruloplazmin.

4) Zóna beta-globulinů - obsahuje např. transferin.

5) Zóna gamaglobulinů - je značně heterogenní, obsahuje imunoglobuliny.

Imunoglobuliny u jaterních onemocnění

AKUTNÍ HEPATITIDY

Největší pozornost je věnována především hepatitidám virovým. Zjistilo se, že změny bílkovinného spektra se v průběhu akutní fáze onemocnění vyvíjejí. Asi do druhého týdne klinického průběhu onemocnění se najde lehké snížení albuminové frakce a zvýšení hodnot globulinů ve všech třech elektroforeticky rozlišitelných skupinách. Ve třetím týdnu průběhu choroby trvá pokles albuminové složky, zvyšuje se frakce beta-globulinů a někdy také alfa-globulinů. V průběhu onemocnění se někdy pozoruje dvojí vzestup alfa frakce, což patrně souvisí s dvojrcholovou teplotní křivkou, kterou u infekčních hepatitid zastihneme. V rekonvalescenci se většina hodnot vrátí k normálu, jen podíl gamaglobulinů zůstává vyšší. Dnes víme, že v této frakci je obsažena protilátka proti HA antigenu, která nositeli propůjčuje imunitu, jež je zpravidla dlouholetá, chrání proti nové infekci HA, nikoli však proti HB.

Proč se u nemocných s různými typy virové infekce jater zvyšuje hladina imunoglobulinů, se snaží někteří autoři vysvětlit tím, že Kupfferovy buňky nejsou schopny likvidovat antigeny přicházející do jater z trávicího ústrojí. Je také možno si představit, že virus může inhibovat regulační schopnost T_h -buněk.

Albuminová složka plazmatických proteinů, jež se tvoří v játrech, není žádným imunologickým ukazatelem, ale informuje, jak jsme již uvedli o proteosyntetických schopnostech jater. Je však zajímavé - a souvisí to zřejmě s transportní funkcí albuminu, že na vazebných místech polymerizovaného albuminu se mohou fixovat viry hepatitidy, a tak se může albumin stát prostředníkem pro připojení viru k hepatocytu. Zřejmě je tato vlastnost albuminu také příčinou, že některými albuminovými přípravky je možno přenést HB infekci.

CHRONICKÉ HEPATITIDY

Charakteristickým rysem změn bílkovinného spektra krevní plazmy je zde hypergamaglobulinémie.

Imunokomplexy u hepatopatií

Účinek protilátky, která se vytvořila na určitý antigenní podnět, směřuje k likvidaci antigenu. Za účasti některých složek komplementu vzniká komplex, který je buď z organismu eliminován, zde má zásadní význam retikuloendoteliální systém a makrofágy, nebo se tento komplex deponuje v některých tkáních, a to převážně v ledvinách a cévách. Podle toho, jaký je vzájemný poměr antigenu a protilátky a jak se uplatní aktivace komplementu, vyvine se jedna nebo druhá forma této interakce antigen-protilátka, interakce, při níž vznikají imunokomplexy.

Zajímá nás především otázka imunokomplexů u hepatopatií. Zde se v poslední době soustředila pozornost především na HB, kde zpravidla vedle sebe existuje delší dobu jak přítomnost viru v krvi, tak i protilátky, a kde je tedy příležitost pro vznik imunokomplexů. U hepatitidy A tak příznivé podmínky nejsou, protože mezi virémií a vytvořením vyššího titru protilátek uplyne delší čas, virémie záhy mizí a také není dosud známo, že by existovalo vironosičství u HA.

Ve studiích o imunokomplexech u HB najdeme velkou řadu sdělení o nepříznivém působení imunokomplexů na ledvinu a drobné arterie.

Jinou otázkou ovšem je, zda a jak se imunokomplexy uplatňují v eventuálním vzniku a rozvoji jaterního poškození.

Je známo, že sám virus HB není pro jaterní buňku škodlivý, ale jeho nepříznivý vliv se uplatňuje tím, že se fixuje na membráně hepatocytu, mění její antigenní vlastnosti tak, že ji organismus vnímá jako odlišnou strukturu a destrukuje ji imunologickým mechanismem (5).

Seznam použité literatury:

1. T. Abo: Extrathymic pathways of T-cell differentiation: a primitive and fundamental immune system. *Microbiol-Immunol.* 37(4), 247-58, 1993.
2. E.P. Brass a kol.: IL-6 but not TNF-alpha, increases lipogenesis in rat hepatocyte primary cultures. *Biochem-J.* Jul.1, 301 (Pk1), 193-7, 1994.
3. M.F. Heyworth, A.L. Jones: *Immunology of the Gastrointestinal Tract and Liver.* Raven Press. New York 1988.
4. H. Himeno a kol.: Immunoelectron microscopic observations on Leu-7 positive cells in virus-related chronic liver disease. *Virchows-Arch.* 424(5), 471-6, 1994.
5. J. Hořejší: *Imunologické projevy u jaterních nemocí.* Avicenum. Praha 1985.
6. G. Martin a kol.: Hepatic Kupffer cells function: the inefficiency of uptake and intracellular degradation of 14-C-labeled mitochondria is reduced in aged rats. *Mech-Ageing-Dev.* 73(3), 157-68, 1994.
7. A.T. Petrick a kol.: Desialylation of metastatic human colorectal carcinoma cells facilitates binding to Kupffer cells. *Clin-Exp-Metasis.* 12(2), 108-16, 1994.
8. A.M. Pilaro a kol.: TNF-alpha is a principal cytokine involved in the recruitment of NK cells to liver parenchyma. *J-Immunol.* Jul1, 153(1): 333-42, 1994.
9. I. Roith: *Essential Immunology.* London 1994.
10. B.G. Svensson, I. Hallberg, A. Nilsson, A. Schutz, L. Hagmar: Parameters of immunological competence in subjects with high consumption of fish contaminated with persistent organochlorine compounds. *Int-Arch-Occup-Environ-Health.* 65(6), 351-8, 1994.
11. S. Yasumura a kol.: Immunotherapy of liver metastases of human gastric carcinoma with interleukin 2-activated natural NK cells. *Cancer-Res.* 54(14), 3808-16, 1994.

JÁTRA A ALKOHOL

Barbora Houštková, Michal Otáhal, IV. ročník 3. LF UK, prosinec 1994

Úvod

Dávno bylo známo, že hepatotoxicita alkoholu spočívá v působení acetaldehydu (produktu, vznikajícího metabolickou přeměnou alkoholu) a vlivem hromadění značného množství redukované formy NADH také jako důsledek metabolických přeměn. Nověji bylo zjištěno, že acetaldehyd vzniká také tzv. akcesorní, ale indukovatelnou cestou, kterou jsou také vytvářeny kyslíkové radikály a dochází k aktivaci mnoha xenobiotik na toxické metabolity, čímž se vysvětluje zvýšená toxicita anestetik, karcinogenních látek, ale i ostatních běžně užívaných léků u alkoholiků. Dalším činitelem hrajícím roli v konzumaci zvýšeného množství alkoholu je aktivita žaludeční alkohol-dehydrogenázy, která ovlivňuje tzv. metabolismus prvního průchodu (first-pass-effect). Dalšími faktory poutajícími se k této problematice je virus hepatitidy C, cytokiny, pohlaví, genetické vlivy, věk atd. Alkohol dále narušuje degradaci klíčových živin, čímž způsobuje jejich deficienci, mimo jiné také vykazuje toxické interakce s vitamínem A a beta karotenem. Naopak i defekt výživy může ovlivnit toxicitu acetaldehydu a alkoholu jako takového, což je markantní například na depleci glutathionu. Jiné látky jako například polynenasycený lecithin, který upravuje depleci jaterního fosfatidylcholinu a působí jako prevence proti alkoholické cirhóze u primátů.

Etiopatogeneze alkoholického poškození jater

U konzumentů zvýšeného množství alkoholu se vyskytuje tzv. jaterní alkoholové onemocnění (ALD, alcoholic liver disease). Původně se věřilo, že jediným či hlavním podkladem vzniku tohoto onemocnění je malnutrice, vznikající v souvislosti se zvýšenou konzumací alkoholu. Později se prokázala hepatotoxicita alkoholu jako takového i v případech s normální dietou, dokonce i v případech s příjmem stravy obohacené o vitamíny, minerály a proteiny. Alkohol způsobuje steatózu jater, ultrastrukturální léze na krysách i lidských dobrovolnících a fibrózu s cirhózou u primátů.

Alkohol je bohatý na energii (7,1 kcal/g) a jeho zvýšený příjem má výrazný vliv na nutriční. Může způsobit snížený příjem potravy (a proto primární malnutriční) nejen svou energetickou náhradou, ale i svým socioekonomickým vlivem.

Sekundární malnutriční může vzniknout díky maldigesti a malabsorpci živin z GIT, způsobenými gastrointestinálními komplikacemi spojenými s alkoholismem a ovlivňujícími především pankreas a tenké střevo. Vznikající primární a sekundární malnutriční může ovlivnit všechny složky potravy.

Diskutabilní je v tomto směru role cholinu, o kterém se soudilo, že právě jeho nedostatek působí jako primární etiologické agens vzniku ALD. Ale léčba pacientů podáváním zvýšeného množství cholinu v průběhu požívání alkoholu neměla žádný pozitivní vliv na vývoj onemocnění. Jeho vliv je zřejmě významnější u zvířat než u člověka, o čemž svědčí mimo jiné i nálezy mnohem větší aktivity cholin oxidázy u krys. Skutečný deficit cholinu se však vyskytuje velice sporadicky a to většinou pouze po striktních dietách.

Deficit methioninu byl také popsán, ale s jeho použitím jako léčebného přípravku jsou určité komplikace. Mimo jiné zvýšené množství methioninu se ukázalo jako faktor způsobující snížení hladiny jaterního ATP. Jeho metabolismus se zdá být u ALD narušen, vzhledem k tomu, že místem jeho metabolismu jsou játra. K jeho použití v organismu je nutná aktivace na S- adenosyl-L-methionin (SAME), přičemž byla zjištěna snížená aktivita SAME syntetázy v cirhotických játrech. Tento enzym se však účastní jako hlavní metylační agens v různých transmetylačních reakcích, důležitých pro syntézu nukleových kyselin a proteinů, stejně tak jako pro fluiditu membrán. Jeho nedostatečná aktivita tak může způsobit poruchu biologických membrán, která je dokumentována mimo jiné i u ALD. Také hraje klíčovou roli při syntéze glutathionu, největšího přirozeného hepatoprotektivního agens.

Konzumace etanolu také způsobuje snížené hladiny fosfolipidů a fosfatidylcholinu v játrech, přičemž oboje může být korigováno suplementací fosfatidylcholinu. Celkové množství fosfolipidů v mitochondriálních membránách je sníženo, což se zdá být odpovědné za sníženou aktivitu cytochrom-c oxidázy, jednoho z hlavních enzymů dýchacího řetězce. Neví se dosud na jaké úrovni ovlivňuje alkohol syntézu fosfolipidů při jeho zvýšené konzumaci, ale mohl by mít vztah ke snížené aktivitě fosfolipid metyltransferázy, která byla zjištěna v cirhotických játrech. Otázkou zůstává, zda je to sekundárně vlivem cirhózy, anebo zda cirhóza vzniká již na podkladě snížené aktivity tohoto enzymu, což již bylo také popsáno. Další cestou by mohla být syntéza fosfatidyletanolu, etanol způsobuje desenzitizaci receptorem ovlivněné fosfolipázy C, tento efekt je sekundární vzhledem k etanolem indukované aktivaci fosfolipázy C a protein kinázy C.

Slibným se zdá použití polynenasyceného fosfatidylcholinu (PPC), který u primátů plně chrání proti vzniku alkoholem indukované fibrózy a cirhózy. Obsahuje malé množství cholinu, velký je obsah linolenové kyseliny, ale hlavním protektivním agens se zdají být polynenasycené fosfolipidy jako takové, zřejmě pro jejich vysokou selektivní inkorporaci do jaterních membrán.

Vliv ALD na imunitní systém je dalším problémem, přičemž zůstává otázkou, zda je porucha imunitních funkcí příčinou, či důsledkem ALD. Po dlouhodobém požívání alkoholu se objevuje pozitivní korelace mezi plazmatickou hladinou endotoxinu a intenzitou jaterního postižení. Alkohol může indukovat endotoxémií snižováním detoxikační kapacity Kupfferových buněk a zvyšováním permeability mukózních membrán, ale přesný mechanismus není znám. Tomu odpovídá možné zhoršení hepatotoxicity endotoxinu, také vzhledem k tomu, že alkohol umocňuje efekt různých hepatotoxických látek. Je známo, že steatotická alkoholická játra jsou daleko citlivější k hepatotoxickým účinkům i minimálních dávek endotoxinu a že chronická konzumace zvyšuje hepatotoxicitu cestou hypersenzitivity k endotoxinu v koagulo-fibrinolytickém systému ovlivněném chronickou konzumací alkoholu. Uvažuje se také o roli TNF (tumor necrosis factor), mediátoru endotoxinového šoku a sepse, u alkoholické hepatitidy. Tato otázka zůstává nadále otevřená. V současné době se však jeví hepatotoxicita endotoxinu spíše mechanismem hepatální hypoxie než ovlivněním Kupfferových buněk nebo zvýšením peroxidace lipidů.

Průměrná cirhotogenní dávka alkoholu se liší u mužů a žen, přičemž u žen je znatelně nižší. Denní dávka u mužů se udává v rozmezí 40-60 g alkoholu, zatímco u žen činí cca 20 g. Vyskytuje se tendence k horšímu průběhu jaterního postižení u žen, výskyt chronického jaterního postižení je znatelně vyšší. Byly zaznamenány rozdíly v metabolismu alkoholu u obou pohlaví. Jedním z vysvětlení je fakt, že jaterní alkohol-dehydrogenáza je inhibována testosteronem a jeho deriváty. Popisuje se i prodloužení eliminačního času ve fázi menstruačního cyklu se zvýšenými hladinami progesteronu a sníženými hladinami FSH. Ženy také mají nižší aktivitu žaludeční alkohol-dehydrogenázy než muži, alespoň před klimakteriem. Jako důsledek je hladina alkoholu v krvi po příjmu stejného množství alkoholu vyšší u ženy, vzhledem k tomu, že u muže se detoxikuje větší množství alkoholu tzv. efektem prvního průchodu v žaludku. Postklimakteriální ženy mají aktivitu žaludečního enzymu srovnatelnou, nebo dokonce vyšší než muži, protože pouze u mužů s věkem jeho aktivita klesá. Svou roli jistě sehrává i rozdílná tělesná stavba, menší tělesná hmotnost žen a rozdílné procento obsahu tuku. U žen dále hraje na vzniku alkoholismu významnější roli dědičnost, jejíž vliv je znám už dávno. Charakteristika metabolismu alkoholu se zdá být také geneticky kontrolována.

Jaterní alkohol-dehydrogenáza (ADH) a aldehyd-dehydrogenáza (ALDH), hlavní enzymy metabolismu alkoholu, jeví polymorfismus v oblastech ADH2, ADH3 a ALDH2 u lidí. Čiňší pacienti-alkoholici bez jaterního poškození vykazují daleko menší frekvenci alel ADH1 a ADH3, které kódují většinu beta a gama podjednotek ADH, respektive ALDH2, kódující enzymaticky inaktivní podjednotku. Současné informace naznačují, že genetická variabilita může ovlivnit vznik alkoholismu, jeho průběh apod. Bylo zjištěno, že frekvence uvedených alel jsou signifikantně nižší u pacientů trpících alkoholickou cirhózou než u zdravých kontrol a pacientů trpících cirhózou na podkladě virové hepatitidy, dále se zdá, že alela ALDH2 může mít vliv na pravděpodobnost vzniku cirhózy.

Biochemické mechanismy

V hepatocytu probíhají tři cesty metabolismu etanolu, každá lokalizovaná v jiném subcelulárním kompartmentu. ADH cesta lokalizovaná do cytosolu (solubilní frakce buňky), mikrosomální etanol oxidující systém (MEOS), lokalizovaný v endoplazmatickém retikulu a kataláza, lokalizovaná v peroxisomech. Všechny tyto tři cesty končí produkcí acetaldehydu, nejtoxičtějšího metabolitu.

1. ALKOHOLDEHYDROGENÁZA

Nejpodstatnější část tvoří cesta pomocí ADH, jejímž úkolem je zbavovat tělo malých množství alkoholu, produkovaného v těle. Lidská jaterní ADH je zinečnatý metaloenzym s pěti třídami vznikajícími kombinací osmi různých typů podjednotek. Vliv polymorfismu alel ADH1 a ADH3 je diskutován výše. Různé třídy enzymu vykazují odlišné vlastnosti. Nově byla popsána třída IV, vyskytující se v žaludku a třída V, vyskytující se zřejmě v játrech a žaludku. Extrahepatální tkáně obsahují ADH s jasně nižší afinitou k substrátu než jaterní, čímž při normálním množství alkoholu v krvi nedochází k jejich aktivaci. (Jistou výjimku tvoří ADH žaludku a ledvin).

Žaludeční ADH. V žaludku existují nejméně tři formy ADH: s vysokou, střední a nízkou K_m pro ethanol. Vzhledem k vysoké koncentraci alkoholu v žaludku ihned po ingestci dochází k aktivaci i typu s vysokou K_m . V této oblasti se zřejmě vyskytuje etnická variabilita, protože u Japonců bylo zaznamenáno chybění jednoho ze tří izoenzymů. Vliv jídla při příjmu alkoholu je neoddiskutovatelný, pokud se alkohol přijímá s větším množstvím jídla, dochází k menší metabolické oxidaci alkoholu v žaludku, čímž se posléze vyskytují vyšší hladiny alkoholu v krvi než bez přijetí potravin. Tato „bariéra“ žaludku chybí pacientům po gastrektomii a je snížena u alkoholiků vlivem snížené aktivity žaludeční ADH. Stejný efekt má inhibice žaludeční ADH některými běžně používanými léky. Například acylpyrin a některé H_2 blokátory inhibují aktivitu ADH in vitro.

Metabolismem etanolu pomocí ADH vzniká acetaldehyd a vodík je přenesen z etanolu na kofaktor NAD, který se tím konvertuje na svou redukovanou formu NADH. Vznikající acetaldehyd ztrácí vodík a je metabolizován na acetát. Množství vznikajících redukovaných ekvivalentů narušují oxidoredukční homeostázu hepatocytu, podporují vznik hyperlaktacidémie, která je podkladem acidózy, snižující schopnost ledvin vylučovat kyselinu močovou, vedoucí k sekundární hyperurikémii. Dochází také ke zvýšení koncentrace alfa-glycerolfosfátu, který podporuje jaterní akumulaci triglyceridů. Navíc nadbytek NADH může podporovat syntézu mastných kyselin. Aktivita citrátového cyklu je snížena, částečně díky nedostatku NAD pro některé reakce cyklu a v mitochondriích dochází spíše k využití redukovaných ekvivalentů z metabolismu etanolu než z oxidace mastných kyselin.

Rychlá intoxikace může způsobit náhlou těžkou hypoglykémii, která je částečně

důsledkem zablokování jaterní glukoneogeneze etanolem, opět jako důsledek zvýšené hodnoty NADH/NAD poměru. V závislosti na podmínkách může etanol i spíše akcelerovat než inhibovat glukoneogenezi, takže se může vyskytovat i hyperglykémie v souvislosti s alkoholismem. Mechanismy nejsou stále ještě přesně a do detailů známy, ale glukózová intolerance může být částečně zaviněna sníženou periferní utilizací glukózy.

Jedním z počátečních projevů vlivu alkoholu na játra je vývoj jaterní steatózy. Masné kyseliny se mohou akumulovat jako triglyceridy v játrech díky různým metabolickým poruchám: zvýšená jaterní lipogeneza, snížená jaterní tvorba lipoproteinů, zvýšená mobilizace periferního tuku, zvýšené vychytávání cirkulujících lipidů játry a nejdůležitější faktor - snížená oxidace mastných kyselin jako důsledek snížené aktivity citrátového cyklu vzhledem ke změnám v NADH/NAD poměru. Predominantní oblastí pro steatózu je oblast perivenulární, zvaná též centrilobulární nebo také zóna 3 hepatálního acinu. Existují různé hypotézy vzniku steatózy právě v této oblasti. Tzv. hypoxická hypotéza se zakládá na faktu, že se zvýšenou spotřebou kyslíku, ke které dochází v alkoholem postižených játrech, vzniká větší gradient kyslíku směrem k centrilobulární oblasti. Hypoxie zvýšením obsahu NADH může inhibovat aktivitu NAD-dependentní xantin dehydrogenázy (XD), čímž dochází k preferenci kyslík-dependentní XO. Metabolismus purinů cestou XO může vést k tvorbě kyslíkových radikálů, které mohou působit mimo jiné i peroxidaci. Po alkoholu dochází ke znatelnému zvýšení hladiny fyziologických substrátů XO, hypoxantinu, xantinu stejně tak jako AMP a sekundárně i ke zvýšení koncentrace allantoinu (finálního produktu metabolismu xantinu v moči). V perivenulární oblasti se vyskytuje po dlouhodobém příjmu alkoholu proliferace hladkého endoplazmatického retikula s odpovídající indukcí retikulárních enzymů. Uvádí se, že největší obsah ADH u lidí je v perivenulární zóně, z čehož vyplývá, že zvýšená metabolická aktivita této oblasti může vést ke zvýšené toxicitě alkoholu (zvýšená produkce acetaldehydu). Je nutno však počítat také s tím, že - na rozdíl od MEOS - při dlouhodobé konzumaci alkoholu se neindukuje zvýšená aktivita ADH, ale naopak může dojít ke snížení její aktivity. U alkoholiků se může vyskytnout snížená aktivita ADH i pokud se nevyskytuje jaterní poškození.

2. MEOS

Jaterní mikrosomy jsou místem adaptivního systému etanolové oxidace zvaného MEOS. Dlouhodobá konzumace vede k indukci specifického mikrosomálního cytochromu P450. Tento enzym má vyšší oxidační kapacitu pro alkohol než jiné P450 izoenzymy, přičemž tato aktivita je zvýšena i pro další látky jako 1-butanol, 1-pentanol, anilin, acetaminofen, aceton a N-nitrosodimethylamin. Km MEOS je relativně vysoká (8-10 mmol/l na rozdíl od ADH 0,2 - 2 mmol/l), což odpovídá skutečnosti, že při nízkých koncentracích alkoholu v krvi se aktivuje přednostně ADH a při dlouho-

dobé konzumaci alkoholu dochází k indukci enzymů systému MEOS, přičemž mechanismus indukce není ještě zcela objasněn. Mohlo by se jednat o transkripční aktivaci genu (2E), nebo o stabilizaci mRNA, další variantou je posttranslační ovlivnění (konkrétně stabilizace proteinů). Výsledky některých studií podporují roli zvýšení syntézy enzymů de novo a zvýšení množství mRNA. Nakonec se zdá, že indukce probíhá ve 2 krocích - jednak posttranslačními mechanismy při nízkých koncentracích alkoholu v krvi a jednak ovlivněním transkripce při velkých koncentracích alkoholu.

Interakce s léky

Zvýšením aktivity jaterních enzymů dochází samozřejmě i ke zvýšení metabolismu mnoha dalších mikrosomálních substrátů. Největší interakce vzniká s léky jako je warfarin, phenytoin, tolbutamid, propranolol a rifampin, z čehož vyplývá, že je nutné zvýšené dávkování uvedených léků vzhledem ke zrychlenému metabolismu (a tedy inaktivaci) daných látek. Naopak krátkodobá intenzivní konzumace alkoholu může vést k inhibici metabolismu některých léků v játrech vzhledem k náhle vzniklé kompetici s alkoholem o enzymatická aktivní místa (ještě nestihlo dojít k indukci enzymů). Zvláštní je dualistická interakce methadonu, kdy dlouhodobá konzumace alkoholu vede ke zvýšení jaterního mikrosomálního metabolismu methadonu a ke snížení jeho množství v mozku a játrech, krátkodobá konzumace pak vykazuje opačný efekt, inhibuje mikrosomální demetylaci methadonu a zvyšuje mozkovou i jaterní koncentraci léku. Tento efekt může být klinicky důležitý, protože přibližně polovina pacientů užívajících methadon jsou alkoholici. Kombinace s trankvilizéry a barbituráty také vede ke zvýšení jejich koncentrace v krvi až k nebezpečným hodnotám, což se vyskytuje běžně u úspěšných sebevražd. Etanol také markantně zvyšuje aktivitu mikrosomálních enzymů metabolizujících benzen s nízkou hodnotou K_m , čímž zhoršují hemopoetickou toxicitu benzenu. Uvádí se zvýšená incidence rakoviny horních částí trávicího (hlavním místem výskytu je ezofagus) a dýchacího systému. Možná vysvětlení se mimo jiné opírají o zvýšení karcinogenity některých látek právě zvýšeným mikrosomálním metabolismem v játrech. Kromě jiných látek dochází ke snížení jaterní koncentrace vitamínu A také jako důsledek zvýšeného metabolismu. Diskutabilní je právě snížení jeho hladiny ve vztahu ke karcinogeneze.

Vliv na energetický metabolismus

Ačkoliv ethanol je energeticky velice bohatá látka, dlouhodobá konzumace není spojena s efektem na tělesnou hmotnost, jaký by se dal očekávat. Naopak izokalorická substituce může někdy vést dokonce ke ztrátě hmotnosti. Tento energetický deficit nemůže být vysvětlen na podkladě maldigestce nebo malabsorbce a je primárně ovlivněn indukci mikrosomálního etanol - oxidujícího systému (metabolická dráha, která oxiduje etanol bez produkce odpovídající energie). Alternativní nebo další

mechanismus obsahuje zvýšení tonu sympatiku a asociované termogeneze, a/nebo zvýšený rozpad ATP (se zvýšeným katabolismem purinů) sekundárně pro zvýšenou produkci acetátu. Zajímavá je také skutečnost, kterou žádná z daných hypotéz plně nevysvětluje, že pokud je alkohol konzumován spolu s nízkotukovou dietou (tuk tvoří 5 procent potravy) ke ztrátě hmotnosti nedochází, což napovídá, že tuk hraje v alkoholu indukované ztrátě hmotnosti významnou úlohu. Jedním možným mechanismem je odpojení oxidace a fosforylace v mitochondrii poškozené dlouhodobou konzumací alkoholu, částečně asi vlivem nahromaděného acetaldehydu.

3. Kataláza

Kataláza může oxidovat etanol in vitro v přítomnosti systému produkujícím peroxid vodíku. Zdá se, že fyziologicky kataláza nehraje významnou roli v metabolismu alkoholu, navíc při alkoholovém postižení jater byla zjištěna snížená aktivita katalázy.

Produkty metabolismu alkoholu a následné poruchy

ETYLESTERY MASTNÝCH KYSELIN

U krátkodobě intoxikovaných osob byla nalezena signifikantně vyšší koncentrace etylesterů mastných kyselin v pankreatu, játrech, srdci a tukové tkáni. Protože tento neoxidativní metabolismus etanolu se vyskytuje v orgánech nejčastěji postižených dlouhodobým příjmem alkoholu a protože některé z těchto orgánů postrádají oxidativní systém metabolismu alkoholu uvádí se, že etylestery mastných kyselin by mohly hrát roli na vzniku alkoholového postižení.

ACETALDEHYD

Acetaldehyd je první oxidační produkt všech tří cest metabolismu alkoholu. Kromě exogenně přijatého alkoholu existují i vnitřní zdroje acetaldehydu jako deoxypentozofosfát aldoláza, pyruvát dehydrogenáza a fosforylfosfoetanolamin fosforyláza, stejně tak jako kapacita komensálních mikroorganismů produkovat etanol a acetaldehyd z cukrů. Hlavní cestou metabolismu acetaldehydu je jeho oxidace na aceton v jaterní mitochondrii. Avšak v alkoholu postižených játrech dochází ke snížení kapacity mitochondriálního enzymu oxidovat acetaldehyd, přičemž metabolismus alkoholu není postižen, nebo je naopak zvýšen, což rezultuje v nepoměr mezi produkcí a dispozicí acetaldehydu, vedoucí ke zvýšení jeho hladin. Zvýšení produkce kyslíkových radikálů a kumulace acetaldehydu se zdají být důvodem vzniku peroxidace lipidů spojené s ALD. Jedním z mechanismů vedoucích k peroxidaci lipidů je deplece GSH. Vazba acetaldehydu s cysteinem a/nebo s GSH může vést ke snížení

hladiny GSH v játrech. Krátkodobý příjem inhibuje syntézu GSH a zvyšuje jeho ztráty z jater. Selektivní nedostatek se vyskytuje v mitochondriích, což může být podkladem alkoholického poškození této organely. Přes GSH vede cesta neutralizace volných kyslíkových radikálů. Při jejich zvýšené tvorbě metabolismem alkoholu je tudíž spotřeba GSH úměrně znásobena. Ačkoliv pouze nedostatek GSH zřejmě nestačí ke vzniku peroxidace lipidů, je to však jistě cesta umocnění vlivu faktorů dalších. Peroxidace lipidů však není pouze reflexe na zničení tkáně, ale může hrát i patogenetickou roli např. podporováním produkce kolagenu.

DALŠÍ NÁLEZY

U alkoholiků nacházíme také poruchy ochranných mechanismů, včetně alterace množství kyseliny askorbové, GSH, selénu a vitamínu E. Tyto změny mohou být důsledkem přímého efektu alkoholu nebo malnutrice s alkoholismem spojené. Hlavní membránovou antioxidační látkou je alfa-tokoferol, jehož snížené hladiny zde byly také prokázány. Při zvýšené peroxidaci lipidů následkem alkoholu hraje v játrech důležitou ochrannou roli také vitamin E jako antioxidant. Nedostatek vitamínu E spolu s alkoholismem vedou ke snížení hladiny alfa-tokoferolu. Tento defekt ochranného systému spolu se zvýšeným množstvím acetaldehydu a tvorbou kyslíkových radikálů vedou ke vzniku jaterního poškození jednak cestou peroxidace lipidů a jednak inaktivací enzymů. Dalším nálezem je zvýšený příjem železa hepatocyty. Způsobuje tzv. citrátem železitým indukovanou peroxidaci. Acetaldehyd se kovalentně váže k jaterním mikrosomálním proteinům, včetně 2E1, k dalším makromolekulám jako kolagenu a cirkulujícím proteinům: sérovému albuminu, hemoglobinu a lipoproteinům. Také se váže k tubulinu a mikrotubulům. Jednou z úloh mikrotubulů je zajišťovat sekreční procesy buňky, jejich porucha tudíž vede k retenci proteinů v hepatocyty, původně určených na export. Zvýšené množství proteinů, vody, elektrolytů a tuků a jejich následná retence vede ke zvětšování objemu hepatocytů. Acetaldehyd také způsobuje expresi neoantigenů na povrchu hepatocyty, indukujících odpovídající imunitní odpověď. Další efekt acetaldehydu je jeho interference s aktivitou enzymů, zřejmě sekundárně vazbou na jejich aktivní místa.

Zvýšená aktivita jaterní peptidylhydroxylázy - klíčového enzymu produkce kolagenu - byla nalezena u pacientů s alkoholickou cirhózou a hepatitidou a ve všech stádiích ALD. V buňkách se zvyšuje množství kolagenu a současně množství mRNA jej kódující. Akumulace kolagenu je také důsledkem nerovnováhy mezi produkcí a degradací kolagenu v hepatocytech.

Prevence a léčba

Alkoholická steatóza je většinou reverzibilní proces. V některých extrémně vážných případech může však i steatóza končit fatálně. Nejzávažnějšími komplikacemi

cirhózy je ascites a krvácení. Nejefektivnější cestou léčby je kontrola konzumace alkoholu. Již léta je diskutabilní role adrenokortikosteroidů v terapii akutní alkoholické hepatitidy. Kolchicin, který inhibuje syntézu kolagenu a sekreci protokolagenu z buněk, se zdá být další teoreticky použitelnou látkou pro prevenci cirhózy. Dále bylo identifikováno mnoho tzv. hepatoprotektivních látek jako: + cyanidanol, d- penicillamin, malotilat a glukagon. Zajímavé experimentální antioxidační efekty byly dosaženy s allopurinolem, dále byly prokázány antifibrotické a protizánětlivé účinky prostaglandinů. V konečných fázích připadá v úvahu transplantace jater, která je však indikována pouze u pacientů, kteří přestali pít alkohol. Stále otevřenou otázkou zůstává požadovaná délka abstinence.

Literatura:

1/ Charles S. Lieber: Alcohol and the Liver: 1994 update, Gastroenterology 106, 1994, s. 1085 - 1105

2/ D.I.N. Shermann, R. Williams: Liver damage: mechanisms and management. British Medical Bulletin 50, 1994, č. 1, s. 124 - 138

3/ Yuro Shibayama, Shosaku Asaka, and Katsuji Nakata: Endotoxin Hepatotoxicity Augmented by Ethanol. Experimental and Molecular Pathology 55, 1991, s. 196 - 202

4/ S. Worrall, J. De Jersey, B. C. Shanley and P. A. Wilce: Antibodies against acetaldehyde-modified epitopes: an elevated IgA response in alcoholics. European Journal of Clinical Investigation 21, 1991, s. 90 - 95

5/ Stanley L. Robbins: Pathologic Basis of Disease. W.B. Saunders Company 1991

6/ Jay H. Stein: Internal Medicine, third edition. Little, Brown and Company 1990

GABA-A/BENZODIAZEPINOVÝ RECEPTOROVÝ KOMPLEX V PATOGENEZI JATERNÍ ENCEFALOPATIE

Romana Hájková, Lucie Nazarčíková, IV. ročník 3. LF UK Praha, listopad 1994

Jaterní encefalopatie (JE) je syndrom charakterizovaný neurologickými a psychiatrickými příznaky vznikající v důsledku závažné poruchy jaterních funkcí. Z klinického hlediska dle jednotlivých projevů rozlišujeme následující **čtyři stadia JE** [4,8,12].

- | | |
|-----------------------|--|
| I | <p>PP: Lehká zmatenost, poruchy myšlení, euforie, deprese, snížená pozornost, zvýšená dráždivost, spánková inverze</p> <p>NP: Mírná porucha koordinace, porucha psaní</p> |
| II | <p>PP: Netečnost, letargie, těžší poruchy myšlení, změny osobnosti a chování, občasná dezorientace. Změny na EEG: pomalé vysoké vlny • typu společně s normálním • rytmem ve všech svodech [8]</p> <p>NP: Flapping tremor, ataxie, dysartrie, konstruktivní apraxie, paratonie</p> |
| III | <p>PP: Somnolence (lze probudit), neschopnost myšlení, časoprostorová dezorientace, amnezie, zuřivost, pomalá řeč</p> <p>NP: Hyperreflexie, svalová rigidita, patologické reflexy</p> |
| IV_A | <p>PP: Kóma</p> <p>NP: Zachována odpověď na bolestivé podněty, vymizelé okulovestibulární reakce</p> |
| IV_B | <p>PP: Hluboké kóma</p> <p>NP: Decerebrační rigidita, není odpověď na bolestivé podněty</p> |

PP *Psychické příznaky*

NP *Neurologické příznaky*

JE vzniká jako následek jaterních poruch nebo cévních změn. JE vzniklou z ja-

terních příčin rozlišujeme na *akutní*, k níž dochází zejména u nemocných s dosud zdravými játry, postižených těžkou akutní lézí (např. virová nebo toxická hepatitida) a *chronickou*, která je nejčastější u jaterních cirhóz [8,11]. Mezi **cévní příčiny JE** patří vrozené nebo chirurgicky navozené portokavální zkratky [4, 12]. Nejméně příznivou prognózu má JE vzniklá u akutních hepatitid nebo těžkých toxických lézí jater - úmrtnost zde bývá vyšší než 80% [8].

Důsledkem poruchy jaterních funkcí (zvláště funkce vychytávací a detoxikační) a přítomností zkratů je, že se část portální krve obsahující **neurotoxické látky**, vznikající ve střevě nedostává do kontaktu s jaterní buňkou. Toxické látky tedy zaplavují organismus, dostávají se **do mozku** a vyvolávají obraz JE [4,6,8].

JE se považuje za **multifaktoriální onemocnění**, jehož podstata není ještě dostatečně objasněna. Jako hlavní **mechanismy vzniku** se uvádějí:

1. **HYPERAMONÉMIE** - předpokládá se reakce amoniaku v CNS s alfa-oxoglutarovou kyselinou za vzniku glutaminu, což vede ke „zpomalení“ Krebsova cyklu s následným nedostatkem ATP [4,5,6,8]

2. **PŮSOBENÍ OSTATNÍCH TOXICKÝCH LÁTEK** - fenolů, merkaptanů, mastných kyselin s krátkým řetězcem [4,6,8]

3. **AMINOKYSELINOVÁ DYSBALANCE** - vlivem poruchy jater je narušeno vychytávání a metabolismus aromatických aminokyselin z plasy a zároveň v důsledku hyperinzulinismu dochází ke zvýšenému vychytávání aminokyselin s rozvětveným řetězcem v kosterním svalstvu. Tento nepoměr vede ke zvýšenému přestupu tryptofanu přes hematoencefalickou bariéru do mozku, kde je prekursorem inhibičního mediátoru serotoninu [4,6,8].

4. **VZNIK A PŮSOBENÍ FALEŠNÝCH NEUROTRANSMITERŮ** - následkem nadbytku fenylalaninu dochází k syntéze fenyletylaminu a následně fenyletanolaminu. Nadbytek tryptofanu blokuje přeměnu tyrozinu na DOPA, která je podmínkou syntézy noradrenalinu, místo něho vzniká tzv. oktopamin [4,6,8].

5. **LÁTKY PŮSOBÍCÍ NA GABA_A RECEPTOROVÝ KOMPLEX** [1,4,6,11,12]

GABA_A receptorový komplex (G-RK) je transmembránový komplex, který patří spolu s nikotínovým acetylcholinovým a glycinovým receptorem do skupiny receptorů, které prostřednictvím ligandů řídí iontové kanály. Tento G-RK je složen z *receptoru pro GABA (GABA_A receptor)*, *benzodiazepinového receptoru (BZR)* a *chloridového kanálu* [4,14]. Tyto části tvoří supramolekulární útvar složený z pěti podjednotek, reprezentovaných nejméně čtyřmi rozdílnými bílkovinami. Každá

z těchto bílkovin se může vyskytovat v několika variantách. Kombinace variant těchto bílkovin určuje subtyp receptoru a tím i jeho farmakologické vlastnosti [14].

Celý tento komplex je umístěn v postsynaptické membráně neuronu a představuje *hlavní inhibiční systém v mozku*. K otevření Cl⁻ kanálu je zapotřebí GABA_A-receptor se dvěma alfa-podjednotkami obsadit dvěma molekulami GABA. Otevřením Cl⁻ kanálu vzrůstá permeabilita membrány pro Cl⁻, ten se dostává do buňky, výsledkem čehož je hyperpolarizace membrány a následná neschopnost přenesení dalšího vzruchu [11,14].

Hlavní funkcí BZR je alostericky modulovat GABA_A-receptor, otevírající Cl⁻ kanál.

Látky, které se vážou na BZR rozdělujeme do tří kategorií.

1. *Agonisté* (diazepam, flurazepam) svým navázáním zvyšují frekvenci otvírání Cl⁻ kanálů a zvyšují afinitu pro GABA.

2. *Inverzní agonisté* (DMCM) snižují frekvenci otvírání Cl⁻ kanálů.

3. *Antagonisté* (flumazenil, Ro 14-7437) soutěží s agonisty a inverzními agonisty o vazebné místo, ale nemají žádnou vnitřní aktivitu [4,10,14].

V poslední době bylo identifikováno mnoho látek s BZ aktivitou. Mezi ně patří puriny, nikotinamid [4], *skupina 1,4-benzodiazepinů* (diazepam, N-desmetyldiazepam, deschlorodiazepam, lorazepam, oxazepam) [10] a *polypeptidické ligandy* (DBI). Původ těchto látek může být endogenní nebo exogenní [15].

U pokusných zvířat i u nemocných s JE byly nalezeny v plazmě, moči i v mozkomíšním moku *zvýšené koncentrace GABA* [3,4,5] a *BZ ligandů* [1,3,4,12,15]. Zvýšené koncentrace GABA zvyšuje afinitu BZR pro jejich ligandy - mluví se o tzv. GABA posunu. Z BZ ligandů byly spolehlivě dokázány diazepam a N-desmetyldiazepam [2,3,4].

Původ zvýšené hladiny *1,4 BZ* není ještě spolehlivě znám. Má se za to, že jejich **zdrojem** jsou *střevní bakterie* (Penicillium a Aspergillus). Dalším zdrojem může být *potrava*, obsahující prekurzory BZ, které jsou modifikovány ve střevě nebo po absorpci. Je to např. pšenice, brambory, mléko, rýže, sójové boby [4].

Terapie JE

Terapie JE spočívá ve snížení tvorby amoniaku ve střevě, čehož se docílí jednak *dietou* chudou na proteiny a dále podáváním *antibiotik*, která potlačují činnost mikroorganismů tvořících amoniak ve střevě. Zvyšuje se také přívod *aminokyselin s rozvětveným řetězcem* [4,8,9]. Využívá se též *podávání antagonistů BZR* [19], jejichž hlavním představitelem je *flumazenil* (Ro 15-1788) [7,11,12].

Flumazenil je selektivní, kompetitivní antagonist s vysokou afinitou k BZR. Pro velký efekt prvního průchodu se podává obvykle intravenózně. V praxi se používá nejčastěji v těchto *indikacích*:

1. potlačení účinku exogenních ligandů [4] při akutní otravě benzodiazepiny [13],
2. pro diferenciální diagnózu JE [4],
3. pro určení reversibility JE [4],
4. jako doplňující léčba akutního jaterního selhání (pro zlepšení mozkových funkcí - probouzení komatózních pacientů) [4,7],
5. jako příprava na transplantaci jater [4],
6. p.o. podání při terapii chronické portosystémové JE [4].

Podávání flumazenilu vede u některých nemocných (v 69%) ke *zlepšení JE* [1,3,4,12], nikdy ne však k úplnému vyléčení. Novější experimenty ukázaly možnou vyšší terapeutickou účinnost při podání inverzních agonistů [11].

Podle současných výsledků výzkumu lze usoudit, že endogenní benzodiazepiny se spolupodílejí na vzniku a udržování akutní JE [2]. U chronické JE je jejich úloha sporná.

LITERATURA:

1. Basile, A.S.: The contribution of endogenous benzodiazepine receptor ligands to the pathogenesis of hepatic encephalopathy. *Synapse*, 1991, 7, č. 2, s. 141-150.
2. Basile, A.S., Harrison, P.M., Hughes, R.D., Gu, Z.Q., Pannell, L., McKinney, A., Jones, E.A., Williams, R.: Relationship between plasma benzodiazepine receptor ligand concentrations and severity of hepatic encephalopathy. *Hepatology*, 1994, 19, s. 112-121.
3. Basile, A.S., Hughes, R.D., Harrison, P.M., Murata, Y., Pannell, L., Jones, E.A., Williams, R., Skolnick, P.: Elevated brain concentration of 1,4 benzodiazepines in fulminant hepatic failure. *N. Engl. J. Med.*, 1991, 15, s. 473-8.
4. Basile, A.S., Jones, E.A., Skolnick, P.: The pathogenesis and treatment of hepatic encephalopathy. Evidence for the involvement of benzodiazepine receptor ligands. *Pharmacol. Rev.*, 43, 1991, č. 1, s. 27-71.
5. Campollo, O., MacGillivray, B.B., McIntyre, N.: Association of plasma ammonia and GABA levels and the degree of hepatic encephalopathy. *Rev. Invest. Clin.*, 1992, č. 44, s.483-90.
6. Crossley, I.R., Wardle, E.N., Williams, R.: Biochemical mechanisms of hepatic encephalopathy. *Clin. Sci.*, 64, 1983, č. 3, s. 247-52.
7. Hoffman, E.J., Warren E.W.: Flumazenil a benzodiazepine antagonist. *Clin. Pharm.*, 1993, Sep. 12, s. 641-56.

8. Kordač, V. a kol.: Jaterní encefalopatie. Vnitřní lékařství II, s. 628-632.
9. Moriwaki, H., Kato M., Murase M., Muto Y.: Recent advances in the treatment of decompensated liver cirrhosis. Nippon Rinsho, 1994 Jan, 52, s. 192-6.
10. Mullen, K.D., Basile, A.S.: Benzodiazepine receptor antagonists and hepatic encephalopathy : where do we stand? Gastroenterology, 1993 Sep, č. 105, s. 937-40.
11. Puspok, A., Herneth, A., Steindl, P., Ferenci, P.: Hepatic encephalopathy in rats with thioacetamide-induced acute liver failure is not mediated by endogenous benzodiazepines. Gastroenterology, 1993 Sep., č. 105, s. 851-7.
12. Yurdaydin, C., Gu, Z.Q., Nowak, G., Fromm, C., Holt, A.G., Basile, A.S.: Benzodiazepine receptor ligands are elevated in an animal model of hepatic encephalopathy: relationship between brain concentration and severity of encephalopathy. J. Pharmacol. Exp. Ther., 1993 May, č. 265, s. 565-71.
13. Wenke, M.: Benzodiazepiny. Farmakologie, Avicenum 1991.
14. Wenke, M.: O receptorech, REMEDIA 1993, č. 6, s. 354-362.
15. Widler, P., Fisch, H.U., Schoch, P., Zimmermann, A., Schlapfer, T.E., Reichen, J.: Increased benzodiazepine activity is neither necessary nor sufficient to explain acute hepatic encephalopathy in the thioacetamide-treated rat. Hepatology, 1993 Dec., č.18, s. 1459-64.

Práce ze studentské vědecké konference

AMIODARON V TERAPII HYPERTROFICKEJ KARDIOMYOPATIE

Peter Kurray

Školiteľ: doc. MUDr. Pavel Gregor, DrSc., 2. interná klinika 3. LF UK v Prahe
Práca prezentovaná na Študentskej vedeckej konferencii 1993.

Amiodaron je derivátom benzofuranu, ktorý bol vyvinutý v Belgicku v 60. rokoch ako liek proti angíne pectoris. Predlžuje trvanie akčného potenciálu vo všetkých oddieloch a zložkách srdca, takže predlžuje aj refraktérnu fázu. V automatických bunkách sinusového uzla a junkčnej oblasti spomaľuje nárast pomalej spontánnej diastolickej depolarizácie, a tým spomaľuje frekvenciu bez podstatného negatívneho ovplyvnenia funkcie sínusového uzla (5). Neovplyvňuje však ani fázu 0 ani kľudový membránový potenciál a preto ho radíme medzi antiarytmiká III. skupiny. Hoci pôsobí amiodaron na všetkých úrovniach srdca, jeho vplyv je najvýraznejší v sieňach, kde sťažuje vznik mihania. Ďalej amiodaron spôsobuje koronárnu vazodilatáciu a nemá negatívne inotropný účinok. Po p.o. podaní sa rezorbuje asi z 50% a extrémne pomaly sa vylučuje (eliminačný polčas je 42 dní), čo je veľmi výhodné z hľadiska podávania (možnosť podať len raz denne a možnosť vynechania dávky). Ďalšou veľkou výhodou je obrovský rozdiel medzi liečebnou a toxickou dávkou (1). Pri tak pomalom vylučovaní sa kumuluje v tukovom tkanive, pečeni a v pľúcach. Z toho potom vyplývajú aj jeho nežiaduce účinky.

Amiodaron použil prvýkrát v terapii hypertrofických kardiomyopatií (HKMP) McKena v roku 1981 (7) a popísal po ňom výrazné zlepšenie holterovských nálezov. Neskôr dokazoval, že liek zlepšuje prežitie pacientov zo závažnými komorovými arytmiami (porovnával ich so skupinou HKMP liečených antiarytmikami I. triedy (8). Leon v práci z roku 1985 (3) pozoroval priaznivý vplyv amiodaronu na subjektívne potiaže chorých a ich záťažovú kapacitu. Zdalo by sa, že amiodaron je ideálny liek pre HKMP.

Takto pozitívne sa však nevyslovujú všetky práce o amiodarone.

Už Paulus v roku 1986 (11) poukazoval na to, že pri záťaži sa u jeho pacientov liečených amiodaronom výrazne zvýšil tlak v zakľnení a takisto sa výrazne zvýšil stredný tlak v pľúcnici a v pľúcnych kapilárach. Systémový arteriálny tlak, srdečný

výdaj ani systémová cievna rezistencia sa výraznejšie nezmenili a nezmenila sa ani izovolumická relaxačná perioda ani rýchlosť stenčovania sa zadnej steny ľavej komory. Leon vo svojej práci (4) poukazuje na zvýšený výskyt náhlych smrŕí u rizikových pacientov s HKMP liečených amiodaronom. V jeho skupine pacientov s vyšším výskytom komplexných komorových arytmií došlo k výraznému zlepšeniu porúch rytmu po liečbe, náhlou smrťou však zomreli dvaja z dvadsiatich dvoch pacientov bez ohľadu na predchádzajúce sa zlepšenie. V druhej skupine pacientov s vážnejšími symptómami a horšími parametrami diastolického plnenia zomrelo na náhlu smrť dokonca osem pacientov s päťdesiatich i napriek liečbe amiodaronom. U niektorých pacientov Leon ešte popisuje po nasadení amiodaronu objavenie sa predtým neprítomných porúch srdečného rytmu. V závere autor vyvodzuje, že amiodaron nielenže nepredstavuje prevenciu náhlej smrŕi, ale naopak môže jej výskyt ešte zvýšiť.

Na podobné skutočnosti poukazuje ešte kazuistická práca francúzskych autorov (10).

Ciele práce

Vzhľadom na vyššie uvedené kontroverzné názory, pokúsili sme sa na našom vlastnom materiáli získať odpovede na tieto otázky:

- 1) Aký je vplyv amiodaronu na arytmie, zisťované pri 24-hodinovom holterovskom monitorovaní EKG u HKMP?
- 2) Dokáže podávanie amiodaronu zabrániť výskytu náhlych smrŕí u HKMP?

Súbor a metodika

Využili sme rozsiahleho súboru HKMP, dlhodobo sledovaných na II. klinike. V súčasnej dobe je tu dlhodobo sledovaných 200 pacientov (126 mužov a 74 žien), pričom v priebehu 15-ročného sledovania umrelo 33 osôb. Amiodaron dostávalo z uvedeného súboru 27 osôb t.j. 11,7% (20 mužov a 7 žien). Všetci pacienti boli podrobený 24-hodinovému holterovskému monitorovaniu EKG pred podaním amiodaronu (jednou z najdôležitejších indikácií pre podanie amiodaronu boli práve závažné komorové arytmie triedy IVb, IVa podľa Lowna). Takisto boli naši pacienti pomocou tohoto vyšetrenia monitorovaní počas terapie, a holterovské monitorovanie bolo aj hlavným kritériom objektívneho hodnotenia stavu našich pacientov.

Hlavnou indikáciou k podaniu amiodaronu teda boli paroxyzmy komorových tachykardií zisťované 24-hodinovým holterovským monitorovaním EKG (trieda IVb podľa Lowna), ktoré sa podľa literárnych prameňov spájajú s 8-krát vyšším rizikom náhlej smrŕi (6) - celkove pre 20 pacientov. Jeden pacient bol liečený pre nález párových extrasystôl (trieda IVa podľa Lowna), pri vývoji poruchy funkcie ľavej komory

srdca ako pumpy, a ďalší pre kombináciu triedy IVa s fibriláciou siení. V štyroch prípadoch boli indikáciou fibrilácie siení, ktoré viedli u chorých s ťažšou poruchou diastolického plnenia k výraznému hemodynamickému zhoršeniu a v jednom prípade šlo o záchvaty flutteru siení.

Subjektívne potiaže pred podaním amiodaronu sú zachytené na **grafe 1**, funkčná limitácia podľa NYHA na **grafe 2**.

Objektívne sme hypertrofiu myokardu charakterizovali parametrami už skôr vyvinutými na našej klinike (2), a to *maximálnou hrúbkou myokardu*, ktorá u našich pacientov dosahovala priemerne 28 mm ± 6,5 mm, *strednou hrúbkou myokardu*, ktorá bola priemerne 19,4 mm ± 4,4 mm a *rozsahom hypertrofie*, ktorá činila 71,4% ± 26,1%.

Hypertrofiu sme charakterizovali aj podľa miesta srdečnej steny, ktoré postihovala, a to opäť podľa kritérií vyvinutých na našej klinike (2) - **graf 3**.

typ I: hypertrofia postihovala len septum - jeden pacient (3,7%);

typ IIa: hypertrofia postihovala septum a prednú stenu ľavej komory - 4 pacienti (14,8%);

typ IIb: hypertrofia anterolaterálne, s možným postihom septa - 15 pacientov (35,6%);

typ IV: hrot postihujúca hypertrofia - jeden pacient (3,7%);

typ V: najťažšia, difúzna hypertrofia - 6 pacientov (18,6%).

Počas liečby sme používali *liečebnú schému* udávanú výrobcom, a to prvých 7 dní 600 mg denne p.o., ďalší týždeň 400 mg denne p.o., a ďalej 200 mg denne p.o. s vynechaním soboty a nedele. Pacienti mali aj inú farmakoterapiu, obvyklú u HKMP - bol to hlavne verapamil (10 pacientov), rôzne diuretiká (11 pacientov), betablokátory (trimepranol - 6 pacientov) a iné, menej časté symptomatické lieky.

Doba sledovania sa pohybovala od 4 mesiacov do 5 rokov, priemerne 2,4 roka.

Výsledky

Ako vyplýva z **grafu 4**, došlo k nasledujúcim zmenám v holterovských nálezoch: Komorové tachykardie vymizli u rozhodujúcej väčšiny pacientov - ich počet sa znížil z 20 pred liečbou na 3, došlo teda k poklesu o 89%, čo predstavuje zmenu o vysokej štatistickej významnosti $p < 0,001$. Presne opačný trend sme pozorovali v Lowновеj triede 0, teda u pacientov bez komorových arytmií, ktorých počet vzrástol z 0 na 7. Šlo o zmenu na jednopercetnej hladine významnosti. Tiež v ostatných stĺpcoch je zrejmy priaznivý efekt amiodaronu na vývoj holterovských nálezov, i keď tu nevyšli rozdiely štatisticky významné. Zo 6 pacientov, u ktorých bolo indikované podanie amiodaronu pre opakujúce sa paroxyzmy fibrilácie siení (vrátane pacienta, u ktorého boli tieto fibrilácie sprevádzané výskytom extrasystôl v pároch), došlo k dlhodobému ústupu u 3 z nich. U zostávajúcich 3

nedošlo k priaznivému ovplyvneniu arytmie, alebo len k prechodnému zlepšeniu. Z 27 pacientov zomrelo v priebehu liečenia 6 osôb. U štyroch z nich šlo o náhlu smrť, v jednom prípade šlo o kardiogénny šok a jeden pacient zomrel po prekonanej transplantácii srdca.

Diskusia

V porovnaní s inými autormi, naše výsledky nie sú tak striktné pozitívne ako u Mc-Kenyho (7, 8, 9), ktorý dokazoval zvýšené prežitie pacientov s amiodaronom u HKM-P, ani tak odsudzujúco negatívne, ako u Leona (4), ktorý vo svojom súbore pozoroval vo zvýšenej miere arytmogénny efekt amiodaronu a zvýšenie výskytu náhlych smrť. Podľa nášho pozorovania amiodaron rozhodne vedie k významnému poklesu paroxyzmov komorových tachykardií a zlepšeniu ďalších komorových arytmií a v určitej miere potlačuje paroxyzmy fibrilácie siení. Súčasne musíme konštatovať, že amiodaron nezabraňuje výskytu náhlych smrť. Domnievame sa však, že vzhľadom k svojmu spoľahlivému antiarytmickému účinku, ktorý u HKMP nie je porovnateľný s iným liekom, má amiodaron v terapii chorých zo závažnými komorovými a supraventrikulárnymi arytmiami svoje pevné miesto.

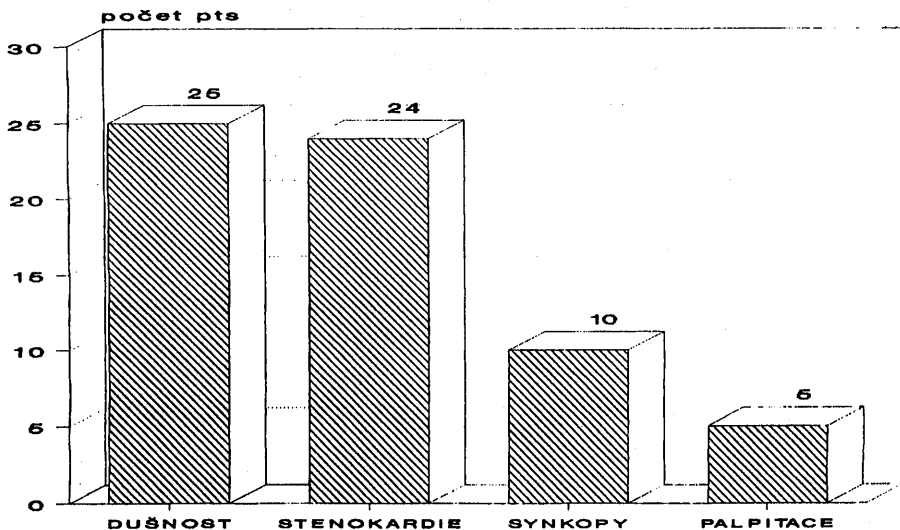
Literatúra

- 1) Beckers, J., Kulbertus, H.E.: Class III drug. Amiodarone Europ. Heart J., 4, 1987, Suppl. A, s. 53-59.
- 2) Gregor, P.: Hypertrofická kardiomyopatie. Scientia Medica, 1992, s. 201-204.
- 3) Leon, M.B. et al.: Amiodarone improves rapid diastolic filling in patients with hypertrophic cardiomyopathy. Circulation, 76, 1985, Suppl. III, s. 445.
- 4) Leon, M.B. et al.: Amiodarone does not prevent, and may increase, sudden death in patients with hypertrophic cardiomyopathy. Circulation, 76, 1987, Suppl. IV, s. 248.
- 5) Lukl, J. et al.: Užití amiodaronu v léčbě mňhaní síní odolného proti digoxinu. Vnitř. Lékařství, 32, 1986, č. 1, s. 84-97.
- 6) Maron, B.J. et al.: Prognostic significance of 24-hour ambulatory electrocardiographic monitoring in patients with hypertrophic cardiomyopathy. Amer. J. Cardiol., 48, 1981, s. 252-257.
- 7) McKena, W.J. et al.: Long term survival with amiodarone in patients with hypertrophic cardiomyopathy and ventricular tachycardia. Europ. Heart J., 10, 1989, Abstr. Suppl., s. 413.
- 8) McKena, W.J., Goodwin, J.F.: The natural history of hypertrophic cardiomyopathy. Curr. Probl. Cardio., 6, 1981, č. 1, s. 5-26.
- 9) McKena, W.J., Deanfield, J.E.: Hypertrophic cardiomyopathy: an important cause of sudden death. Arch. Dis. Child., 598, 1984, s. 971-975.
- 10) Mercerau, D., Kubac, G., Klinke, W.P.: Failure of amiodaron to prevent ventri-

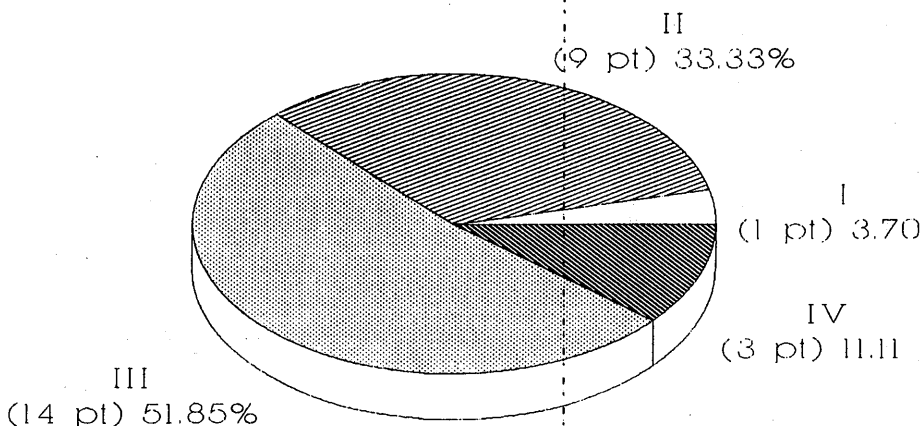
cular fibrillation (sudden death) in hypertrophic cardiomyopathy. *Canad J. Cardiol.*, 5, 1989, č. 2, s. 77-80.

11) Paulus, W. J. et al: Effects of long-term treatment with amiodarone on exercise hemodynamics and left ventricular relaxation in patients with hypertrophic cardiomyopathy. *Circulation*, 74, 1986, č. 3, s. 544-554.

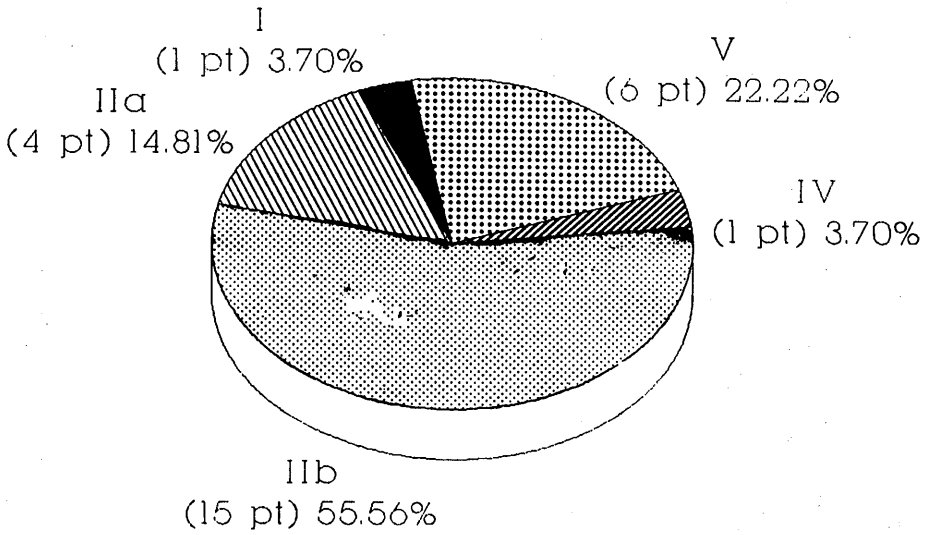
(graf 1) subjektivní potíže



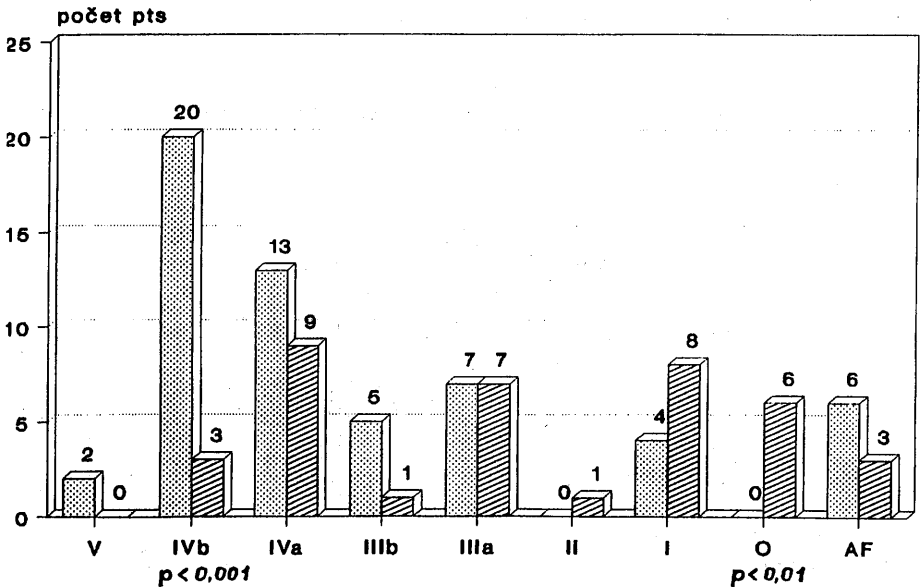
(graf 2) funkční limitace podle NYHA



(graf 3) typy HKMP



(graf 4) komorové tachykardie



TEXTY

PACMAN (sci-fi povídka)

Robert Řeřicha, student 3. LF UK

Rozcuchaný Gill vyšel z ultrazvukové očisty po tříměsíčním „mrazáku“ a nyní se s nedůvěrou zadíval na blížící se objekt. Malá hnědozelená planeta ho vůbec nelákala a tmavé kaňky atmosférických vírů mu dělaly starosti. Ušklibnul se. Kam mě to zase poslali, pomyslí si. Proč jednou konečně nepřistanu na planetě, po které běhají krásně opálené holky, a kde na stromech rostou stokreditovky? Povzdychl si a líně se podrbal na chlupaté hrudi.

„Same ...“ prohodil k věčně bdícímu počítači.

„Ahoj Gille! Jak ses vyspal?“ reagoval okamžitě počítač.

„Celkem to šlo, Samíku, jen se mi ještě trochu svírá žaludek.“

„Měl jsi hezké sny?“

„Ledové. Ale pokud se nemýlím, blížíme se rychle k cíli. Odsuň tedy, prosím tě, blok společenenské konverzace tam, kde ležel celé tři měsíce a raději mi něco pověz o té planetě.“

„S radostí, Gille. Před námi je sedmá planeta systému alfa-Siguel, průměr 10043 kilometrů, siderický rok 38 pozemských let, ...“ Gillův hlas ho ale přerušil:

„Jestli tě můžu poprosit, Same, vynech tentokrát obvyklou půlhodinovou přednášku a přejdi rovnou k věci. Ty víš, co mně zajímá.“

„Aha ...“ povzdychl si nešťastně Sam. „Tedy k věci. Pravděpodobnost výskytu života na úrovni mnohobuněčných je 0.412 a pravděpodobnost výskytu inteligentního druhu je 0.032. Spokojen?“

„Hmmm“, zabručel Gill. Žádná sláva, uvažoval, moc peněz z toho nekouká. Odsunul sonosenzorický display pro komunikaci se Samem a protáhl se.

Gill Simpson byl zaměstnancem Exobiologického institutu v Cincinnati. Nepatřil k pracovníkům vyšší třídy, byl pouhým galaktickým sběračem, jak se jeho profesi běžně říkalo. Létal k předem vytipovaným neprozkoumaným planetárním systémům a jeho hlavním úkolem bylo najít a přivést na Zem nějaký zajímavý vzorek života. Čím byla jeho evoluční úroveň vyšší, tím větší měl samozřejmě cenu pro institut a tím vyšší byla i Gillova odměna. Importované formy mimozemských organismů se nestudovaly přímo na Zemi, ale na některé z výzkumných stanic na její oběžné dráze, nebo na Měsíci, který byl již mnoho let jedinou obří výzkumnou laboratoří.

Byla to nudná práce. Občas sice došlo k nenadálým komplikovaným situacím,

kteře zaměnily všední stereotyp za trochu napětí, ale nebýt vysokých rizikových prémieř a čtvrtletní placené dovolené, pracoval by Gill raději někde na Zemi nebo alespoň v jejím blízkém okolí.

Od malička byl samotář. Láskou k němu nikdo neoplýval a nikomu ji tedy nemusel oplácet. Měl rád jen šachy a svou prababičku, která ho zasvětila do tajů této hry. Nebyl hezký, ale ani ošklivý. Předčasné prošeřivé vlasy, tenké proužky obočí nad hnědýma očima, tupý nos, pevně sevřené tenké rty, to byly rysy naznačující jeho chladnokrevnou povahu.

Gill s povzdechem vstal. Kocovina sice již z větší části ustoupila, přesto ale spolkl ještě dva hiberniny a nechal si provést masáž v korpostimulu. Nato provedl povinnou kontrolu robotů a přehlédl také Samův přistávací plán, i když věděl, že je to zbytečné - Sam ještě nikdy neselhal. Pak už se jen s výrazným odporem připoutal a čekal na první otřesy. Horskou dráhu nikdy nemiloval.

Přistání proběhlo bez komplikací. Gill si odepnul bezpečnostní pásy a odpotácel se k potravinovému boxu. Napil se chlazeného Ergicu a ulehčeně vydechl. Vždy se mu ulevilo, když taková starožitnost, jako Longstream VIII, s rokem výroby 2358, konečně usedla na pevnou zem. Jeho modul prošel již dvěma generálními opravami a Gill často uvažoval, že si pořídí modernější loď. Ale již si na staříckého Longstreama i na jeho ústřední počítačový mozek SM 817, kterému prostě říkal Same, zvykl. Nevýhodou tohoto typu modulu byl čas, který uplynul mezi zážehem a závěrečným zrychlením. V tomto intervalu musel kosmonaut z bezpečnostních důvodů zůstat v nezmrazeném stavu a týden přežívat v komůrce Longstreama nebyla žádná zábava. U moderních typů vesmírných plavidel je tato doba desetkrát kratší.

„Teda Same, to byla jízda!“ ulevil si.

„Doufám, že se ti zase neudělalo špatně ...“, ozval se starostlivý Sam.

„To bych nesměl mít vnitřnosti. Co jsi tam nahoře, prosím tě, vyváděl?“

„Kdyby sis vyslechl mou přednášku, věděl bys, že jsme ve výšce 34 kilometru proletěli pásmem silných turbulencí. Snažil jsem se co nejlépe stabilizovat náš polohu, ale...“

„No dobře, dobře, nic tak hrozného jsem přeci neřekl.“ Ještě si dvakrát loknul ze žluté plastické láhve a cítil, jak se v něm znovu rozlévá život. Teď už ho čekala jen samá práce.

Podíval se ven. Viditelnost byla malá. V okolí modulu vyčnívaly z bahna tmavé skály a mezi nimi se převalovala fialová pára. Do toho padal hustý déšť.

„To máme krásné počasí ...“, procedil Gill mezi zuby.

Pohotový Sam ihned vychrlil: „Teplota 548 stupňů Kelvina, atmosférický tlak 450

kilopascalů, síla větru 80 kilometrů v hodině.“

„Když už toho tolik víš, tak mi také pověz, co si mám vzít za skafandr.“

„Dle Morrenova katalogu odpovídá zdejším podmínkám typ DS03.“

„Díky, Samíku.“ Naposledy se z útulné kabiny rozhlédl po nevlídném světě a šel se připravit.

O pár minut později už Gill seděl v jednom z robotů série Finder, který se na antigravitačním polštáři tiše vznášel nad krajinou a na monitorech sledoval informace, které robot sbíral z okolí.

Krajina byla jednotvárná, stále jen černá nevysoká skaliska, mezi nimi bahnitý terén a občas nějaká větší kaluž. Mezi temnými mraky prosvítala mateřská dvojhvězda Siguel, ale její světlo bylo slabé a nestačilo rozptýlit tmu, která zahalovala okolí.

Po dvou hodinách marného hledání se robot zastavil. Na monitoru se objevilo ložisko biomasy. Diody radostně poblikávaly a biosenzor směřoval přímo do nevelké prohlubiny, připomínající studánku. Zdaleka ale nebyla křišťálová. Gill nevěřil, že v té kalné břečce najde nějaký živý organizmus. Pro jistotu si ale připravil laserovou pušku a dal povel Finderovi, aby zahájil operaci. Jen aby to nebyla nějaká příšera, která mne zhltně i s Finderem, pomyslel si Gill. Finder zasunul do husté tekutiny jedno ze svých sběrných ramen, chvílku s ním pod hladinou kouzlil a pak ho opatrně vynořil. Napjatý Gill se pobaveně zacenil. Očekával větší nestvůru. Byl připravený, že uvidí něco odpuzujícího, co by nahánělo strach, ale nic takového. To, co plavalo ve sběrném válci vypadalo spíše jako roztomilá hračka pro děti.

V nádobě se vznášel asi šedesáticentimetrový tvor. Jeho sférický tvar narušovaly jen dvě obrovské oči a široký ústní otvor. Hned na první pohled mu potvůrka připomněla Pacmana, světoznámou postavičku ze starých pozemských automatů, která ve spletitém labyrintu zmateně prchala před nebezpečnými strašidélky a cestou požírala různé kuličky. V duchu tedy pokřtil svůj nový objev na Pacmana.

Po návratu do modulu Gill umístil Pacmana do biorezervoáru a odborná instalační opatření přenechal robotům. Biorezervoár byl spojen s laboratoří, která automaticky prováděla anatomický a histologický rozbor organismu, komplexní chemické testy, zkoumala Pacmanův metabolismus a zpětně kontrolovala správný chod jeho životně důležitých funkcí. Všechny informace předávala Samovi, který je shromažďoval a dále analyzoval.

Gill si nyní mohl Pacmana prohlédnout v plném světle. Tmavěžlutý povrch Pacmanova těla byl posetý mělkými dolíčky, ze kterých občas unikaly bílé bublinky. Po stranách se vlnily bradavčité výrůstky. Oči veliké jak grapefruity vystupovaly nad povrch těla a místo víček je zčásti překrývala průhledná blána. Byly nazelenalé a proťané paprskovitými modrými žilkami. Pacmanův pohled byl nepřijemný, příliš upřený, a Gill musel vyvinout určité úsilí, aby se od něj odtrhl. Ústní otvor byl oválný, bezzubý a v krátkých intervalech se stále otvíral a zavíral.

„Tak co, Same, už víš jestli ta potvora půjde zmrazit?“ zeptal se Gill, aniž by přestal pozorovat Pacmana.

„To ti zatím nepovím. Neznám ještě dostatečně jeho reakce.“

„A co nervový systém?“

„Jeho rozbor mi zatím dělá problémy,“ odvětil váhavě Sam. „Vypadá to na neobvykle uspořádanou nervovou soustavu se sítí středně velkých ganglií. Centrální systém se zřejmě nachází těsně pod povrchovým obalem a tvoří jakousi gangliovou slupku, ze které vedou nervová vlákna k vnitřním orgánům. Pochybuji, že lze v daném případě uvažovat o vyšším stupni inteligence. Tvor se chová zcela pasívně a nejeví žádné známky znepokojení nad změnou životního prostředí.“

„Dobře, Same, kontroluj práci robotů a před startem mně vzbud. Jdu se trochu prospat.“ Ulehl do otevřené hibernační komory a bezstarostně usnul.

Když Gilla probudila sladká popartová melodie, kterou Sam s citem vybral, bylo již vše přichystáno k odletu. Připoutal se tedy znovu ke křeslu, z rozmaru zamával neutěšené krajině za oknem a dal pokyn ke startu. Za několik minut byli mimo dosah nevlídné atmosféry a Gill se mohl začít nudit. Měl nyní týden volna před závěrečným zrychlením.

K dispozici měl řadu počítačových her, literární mikrofilmy, rozsáhlou kolekci holofilmů, ale nic z toho ho nelákalo. Na konverzaci se Samem také neměl chuť a když se zahleděl do vyboulených očí svého nového společníka v naději, že by snad tady byla možnost nějakého rozptýlení, usmál se a prohodil: „Jak tak na tebe koukám, Pacmane, s tebou asi žádná rozumná řeč nebude. Jen si pořád pouštíš ty svoje bublinky a zíráš na mě, jak na Miss Universe. Dělej si, co chceš, já si zahraju šachy.“

Vypnul zvukovou komunikaci se Samem, aby se mu nemohl míchat do

hry a usedl k malému stolku se šachovnicí. Z jeho zásuvky vytáhl starou krabičku s figurkami, a začal hrát. Dříve hrával často se Samem, ale ten stále vyhrával a to Gilla nebavilo. Hrál tedy raději sám se sebou. Tak alespoň vždycky vyhrál. Sice zároveň vždy také prohrál, ale o tom již neuvažoval.

Už tři dny hrál Gill ve svých volných chvílích šachy, aniž se přihodilo něco neobvyklého. Mezi jednotlivými partiemi se procházel po kabině, jedl, pil, cvičil, nebo se povaloval v korpostimulu a pozoroval stále nehybného Pacmana. Bublinka sem, bublinka tam. Krásně se při tom relaxovalo.

Jednou, když už se chystal jít spát, stalo se něco zvláštního. Líně se svlékl, stoupl si pod sprchu a uvolněně klouzal pohledem po kabině, až se zastavil u biorezervoáru. Pacman nezměnil pozici, blány na očích měl roztažené a ústní otvor pravidelně pootevíral a zavíral, snad proto, aby alespoň něco svědčilo o tom, že je živý. Na okamžik se Gillovi zdálo, že z jeho porů uniká více bublinek, ale nevěnoval tomu větší pozornost. Pohlédl na šachovnici, která stála asi dva metry před rezervoárem. Byla na ní

rozehraná partie, ve které Gill právě vytvářel podmínky k drtivému útoku proti svému druhému „Já“. Černé políčko, bílé políčko, černé políčko ... zarazil se. Co to má znamenat?! Nebo mne snad klame zrak? Černá věž, která teď stála na D4 měla přece stát na D6! Výborně by tak kryla černého střelce a zároveň byla připravena k útoku na bílého nechráněného koně. Vykročil z bzučící sprchy a nahý došel k šachovnici. Že by byl tak nepozorný? Ale vždyť ta věž na D6 předtím určitě stála! Zakroutil hlavou a posunul věž na původní místo. Vrátil se pod sprchu a již o tom nepřemýšlel. V hibernační komoře pak rázem usnul.

Probudil se s mírnou bolestí hlavy. Vstal, aby si vzal hypnozín a cestou se ospalýma očima podíval na šachovnici. Ale to přeci není možné!! Černá věž znovu stála na D4. Okamžitě rozsvítil všechna světla a vrátil se ke stolku s pevnou vírou, že se jen přehlédl. Ne, smysly ho neklamaly. Věž stála na stejně bezúčelné pozici jako předtím. Pomalu šel k potravinovému boxu, vzal láhev Ergicu a pořádně se napil. Uvažoval, jestli se mu jen zdálo, že černou věž už jednou vrátil na původní místo. Ano, musel to být jen sen. Halucinace si nepřipouštěl. Přistoupil opět ke stolku a vrátil věž zpět na D6. Chvilí soustředěně pozoroval šachovnici. Jeho pohled neklidně těkal z místa na místo. Nevěděl přesně co očekával. Snad že se některý z kamenů pohne. Náhle plastikovou láhev křečovitě sevřel. Viděl, jak se věž z D6 pomalu přesouvá na D4. Přestal dýchat. Nevěřicně si sáhl na věž. Byla pravá a stála teď na D4. Několikrát za sebou rychle zamrkal, mrštil Ergicem do dekompozitoru a zasedl ke stolku. Nechal věž věž a pokračoval dál ve hře, jako by ten tah vymyslel sám. Po každém tahu čekal, že se nějaká z figurek pohne, ale vše probíhalo normálně.

Až když dlouho přemýšlel nad devatenáctým tahem bílých, dal se pojednou do pohybu bílý kůň. Plynule se rozjel po lesklé černobílé ploše a zastavil se před černým pěšákem, který mu bránil v dalším postupu. Pěšák se pozvolna vznesl nad šachovnici, kůň ho podjel a zastavil se na pravidly stanoveném poli. Pěšák, visící chvíli ve vzduchu, se opět snesl na pole, které zaujímal původně. Gill zaklonil hlavu, sepnul ruce a potichu se rozpačitě zasmál. „Co se tu, hrome, děje?“ zašeptal bezmocně. Když už se znovu skláněl nad šachovnici, padl jeho zrak na Pacmana.

Ten se nápadně změnil. Jeho barva nabyla narudlého odstínu, blány na očích mu rychle mžikaly a z dolíčků na jeho těle tryskaly roje bublinek. V tom okamžiku Gill pochopil, kdo s ním vlastně hraje. „To je přece blbost! Aby nějaký primitivní měkkýš zkoušel hrát šachy! Ne, ani milióny bublinek mně nepřesvědčí!“ Ale v duchu Gill už dávno kapituloval. Zřejmě tvora v kádi hodně podcenil. „Same, chci znát okamžitý stav Pacmanovy nervové soustavy, slyšíš?!“

A Sam začal odřikávat: „Gangliální aktivita organismu několikanásobně stoupla. Synaptický potenciál značně kolísá. Příčinu zatím nemohu analyzovat. Pozoruji také dvacetkrát vyšší vylučování neuromediátoru SD4, jehož koncentrace se dosud držela na stabilní výši.“

Gill si otřel orosené čelo a ještě chvíli hleděl do žilkovaných očí. Musel se uklidnit. Vstal a neklidně přecházel po kabině. Znovu pocítil bolest hlavy. Kradmo pozor-

roval Pacmana, jehož vyboulené oči ho při bezcílné procházce soustředěně sledovaly. Sedl si do měkkého řídícího křesla a bolest se začala nápadně prohlubovat. Sklonil hlavu a prsty si mnul čelo. Snažil se klidně zhluboka dýchat. Pak se prudce otočil k rezervoáru. Že by ...? Ne, to už přestává všechno! „Co mi vlastně chceš, ty potvo-ro?“ rozkřikl se a napadlo ho, že bolest s největší pravděpodobností způsobuje Pacman. Znovu začal přecházet dokola. Vždy, když se přiblížil k šachovnici, se bolest zmírnila, a naopak zesílila, když se vzdaloval.

Náhle mu bylo vše jasné. Rychle přešel k šachovnici a posadil se. Bolest rázem přestala. „On chce hrát šachy! To je neuvěřitelné! On chce hrát šachy!“ vykřikl Gill a bláznivě se rozesmál.

Tak začala dlouhá série šachových partií mezi Gillem a Pacmanem. První partii zahájil Gill bílými a byl zvědavý, jak bude Pacman reagovat. Ten ale dlouho neváhal, ujal se černých figur a pohotově odpovídal. Gill se ponořil do hry a měl nyní dokonce i radost, že má s kým hrát. Doufal, že už se Pacman nezlobí a nechá jeho mozek na pokoji.

Hráli spolu asi půl hodiny, když dal Pacmanovi mat. Ten strnul a několik vteřin nevypustil ani bublinku. Na okamžik se Gill bál, že Pacman prohru neunes a vybijie svou zlost na účet jeho mozku. Pacmanovi ale asi nechyběl sportovní duch. Figurky se vznesly asi půl metru nad šachovnici a vytvořily rozvířený černobílý mrak. Ten se rozdělil na bílou a černou polovinu a krátce nato figurky slétly dolů na šachovnici, každá na svou stanovenou pozici. Pacman dokonce vyměnil strany a očividně chtěl hrát dál.

Odehráli tak ještě čtyři hry. První z nich vyhrál opět Gill, další skončila patem, a poslední dvě vyhrál Pacman. Gill se protáhl a poznamenal: „ Za čtyři dny ses ty šachy naučil hrát docela obstojně, všechna čest. Ale je mi líto, chce se mi už hrozně spát, takže pokračování zas zítra.“

Vstal a šel si vzít něco k jídlu. Potravinový prostor však nešel otevřít. Gill se s nejasnou předtuchou otočil. „Pacmane, ...“ začal s obavou vyjednávat, „mám hlad, a když mám hlad, nemohu hrát šachy.“ Dvříčka se mu ale nepodařilo otevřít. „Nevadí, tak tedy půjdu spát o hladu. Doplatíš na to ty. Šachy už hrát nebudu, musím se vyspat,“ řekl dotčeně Gill a vykročil k hibernační komoře. Když usedl na okraj, znovu ho rozbolela hlava. „Pacmane, přestaň!“ zoufale prosil Gill. „Já jsem jenom člověk a někdy prostě spát musím. Hráli jsme šachy celých osmnáct hodin a já už sotva koukám. Prosím tě, nech toho,“ žadonil. Ale bolest nepřestala. Z Pacmana se bublinky jen řinuly a v očích mu zlověstně světélkovalo. „Dobrá, ať je tedy po tvém, ale hlavně toho už nech,“ odevzdaně zabědoval Gill a zasedl znovu za stůl s osudnými šachy. Bolest okamžitě ustala.

Gill horlivě přemýšlel. Pacman se zbláznil do šachů a nedá mi pokoj, dokud ho hra

neomrzí. Co udělám, až vyprší doba do závěrečného zrychlení? Musím se potom zmrazit. A co když mi v tom Pacman zabrání? Okamžitě ho musím zlikvidovat, než bude pozdě. Ale jak? Prikázat Samovi, aby Pacmana odpojil od systémů, které ho udržovaly při životě? Nebo si dojít pro laserovou pušku a zastřelit ho? Pacman mi teď ale nedovolí ani vstát od stolku. A navíc bych přišel o tři milióny pozemských kreditů, ne-li o pět, kdyby se s jistotou prokázala Pacmanova vyšší inteligence. Znovu se ohlásilo bolestivé píchání za očima. On mi už ani nedovolí, abych přemýšlel o něčem jiném než o šachách!, uvědomil si s hrůzou a znechuceně táhnul.

Vydržel tak hrát ještě šest hodin. Žaludek se mu křečovitě svíral a v ústech měl sucho. Vyčerpáním mu několikrát klesla hlava na stolec a převrhl figurky. Ale Pacman ho stupňovaným tlakem velmi rychle přivedl zpátky k plnému vědomí a ve hře se pokračovalo. Gill byl vysílený. Pacman vyhrával během deseti tahů a neúnavně rozehrával další partie. Gill byl už dávno neschopný se soustředit a jednou na něj Pacman zaútočil takovou silou, že bolestí omdlel.

Jediná chvíle, kdy mohl Gill myslet na něco jiného než na tu ďábelskou hru, byla necelá minuta při střídání stran, kdy se Pacman koncentroval na rozestavování figurk. Využil proto následující přestávky a zavolal Sama: „Odpoj to zvrše, Same, rychle ho odpoj! Déle už to nevydržím!“ Už mu bylo jedno, že přijde o pět miliónů, spokojí se rád jen s holým životem. Nenáviděl tu příšeru, nenáviděl ty její odporne oči a hypnotizující roje bublinek.

„To přece nemohu udělat, Gille,“ odpověděl klidný Sam. „Jednal bys proti závazku v tvé pracovní smlouvě. A i kdybych tě poslechl a chtěl zabít ten bezbranný organismus, nemohu přeskočit pevný programový blok.“

„Ale vždyť mě ten netvor zabije!“ křičel Gill.

„Nevidím důvodu, proč by tě zabíjel. Konstatuji jen, že roste tvá nervozita a podrážděnost, což přičítám tomu, že jsi již tři dny nespal. Radil bych ti proto, aby sis šel lehnout a odpočinul si,“ ale to už opět figurky stály na šachovnici a silná bolest hlavy Gilla upozornila, že začíná další partie.

Gill nad tahy nepřemýšlel, posouval figurky automaticky a v podvědomí se snažil najít východisko. Pacman vycítil, že se Gill plně nesoustředí a ještě více přitlačil. Gill záupěl. Hlavu mu drtil neviditelný lis.

Snad proto, že si stále více uvědomoval tíži zbývajících deseti hodin, odmítal Gill přijmout pomýšlení, že je s ním konec a snažil se vymyslet protiútok. Nakonec ho přeci jen napadlo, jak alespoň na čas uniknout z Pacmanova působení.

Když se zase figurky vznesly, aby na chvíli vyklidily bitevní pole, obrátil se Gill k Samovi: „Same,“ a snažil se, aby jeho hlas, za kterým se skrývaly nekonečné hodiny utrpení, zněl vyrovnaně.

„Ano Gille?“

„Napadlo mně, že už jsme si spolu dlouho nezahráli šachy ...“ Před sebou viděl poleující figurky a v pozadí plavala ta zrůda - Pacman.

„Ano, to je pravda. Naposledy to bylo před dvěma lety a třemi měsíci. Říkal jsi, že

tě nebaví prohrávat s umělou inteligencí," zavzpomínal Sam a dodal: „Ale tvůj hlas se chvěje. Myslím, že nejsi úplně v pořádku, Gille. Nebylo by rozumné nyní hrát šachy. Jdi si raději lehnout.“

„Same, prosím tě, udělej to pro mě. Je pravda, že mi není zrovna nejlépe, ale jedna kamarádská partička mi udělá jediné dobře.“ Napjatě čekal na odpověď. Figurky byly rozestavené. Pacman měl tentokrát bílé.

„Dobře Gille. Ale jen jednu partii. Slib mi, že si pak půjdeš lehnout,“ souhlasil konečně Sam. Pacman mezitím táhnul bílým pěšcem a zahájil tak další souboj.

„Jasně, že slibuju. Můžu si vzít bílé?“ Pacman už netrpělivě dorážel a Gill vyvřel obrovské úsilí, aby nezačal hlasitě řvát.

„Samozřejmě.“

A past byla nastražena. Gill mechanicky diktoval Samovi sebevědomé tahy Pacmana a vydával je tak za své. Sam hbitě odpovídal a Gill jen posouval figurky. Bolest ustupovala do pozadí. Pacman byl zřejmě spokojen, že se Gill znovu vzbudil a soustředil se na hru. Gill se pomalu zotavoval a přestože byl na pokraji sil, sledoval vývoj partie. Bolest byla pryč a to bylo podstatné. Pacmana zřejmě vůbec nezajímalo, že Gill každý jeho tah nahlas předřkával Samovi. Hlavně, že se znovu hrály pořádné šachy.

První hodinu nového šachového duelu sledoval Gill bez problémů a v duchu s hráči držel krok. Taktiku centrálního počítače znal a zdálo se, že ji Sam nehodlá měnit. Z pěšáků vytvořil solidní obrannou linii a zároveň uvolnil prostor pro útočné figury. S těmi postupně vyjžděl na bojovou plochu a budoval strategicky pevné zázemí pro svůj další postup. Pacman svůj styl také neopustil. Na rozdíl od Sama neměl na první pohled vypracovaný nějaký kontrétní plán. Jeho hra byla útočná a zdánlivě improvizovaná. Nečekaně vyrážel do útoku a nebezpečně napadal Samovy pozice. V případě ohrožení se rychle stahoval zpět do bezpečí. Sama to nijak nevzrušovalo, času měl dost a nevypočitatelný pohyb soupeřových figur ho nemohl zmást. Anebo přece? Občas se stalo, že Sam nezvykle dlouho přemýšlel. V takových chvílích Gill Samovi šeptem spílal, protože Pacman byl netrpělivý a obvyklým způsobem pobízel Gilla k tahu.

Přesto se ale Gill upřímně bavil. A když si představil, jak by asi Pacman vyváděl, kdyby věděl, že nehraje se svým obvyklým protivráčcem, ale s hromadou logických obvodů, musel se v duchu smát. A Sam? Ten určitě nemůže věřit svým elektronickým uším. Jak se mohl Gill tak najednou zlepšit?, ptá se asi Samovo čipové podvědomí. Tím se ale Gill nemínil trápit, dál diktoval Samovi tahy Pacmana a Samovy odpovědi předkládal nedočkavému Pacmanovi.

Asi po dvou hodinách hry už Gill přestal vývoj partie chápat. Spokojil se tedy s tím, že automaticky bez rozmyslu posouval figurky na políčka, jejichž souřadnice mu Sam udával. Bolest ho už netrápila a mohl tedy přemýšlet, jak na Pacmana vy-
zrát.

Souboj centrálního počítače a mimozemského tvora pokračoval. Sam teď určitě propočítává nejméně milión operací za sekundu. Miliónkrát v jedné vteřině přestaví pozice, miliónkrát zhodnotí jejich výhodnost. A potom z těch tisíců nejrafinovanějších postupů vybere ten, který protivníka nejvíce ochromí. Pomůže to ale zdolat tak odlišnou strukturu, jakou byl Pacmanův „mozek“?

Partie trvala už čtyři hodiny dvacet minut. Závěr byl strhující. Padesátým tahem se spustila lavina útoků, přesunů, ústupů a taktických obětí. Pacmana halil závoj třípytí-
ch se bublinek. Jedině to svědčilo o jeho mimořádném „duševním“ úsilí. Sam konečně zahnal Pacmana do kouta a ten se teď všemožně snažil prokousat se s ohroženým králem smrtícím obklíčením. Ale král se nazadřitelně sunul k okraji šachovnice a jeho poslední oddaní bojovníci mizeli se stolu.

Šedesátým čtvrtým tahem dal Sam Pacmanovi mat. Sam po dlouhé době promluvil: „Šachmat, Gille. Ale musím tě pochválit. Dnes si hrál skvěle.“

Ale Gill ho neposlouchal. Hlasitě se chechtal, až mu z očí vyhrkly slzy. Pacman se vznášel jak zkamenělý. Plyn z něj neunikal, oči nemžikaly, výběžky po stranách se nevnily, ústní otvor byl zavřený. Gill si pomyslel, že chce možná spáchat sebevraždu zadušením a smál se šťastně dál, nadšený úspěchem své léčky. Pacman prohrál! Ha, ha, ha. „Same, jsi pašák!!“, drmolil mezi smíchem Gill.

Pacmanova nečinnost ale netrvala dlouho.

Pacman náhle zmodral a zvolna se nafouknul, až se dotýkal euryplastových stěn. Gillovi ztuhnul úsměv na rtech a ve zlé předtuše sraštil obočí. Co má ten syčák v úmyslu? Nad šachovnici se vznesl bílý poražený král. Gill ho s nedůvěrou pozoroval. Nevěděl, co má očekávat.

Pečlivě vyřezaná dřevěná figurka se zachvěla a pak se s třeskotem roztrhla na kousky. Vymrštnuté úlomky se rozletly po okolí a jedna tříska zasáhla Gillův horní ret. Opatrně třísku vytáhl a oťel si krev. Ranka nebyla hluboká a příliš nekrvácela. Se strachem v očích se obrátil zpátky k Pacmanovi. Ten se několikrát zběsile otočil kolem své osy. Bylo to poprvé, co ho Gill viděl v pohybu. Pacman pomocí výběžků po stranách rotoval stále rychleji a měnil barvu. Nejdříve na fialovou, pak na zelenou. Zároveň v rezervoáru klesal a stoupal jako bóje v rozbouřeném moři. Gill se snažil zůstat klidný, i když se děsil okamžiku, kdy na něj Pacman s novým elánem zaútočí. Chtěl vstát a zalézt někam do kouta, co nejdál z Pacmanova dosahu, ale

nohy ho neposlechly. Seděl jako přikovaný a sledoval Pacmanův rituální tanec. Třeba si jen trochu zařadí a pak bude zase klid ...

Pacman se konečně zastavil a přitiskl své lesklé tělo na přední stěnu válce. Široce otevřená ústa teď vypadala jako velká přísavka. Jeho obraz se ve válci zkreslil a tělo nabylo elipsoidního tvaru. Oči připadaly Gillovi ještě více vypouklé, než obvykle a přestože Pacman nedisponoval téměř žádnou mimikou, přísátý na skle vypadal hrozivě. Gill napětím pevně svíral hrany stolku. Měl strach. Pacman ještě stále nevypustil jedinou bublinku. Jaký děsivý plán má v záloze?

Gill se znenadání cítil lehký jak helium. Zděšeně se podíval pod sebe a viděl, jak se jeho tělo pomalu odlepuje od křesla. Zmateně začal šoupat nohama po podlaze a snažil se zachytit za nějaký opěrný bod. Zaklesl se za nohy stolku a podíval se zpátky na Pacmana. Bublinky z něj unikaly plným proudem. Teď je se mou konec, začínal panikařit Gill. S tímhle monstrem jsem si neměl nic začínat. V duchu už viděl své tělo, jak se ve vzduchu trhá na kusy, stejně jako před chvílí ten bílý král. Pacman se mu snažil rozevřít ztuhlé ruce a nohy ztrácely oporu. Co se mnou udělá?!

Nevydržel už další nápor a povolil sevření. Okamžitě byl vymrštěn do prostoru. Poprvé v životě létal i v umělé gravitaci. Chvilí visel uprostřed kabiny a třesl oči na neúprosného Pacmana, který se zřejmě nesmírně bavil. Gill sebou bezmocně zmítal a čekal na popravu. Zavřel oči a připravoval se na smrt. Pak jím Pacman tvrdě mrštil k protější stěně. Náraz byl tak prudký, že Gill okamžitě ztratil vědomí.

Probral se s pocitem, že mu v hlavě hnízdí kulový blesk. Úpěl bolestí a svíjel se na zemi. Bolest vyzářovala z ložiska těsně za očními důlky. Jakoby se tam usídlili dva mořští ježci. Kopal kolem sebe. Chtěl odehnat tu všudypřítomnou sílu, tryskající z Pacmanových útrob.

Vzpomněl si na japonské válečné zajatce, kteří se prý rozbíhali s vyplazeným jazykem proti zdi. Jazyk se překousl a oni rychle vykrváceli. Ne, neměl by dost síly, aby spáchal sebevraždu. Jak dlouho bude ale ještě trpět? Zahlcen bolestí si také s hrůzou vzpoměl na čas, který zbývá do odpálení fotonových motorů. Tři hodiny? Dvě hodiny? Další salva bolesti ho zkroutila do klubíčka.

Připadalo mu, že se na podlaze svíjí už celou věčnost, když bolest náhle ustoupila.

Gill se udiveně rozhlédl. Nechápal, proč Pacman tak náhle přestal. Že by konečně projevil lítost? Ne, tomu Gill nevěřil. Pak si všiml, že ultrazvuková sprcha, do které ho Pacman surově hodil, a ve které protřpěl nedávná muka, je zavřená. Asi v tom zmatku některý jeho pohyb aktivoval uzávěr. Zástěna byla z obyčejného euryplastu, ale zřejmě stačila k tomu, aby značně ztlumila Pacmanovu sílu. Jak je možné, že ho to nenapadlo už dávno?!

Chvilí horečně přemýšlel. Do zrychlení podle palubního času zbývaly necelé dvě hodiny. Dobrá, teď se ukáže, kdo z nás dvou je silnější!, povzbuzoval své nahodané sebevědomí Gill. Vstal a připravil se k akci.

Odsunul ástěnu a smršť Pacmanovy psychické energie ho srazila na kolena. Se za-

tnutými zuby dovlekl své tělo ke stěně. Odsunul zákryt a před ním se objevila řada Morrenových skafandrů. Gill bez váhání vlezl do toho nejodolnějšího. Skafandr PD8000. Gill jen doufal, že také vydrží nápor neodbytné kulaté přišery. Zaktivoval těsnění a hned se mu ulevilo. Bolest beze stopy zmizela.

Těžkými kroky vstoupil zpátky do kabiny. Byl klidný. Pot ho sice páli v očích a cítil každý sval, ale to ho teď nezajímalo. Vykročil směrem k Pacmanovi. Pravou rukou nahmatl osmnáctimegawatovou laserovou pušku, připevněnou k boku skafandru. Nádherný pocit. Zastavil se až těsně před biorezervoárem. Se stopou amoku v očích se za hledím přílby chladnokrevně usmál. Roje bublinek tryskající z Pacmanova těla ho již neděsily. Poodstoupil o několik kroků, vytáhl zbraň a zamířil mezi Pacmanovy vyboulené oči. Stiskl spoušť a oslnivý rudý záblesk udělal tečku za Pacmanovou existencí.

„Pět miliónů kreditů v pekle!“ zamumlal Gill.

Dlouhou chodbou zněly kroky devíti mužů v bílých pláštích. Vzduch páchl desinficienciem a podlaha se leskla jako zrcadlo. V čele kráčel doktor George Russel, ředitel neuro-psychiatrické kliniky Stephena Hawkinga na Měsíci. Vešli do dveří 115. V místnosti se automaticky rozsvítila světla, v jejím středu se objevil dlouhý stůl pokrytý rudým sklem a kolem něho dvacet pohodlných křesel. Lékaři do nich usedli a v čele zaujal místo George Russel. Muži si udělali pohodlí, někteří si zapálili cigaretu, jiní si nalili trochu drinku. Klimatizace ospale bzučela a vháněla do místnosti svěží vzduch.

„Svolal jsem tuto poradu na naléhavou žádost doktora Campbella, který s námi chce konzultovat zdravotní stav jednoho ze svých pacientů,“ promluvil Russel. „Snad byste nám nyní, pane Campbelle, mohl objasnit, co vás k tomu vedlo...“

Campbell byl vedoucí lékař oddělení intenzivní péče. Posunul si černé brýle na kořen upoceného nosu a naposledy párkrát fuknul do dataportu před sebou. Pak se předklonil, opřel se lokty o okraj stolu a rozhovořil se. Krátkými tlustými prsty přitom neustále přejížděl po boku modrého přístroje. „Před pěti dny byl na mé oddělení přijat nový pacient. Gill Simpson. Někteří z vás jsou již s případem obeznámeni, pro ostatní stručně shrnu základní fakta. Simpson je obyčejný galaktický sběrač, který se vrátil z půlroční cesty galaxií. Na palubě své kosmické lodi k nám převážel mimozemský organismus, který cestou z nám neznámých důvodů zneškodnil a jehož pozůstatky ještě stále zkoumají v ústavu RIOS. Jako každý, kdo se vrátil z vesmírného průzkumu byl umístěn do izolace. Z neobjasněných příčin setrvává stále v posthibernančním šoku. Trpí záchvaty nekoordinovaných křečovitých pohybů a musili jsme ho proto připoutat k lůžku. Jak vyplývá z jeho nesouvislých výkřiků, byl v týdnu před

závěrečným zrychlením vystaven mimořádně těžkému stresu. Často blouzní o Samovi, což byl jeho palubní počítač, kterého zoufale volá na pomoc, a o jakémisi Pacmanovi...“

Campbell se na chvíli odmlčel a pak pokračoval: „Mediroboti provedli u Simpsona kompletní sérii testů. Až na mírné zvýšení prokrvení mozku nezjistili žádnou anomálii. V jeho krvi ani v tkáňových štěpech není stopa po žádném cizorodém antigenu. Z hlediska infekce je tedy Simpson sterilní a nepředstavuje pro nás žádné nebezpečí. Ale překvapení na sebe nenechalo dlouho čekat. O tom už ale může lépe referovat doktor Biron.“

Neurochirurg si zajel do hustého černého kníru, jakoby nevěděl jak začít a navázal: „Nebudu vás zdržovat obsáhlým úvodem. Podstatu věci přehledně znázorní holivizní záznam, který jsem pořídil před dvěma dny.“ Vytáhl z pouzdra krystal, zasunul ho do zdířky a siluetu Pacmana nahradil model lidského mozku. Pomalu se otáčel kolem své osy. „Jak správně tušíte, jde o přesnou kopii mozku Gilla Simpsona. Na první pohled žádná makroskopická abnormalita. Nyní se ale podívejme na strukturu jeho šedé kůry...“ stiskl několik tlačítek na dálkovém ovladači a z modelu se oddělila slupka šedé mozkové kůry. Rozdělila se na řadu mikrořezů a jeden z nich se mnohonásobně zvětšil. „Zde vidíme ultratenký řez šedou kůrou ze sektoru 301 C levé hemisféry. Jasně zde rozeznáváme tmavší skvrny, které se výrazně liší od okolní nervové tkáně. Prohlédneme si je při větším zvětšení.“ Biron zmáčkl další tlačítko. „Zaměříme-li se nyní na jednotlivé neurony, pozorujeme, že jsou oproti normě výrazně větší a v jejich cytoplazmě jsou patrné zvláštní struktury. Vzhledem k jejich nápadné podobnosti s endoplazmatickým retikulem jsme je prozatím nazvali pararetikuly. Zatím nemáme ještě tolik informací, abychom plně pochopili jejich funkci, ale výzkum rychle postupuje kupředu. Lze předpokládat, že se uvedené anomalie neomezí pouze na sektor 301 C, ale že budou expandovat i do okolní nervové tkáně. Možná, že bude zakrátko přeorganizovaná celá mozková kůra. Jiné orgánové systémy, než nervový, zatím nejsou postiženy. V jaké funkční projevy tyto histologické změny vyústí, to uvidíme, až se Simpson probere k vědomí.“

Chvilí panovalo ticho a pak se rozproudila bouřlivá diskuse.

George Russel kouřil voňavý doutník a nakvašeně ťukal do klávesnice. Právě revidoval objednávku nového zdravotnického materiálu a v duchu proklínal nekonečné zelené sloupce čísel. Energicky přehodil doutník do protějšího koutku a dál nešetrně bušil do tlačítek. Alespoň ta krabice dostane trochu do těla ...

Kolem jeho stolu přeběhl fenek. Russel zvihl hlavu od práce a okouzleně pozoroval to malé pouštní zvířátko. Zadní pracky odhazovaly spršky horkého písku a skrz

tenké velké uši mu prosvítalo zapadající slunce. Miloval večerní Saharu. Nebo to byla Gobi? To je jedno, moře jemného písku zrudlého ospalým sluncem ho uchvátilo vzdychky. A celá tahle nádhera je tu se mnou - osm podlaží pod měsíčním povrchem, pomyslel si. Neznatelně zavrtěl hlavou a vrátil se k práci. Okolní duny zatím vrhaly stále delší stíny.

Zapípal videofon a na obrazovce se objevila baculatá tvář doktora Campbella. Měl kruhy pod očima a rozčuchané vlasy. Poslední dobou toho moc nenaspal. A nebyl sám, případ Gilla Simpsona strašil celý ústav. Jeho hlas prozrazoval rozrušení: „Myslím, že by ses měl přijít na něco podívat. „

„Už se probral?“ zeptal se s nadějí Russel. Průběžné testy prokázaly, že zakrátko bude přestrukturizovaný celý Simpsonův kortex. Každý tušil, že až se proces ukončí, stane se něco významného. Jedna část lékařů se domnívala, že Simpson metamorfózu nepřežije, druhá očekávala vznik jakéhosi nadčlověka.

„Ne, ještě ne. Stále je v kómatu, ale děje se tu něco neobvyklého.“

„Hned přijdu!“ odvětil Russel a přerušil spojení. Co se mohlo stát? Popadl plášť, vypnul dokonalou iluzi Sahary a rozběhl se k výtahu. Hlavou mu mimoděk proběhla řada vzpomínek na různé horory, ve kterých se člověk přeměnil v nějakou zrůdu. Doufal, že neuvidí Simpsona s mrskejícími se chapadly. Málem se té myšlence zasmál a vkročil do zdviže. Navlékl si leděmodrý plášť, před zrcadlem si upravil prořídle vlasy a pak už jen sledoval žlutá čísla nad dveřmi. O minutu později už vstupoval do dveří buňky, ve které ležel Simpson. Campbell ho odvedl k velkému oknu, před kterým se vzrušeně bavili Campbellovi společníci. Teď s respektem ztichli a kývli Russelovi na pozdrav.

„Podívej se na to, Georgi!“ a Campbell zoufale rozmáchl ruce. Oknem byla vidět celá vedlejší místnost. Uprostřed ležel připoutaný Gill Simpson. Tvář měl voskovou, vlasy rozčuchané, pokrývka ležela zmuchlaná na zemi. Obličej se leskl potem. Centrem pozornosti nebyl však pacient, ale spoušť kolem něj. Po podlaze se válely střepy, rozbitý nábytek a přístroje, které předtím obklopovaly pacientovo lůžko. Pumový útok by nadělal menší škodu.

Russel byl ohromen. První, co si uvědomil, byla škoda, kterou odhadl na půl miliónu kreditů. Obrátil se k ostatním. „Co se tu stalo? Něco vybuchlo? Jak je možné, že to Simpson přežil?! ...“ Campbell ho přerušil. „Moment, ne tak rychle, Georgi. To, co vidíš, je dílem Gilla Simpsona. Všechno zničil on.“

„Cože?!“ odpověděl podrážděně Russel. „A proč jste ho odvázáli? Věděli jste přece, že mívá záchvaty!“ zavřel Russel.

„Georgi, nech si to vysvětlit!“ bránil se Campbell a mával před sebou rukama, „My jsme nic nazanedbali! Všechno jsme viděli ... On byl celou dobu připoutaný a nehnul se z místa! Chápeš? Poprvé jsem na vlastní oči viděl telekinezi... Všechno tu samo od sebe létalo. Přístroje se tříštily o zdi nebo se lámaly ve vzduchu. Pacientova teplota stoupla na 41 stupňů, srdeční frekvence se zrychlila až na 210 tepů a tlak se vyšplhal na 33 kilopaskalů. Trvalo to jen pár sekund, než jsi přišel, vše se zatím uklidnilo.“

Podívej se na encefalogram!“ a podal Russelovi záznam. Vlny o desetkrát vyšší amplitudě proti normálu hustě zaplňovaly papír. Russel zíral na záznam a třásl se mu ruce.

„Georgi,“ promluvil ještě Campbell. Tvář měl rudou a zpocenou více než jindy, malá modrá očka měla vyděšený výraz. „Já začínám mít strach

Každý den se konaly nejméně dvě porady. „Sipmsonův syndrom“ probírali ze všech možných hledisek. Při dlouhých sezeních spolupracovali telemostem se Zemí a několik pozemských odborníků přiletělo na Měsíc. Všichni se shodovali na jednom. Musí čekat, než se Gill probudí. Pak se uvidí, co dál.

Ringo Larrison dostal šílený nápad. Simpsonův syndrom může být přenosný! I když nebyly zjištěny žádné známky mikrobiální nebo virové infekce ani protilátky proti jakémukoliv cizorodému antigenu, mohl by se syndrom přenášet telepaticky!

Okamžitě začaly doplňkové pokusy s laboratorními zvířaty, včetně šimpanzů. Princip experimentů byl jednoduchý. Šlo o to, ponechat určitou dobu pokusné zvíře v Simpsonově blízkosti, a potom ho pozorovat. Žádné podezřelé příznaky se však zatím neprojeví. Buď Larrison způsobil zbytečnou paniku, nebo byla k přenosu nutná delší doba úzkého kontaktu.

Uplynuly další tři dny a Gill se neprobouzel. Většina se přiklání k tomu, že se už z komatu neprobere. Patologické změny mohly postihnout i hypotalamus a možnost věčného spánku se nedala vyloučit.

Gill Simpson se probudil 25.02.2401 v 17.30, měsíc po jeho hospitalizaci. Zcela nečekaně prostě otevřel oči a nedůvěřivě si prohlížel nemocniční pokoj. Za polarizovaným sklem stáli v kontrolní místnosti Campbell, Kent a Siegfried. Zvědavě pozorovali Simpsona a všechny údaje přenášené k nim na obrazovky měřících přístrojů. Čekali na ostatní, které před chvílí zavolali.

Gill je nemohl vidět, okno před ním se vzhledem k němu chovalo jako zrcadlo. Chvilku pozoroval poblíkávání přístrojů kolem jeho lůžka, pak si lhostejně prohlížel dva mediroboty v rohu místnosti. Nakonec se obrátil k iluzi nádherné prosluněné zahrady, kterou v pravé části místnosti generoval místní holovizor.

Přišli Russel a Biron. Po krátké diskusi se posadili do křesel a Campbell odpolarizoval okno. Gill si změny všiml. Chvilku si je bez zájmu prohlížel, pak obrátil pozornost zpět k zahradě. Campbell Gilla nejistě pozdravil: „ Dobrý den, pane Simpsono.

Jak se cítíte?“ Simpson neodpovídal a nehybně zíral do holografické iluze plné života. Campbell se otočil ke kolegům. Russel bezradně nadzdvihl obočí a pokrčil rameny. Campbell se podrbal za krkem a obrátil se zpátky k Simpsonovi.

„Líbí se vám ta zahrada?“

„...“

„Je to přesná kopie zahrad z granadské Alhambry. Byl to tehdy krásný den, že?“ zkoušel to dál Campbell. Simpson neodpovídal. Jen na okamžik zdvihl hlavu, když z jednoho keře vzlétl modrý pták a prolétl stropem pokoje.

Kent se netrpělivě zeptal: „Slyší nás vůbec?“

„Měl by nás slyšet. Během komplexního vyšetření corpotronem nebyly zjištěny žádné strukturální anomálie jak vlastního sluchového aparátu, tak korového sluchového centra,“ vysvětloval Campbell.

„Hned to zjistíme ...,“ ozval se Biron a předklonil se před svůj mikrofon. Potom sebou všichni leknutím trhli, protože Biron z plných plic zařval. Trhnul sebou ale i Simpson. Biron se zakřenil: „Mám své výzkumné metody,“ řekl na omluvu.

Campbell si oddychl, zakroutil hlavou a pokračoval: „Proč s námi nemluvíte, Gille? Smím vám říkat Gille? ... Vás ani nezajímá, kde jste? ... Nemáte hlad? ... Žízeň?“

Campbell bezmocně zavrtěl hlavou: „Vědel jsem, že to nemůže přestat bez duševních změn.“

„Buďme trpěliví... Mluv k němu ještě ...,“ pobízela ho Russel.

Campbell se rezignovaně otočil, chtěl začít mluvit, když Gill zašeptal: „Šachy ...,“ a přitom stále zasněně hleděl do zahrady.

„Prosím!“ nadskočil Campbell. Všichni zpozorněli. Ve všech vzklíčila naděje.

„Šachy ... Chci si zahrát šachy,“ a Gill upřel oči na Campbella. Nepříjemný pohled, pomyslně si Campbell. Ty oči už nebyly unavené, zaplál v nich plamínek oživení.

Campbell se usmál. „Promiňte, Gille, ale šachy ještě nemůžete hrát. Jste příliš vyčerpaný. Probral jste se právě z měsíčního kómatu.“

„Chci hrát šachy,“ jeho chraplavý hlas zněl o něco jasněji a důrazněji.

Do diskuse se vmísl Siegfried: „Asi jste panu Campellovi nerozuměl. Právě jste prodělal těžkou posthibernační krizi. Přiletěl jste lodí Longstream VIII. Vzpomínáte si?“

Simpson šlehl po Siegfriedovi pohledem. „Ne, nevzpomínám!“ řekl podrážděně. „Mám hroznou chuť si zahrát šachy. Je mi dobře. Ale musím si zahrát! Prosím!“ jeho hlas sklouzl do utržené polohy.

„Dobře, budeme o tom uvažovat. Možná vám pak na pokoj dodáme holosimulátor, ale teď se uklidněte a odpovězte nám na několik otázek.“

„Ne a ne!“ reagoval Gill jako vzteklé dítě, které má slzy na krajíčku. „Dejte mi sem šachovnici a přiveďte někoho, kdo umí hrát!“ jeho hlas se vyšplhal do závrat-

ných výšek a chaoticky přeskakoval. Campbell se vzrušeně otočil. „Uspíme ho? Bojím se, že dostane záchvat a něco provede. Nevíme, co dokáže za bdělého stavu...“ Pak si všiml, že Kent vytřeštil oči a prstem ukazoval do místnosti. Obrátil se. Gill Simpson se i s lůžkem vznášel asi metr nad zemí a tělo měl prohnuté v křeči. „Musíme ho zklidnit!“ a vrhl se k počítači, aby dal pokyn medirobotům. Usedl za klávesnici.

Prsty ho ale přestaly poslouchat a v týlu pocítil náhle krutou bolest. S výkřikem se svalil na zem a převrácená židle s kovovým zaduněním dopadla na podlahu. Do uší ho bodaly vyděšené hlasy kolegů, které teď slyšel stokrát silněji než předtím, ale nedokázal je od sebe odlišit. Splývaly mu v hustou kaši zvuků, které mu vířily v hlavě. Temné hrozné dunění vodopádu mu rozechvělo lebeční stěny. Před očima mu divoce tančily rudé kaňky a strop se nad ním vlnil jako moře.

„Johne! Johne! Co je ti?!“ volaly hlasy za tlustou zdí bolesti a Campbell si matně uvědomoval naléhavé dotyky rukou svých přátel. Pak přestal vnímat své tělo a svět se proměnil v temnotu.

„A co Simpson?“ zašeptal Campbell a upřel ospalé oči na Birona, který seděl na kraji lůžka. Teprve nedávno pocítil z bezvědomí a měl povolenou jen krátkou návštěvu. Dostal jeden z luxusních pokojů s pravým dřevěným nábytkem a výhledem do velké nemocniční skleníkové zahrady. Jeho kulatý obličej měl nyní nezdravě popelavý nádech. Z očí jakoby se vytratil pigment a rty měl fialové.

„Čekal jsem, kdy se mě na něj zeptáš ...,“ odvětil s úsměvem Biron, „nemusíš mít žádné obavy. Simpson je zcela pod kontrolou.“

„Pod kontrolou?!“ vydral ze sebe rozčileně Campbell a vzepřel se na loktech. „Ten nemůže být nikdy pod kontrolou! Měli jste ho zneškodnit! Dovedeš si představit, co by se stalo, kdyby někoho nakazil? Víš, jak rychle by se infekce rozšířila, kdyby šlo o telepatickou transmissi?! A důsledky? Vedlo by to k zhroutení celé lidské společnosti!“ Klesl zpátky na polštář a prudce oddechoval.

„Klid, Johne, jen klid ...,“ víš, že se nemáš rozčilovat ... Simpson nám už nemůže ublížit. Pustili jsme mu do pokoje trochu risemitu, takže spí jako nemluvně.“

„Co s ním budete dělat?“

Biron rozhodil rukama a nadzdvihl obočí. „To ještě pořádně nikdo neví. Pravděpodobně ho ale naložíme do jeho lodě a vystřelíme pryč z Měsíce.“

„Kam ho chcete poslat?“ ptal se dál Campbell.

„Nevím. Asi ho prostě nasměrujeme do prázdna. Hlavně když bude daleko od Země. Vesmír si poradí s každým.“

„Proč ho nezlikvidovat už tady?“

„Chceme mít jistotu, že se nikdo nenakazí, že se ani jedna molekula z jeho těla nedostane na Zem. A je to možná i humánnější ... Na palubu mu nainstalujeme šachový holosimulátor a může si tam pak do smrti hrát ty jeho vytoužené šachy.“ Biron se jízlivě zasmál.

„A já?“ ozval se Campbell. „Já nemohu být infikovaný?“

„Tím se netrap,“ ujišťoval ho Biron, „corpotron tě detailně vyšetřil a nenašel nic významného. Příčinou tvé lehké mozkové příhody byl nejpravděpodobněji cévní spasmus v korové oblasti mozku. Regenerační terapii jsme ukončili včera, a jak sám jistě cítíš, tvé zotavování rychle pokračuje. Pozitíí už budeš zase chodit.“

Chvilí mlčeli. Campbell se zamyšleně díval do stropu a Biron si pohrával s knoflíkem na plášti. Pak se podíval na hodinky. „Už musím jít. Mám spoustu práce,“ a vstal.

„Prosím tě, než odejdeš, podal bys mi tu sklenici s vodou? Mám strašně sucho v ústech,“ a Campbell pokynul hlavou ke stolku.

„Jistě, Johnny.“ Ale když sahal pro sklenici zavadil loktem o vázu s růžemi. Biron se ji ale marně snažil zachytit.

Očekávaný cinkot střepů se ale nedostavil. Váza zůstala viset ve vzduchu, asi půl metru nad vyleštěnou podlahou. Biron na ni chvíli užasle zíral a pak se podíval na Campbella. Ten upíral na vázu vytřeštěný pohled a ústa měl zkřivená v křečovitou grimasu. Konečně odtrhl oči od vázy a otočil hlavu k Bironovi. Váza se vzápětí roztříštila o podlahu a voda se rozlila Bironovi pod nohy.

Několik okamžiků si hleděli zděšeně do očí. Potom se Biron obrátil a rychle vyběhl z pokoje. Zbylo po něm jen několik mokrých stop a tísnivé ticho.

Campbell se roztříštil. Jako ozvěna mu v uších zněla Bironova věta.

Vesmír si poradí s každým.

Seděl schoulený v řídicím křesle kosmické lodi Longstream VIII a chladný pohled upíral do temnoty, ve které se hvězdy ztrácely jako plaménky svíček v hluboké studni. Sedával tak dlouhé hodiny. Pomalu stárnul a jedinou útěchou mu bylo, že vesmír stárnul s ním. Rozdíl byl v tom, že vesmír se zatím rozpínal, mohutněl, zatímco Gillovo tělo se zcvrkávalo a chřadlo. Dříve hladký energický obličej připomínal teď zmačkaný igelitový pytlík. Ale na vesmír také jednou dojde. Zastaví svou expanzi a odhodlá se k poslednímu, padesát miliard let trvajícimu výdechu, až zanikne ve výhni svého do sebe zhrouceného srdce, pomyslí si zlomyslně Gill.

S nechutí sledoval přibližující se planetu. Byla mu nějak povědomá. Jeho staré oči uložené hluboko ve vrásčitém obličejí nenávistně propichovaly zvětšující se kou-

li. Jak rád by měl po ruce velké vesmírné tágo. S chutí by odšfouchnul celou planetu do vzdálených koutů vesmíru. Jeho zrezivělá mysl si už dávno odvykla jakýmkoliv změnám. Už čtyřicet let nic nenarušilo posvátnou pohodu jeho modulu. Mnoho z dřívě tak důvěrně známých blikajících tlačítek teď již nesvítilo. Kdyby byl v modulu prach, určitě by zakryl i světlo těch zbývajících. Zvykl si na samotu. Čtyřicet let jen pozoroval vesmír a občas došel ukojit hlad nebo žízeň. A hrál šachy.

Kam asi doletí jeho modul? Zbrzdí jeho trup povrch nějaké pusté planety? Srazí se s asteroidem? Spolkne ho nekonečné hrdlo černé díry? Nebo se zanoří do nukleární pece některé z hvězd, které teď zářily daleko před ním? Tak ještě nedávno uvažoval.

Teď tu ale byla ta planeta. Pozoroval ji už celý den. Pomalu se přibližovala a za oknem teď měla velikost dětského plážového míče. Vetřelec. Ale nemohl nic dělat, nemohl se k ní obrátit zády a letět jiným směrem, do klidné noci. To věděl už dlouho a ještě dobře si vzpomínal, jak před čtyřiceti lety málem zešlél, když zjistil, že loď je neovladatelná, že hyperskokový generátor je nepoužitelný a nemůže tedy letět nadsvětelnou rychlostí, že nemůže komunikovat s počítačem Samem, a že hibernační komora je zablokována. Teď už mu to nevadí. Nevadí mu, že se ho na Zemi zbavili jako nějakého zapáchajícího odpadku, že ho zavřeli do malého modulu, jak do popelnice a vystřelili do prázdna. Někdy je i chápal. Co měli udělat jiného s člověkem, který na Měsíci způsobil rozsáhlé škody, nakazil jednoho z nejlepších odborníků kosmické medicíny a ohrozil tak vážnou epidemií celé lidstvo? Měli prostě strach. A on jim vlastně měl být za to vděčný. Co se mu mohlo stát lepšího, než mít možnost celý zbytek života hrát nerušeně šachy? Na palubu modulu mu nainstalovali dokonale šachový holosimulátor a za tu dlouhou řádku let sehrál již 15 321 partií.

Blížila se chvíle přistání. Ještě před deseti lety by možná plesal radostí. Teď si jen uvědomoval, že skončila dlouhá černá hodinka. Připoutal se a s odporem čekal na průnik do atmosféry.

Konečně se odhodlal a vystoupil na bahnitý povrch. Sám se divil, proč vlastně pouští příjemné teplo Longstreama VIII a vydává své staré tělo, odvyklé námaze, na pospas tvrdým podmínkám této planety. Možná se v něm probudila dlouhá léta potlačovaná touha po dobrodružství. Robot a Findera si s sebou nevezl. Nechtěl jít někam daleko. Chtěl si jen osvěžit vzrušující pocit z objevování neznámého.

Vzdaloval se od modulu. Opatrně našlapoval a nohy mu po kotníky zajížděly do mazlavé půdy. Tady už jsem jednou musel být, napadlo Gilla. Na čisté obloze zářila bílým světlem dvojhvězda. Obzor se černal mraky, které občas osvětil modrý blesk. Měl štěstí, bouřka se vzdalovala. Každým krokem v něm vzrůstala radost z pohybu. Netrénované svaly ho brzy začaly bolet, ale příjemný pocit, že se jeho stoleté tělo dokáže ještě pohybovat, byl silnější.

Často odpočíval. Modul se už dávno ztratil za skalisky a Gill doufal, že mu orientační systém vydrží až do konce jeho procházky. Těžce oddechoval a rozhlížel se kolem sebe, jestli snad přeci jen nezahledne něco zajímavějšího, než jednotvárnou drsnou krajinu. Seděl na jednom z mnoha balvanů a před ním se leskla plocha malého jezírka. Romantické zátiší, pomyslně si. Zasněně sledoval šplouchající vlny, ale kdesi v zákoutí mozku vytušil, že tu něco nehraje.

Něco ho proti jeho vůli vybízelo, aby vstal. Uposlechl a vykročil k jezírku. Nechápal, co se děje, proč ho svaly neposlouchají. Chtěl se obrátit a utéct. Nemohl. Tajemná síla ho postrkovala stále blíže ke břehu. Chodidla se ponořila do zelené tekutiny a brzy byl v jezírku po kolena. Chvěl se po celém těle. Hrdlo měl suché a nemohl polknout. Tělo se pohybovalo jako loutka a nořilo se stále více do hloubky.

Pak ztratil půdu pod nohama. Z hrdla se mu vydral přiškrcený výkřik, který nikdo neslyšel a Gill zmizel pod hladinou. Nemotornými pohyby se snažil vyplavat na povrch, ale těžký skafandr ho neúspěšně táhnul ke dnu. Rychle klesal do temnoty. Ještě se zoufale stačil podívat na zrcadlící se hladinu nad sebou. Tušil, že svět nad ní už nikdy nespasí.

Konečně tupě narazil na dno. Mohl být asi patnáct metrů pod hladinou. Gill zvýšil výkon zářičů na přílbě a nažloutlé světlo rozptýlilo tmu do vzdálenosti asi deseti metrů. Dno bylo holé, bez vegetace. Zásobu kyslíkové směsi měl na osm hodin. Ustrašeně se rozhlížel. Za zády měl skálu, před sebou zelenou tmu.

Na hranici prostoru osvětleného zářiči zahlédl nějaký stín. Přimhouřil oči a snažil se objekt identifikovat. Přibližoval se. Teď už byl v plném světle a za ním se objevovali další. Kulatí, žlutohnědí tvorové, podobní dýním. Měli obrovské zelené oči protkané modrými žilkami a z těla jim unikaly bublinky.

Pacmani!, uvědomil si s hrůzou a tělo mu ztuhlo strachem. V mysli se mu mžikem promítl příběh, který kdysi zažil. Vzpomínky byly zamlžené nánosem času, ale na utrpení, které kdysi zakusil, nezapoměl. Ani na tu nenávist, kterou tehdy k Pacmanovi cítil. A teď se před ním najednou objevily desítky Pacmanů. Pohupovali se nevyzpytatelně na úrovni jeho hlavy. Jeden z nich váhavě připlul až k Gillovi a se zájmem si ho prohlížel.

Gill si pojednou uvědomil, že se už nebojí. Dělo se s ním něco zvláštního. Nechápal jak je to možné, ale při pohledu do těch vyboulených očí přestával cítit strach i nenávist. Uvědomil si, že přes všechno to utrpení, které mu v dávné minulosti způsobil, byl mu Pacman v něčem velmi blízký. Dokázal se totiž, právě jako on, zbláznit do hry, která je jedním ze symbolů lidského myšlení a stala se pro Gilla smyslem života. Jak nyní Gill pochopil, vytvořilo se tehdy mezi nimi osudové pouto.

Pacman se před Gillem pohupoval a nebudil už žádnou hrůzu. Vypadal opravdu spíše jako hračka pro děti. Gill pocítil neodolatelnou touhu si na něj sáhnout. Opatrně vztáhl ruku a přiblížil ji k Pacmanovi. Chvilí ještě váhal a pak se prsty dotkl jeho měkkého těla.

Výbuch. Jedině tak se dal vyjádřit pocit, který zahltil Gillovo nitro. Exploze barev

a zvuků ho vymrštila mimo reálný svět. Ani ta nejdůmyslnější droga by nemohla vyvolat tak intenzivní prožitky. Vznášel se kdesi na hranici vesmíru, zahlcen ohňostrojem vjemů. Tělo už nevnímal. Cítil, jak se jeho identita třfští a rozpíná do nekonečna. Jak se jeho duchovno rozprostírá po celé planetě. Ti tvorové ho vtáhli mezi sebe. Byl teď jedním z nich. Stal se součástí dokonalé harmonie jiného světa. Nemohl se již vrátit. A ani nechtěl.

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





3 - 4 / 9 5

**časopis
3. lékařské
fakulty
university
karlovy
praha**

e v u e

VITA NOSTRA REVUE 3 - 4 / 95
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, Jiří Šimek,
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 přispěvatelům.

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

P R O M L U V Y

Těm co mají v úmyslu vstoupiti na lékařskou fakultu	6
<i>K. Henner</i>	
Promoční projevy	9
<i>Richard Rokyta</i>	

F A K U L T A

Modernizace studia na lékařských fakultách	18
<i>Jiří Horák</i>	
Jak dál v postgraduálním vzdělávání lékařů	22
<i>Jiří Horák</i>	
PŘEDSTAVUJEME PRACoviŠTĚ 3. LF UK A FN KV V PRAZE:	
Rozhovor s doc. MUDr. M. Tvrdkem, přednostou kliniky plastické chirurgie	25
<i>Připravil Pavel Gregor</i>	

A K T U Á L N Í O T Á Z K Y

Safety Match	28
<i>Kateřina Svobodová</i>	
ČTYŘIKRÁT O TOM, O ČEM SE MLUVÍ:	32
Pro pocit jistoty vašeho srdce	34
Lék proti AIDS léčí také leukémii	35
Medicína a informační superdálnice	36
Pivo pro doktora Kocha	
<i>Robert Pytlík pro časopis Vesmír</i>	

Z E Z A H R A N I Č Í

Mezinárodní spolupráce s University of Chicago ve výzkumu elektrotraumatu	38
<i>Radana Königová</i>	
Některé postřehy z pobytu v Holandsku	42
<i>Pavel Gregor</i>	

Jak se člověk odhodlá k americké nostrifikaci (aneb konec lékařů v Čechách)	
<i>Tereza Hubková</i>	49
Birminghamští studenti na praxi v Praze	
<i>Připravil David Marx</i>	52

S E S T Ř I Č K Y

Projekt HOPE	
<i>Eva Šiplová</i>	58
Ošetrovatelská dokumentace ve FN KV	
<i>Eva Šiplová</i>	63

S T U D E N T I

SEMINÁRNÍ PRÁCE Z LÉKAŘSKÉ ETIKY	
<i>vybrala Helena Haškovcová</i>	68
Placebo a etika	
<i>Barbora Komárková</i>	69
Úvahy o reklamě	
<i>Kateřina Červená</i>	74
Otec u porodu	
<i>Martin Sklenář</i>	78
Jak se pacient může dovolat zkvalitnění lékařské péče v situaci, kdy nemá možnost volby jiného lékaře	
<i>Peter Žigo</i>	83
Etické aspekty biomedicínského výzkumu	
<i>Šárka Chrtová</i>	86
MOTTO: Člověk člověku vlkem (neurážejte vlka!)	
<i>Anna Burgerová</i>	90

T E X T Y

Edmund Husserl a problém času	
<i>Vladimír Špalek</i>	98
Nové knihy nakladatelství JEŽEK	106

PROMLUVY

TĚM CO MAJÍ V ÚMYSLU VSTOUPITI NA LÉKAŘSKOU FAKULTU

**Ze sborníku Masarykova státního gymnasia
v Praze II., Křemencova ul., rok 1946**

Prof. Dr. K. Henner,

přednosta neurologické kliniky lékařské fakulty University Karlovy

Prof. MUDr. K. Henner, přednosta neurologické kliniky UK, abiturient Masarykova státního reálného gymnasia v Praze II., Křemencově ulici, přispěl svým článkem do Sborníku, vydanému k 75. výročí tohoto ústavu v r. 1946. Masarykovo státní reálné gymnasium, kde maturovala řada slavných osobností, bylo jako „hnízdlo pražské buržoasie“ v r. 1949 komunistickým režimem zrušeno.

Před zápisem do zimního semestru r. 1945-46 bylo patrné Lékařské fakultě pražské university Karlovy, že nával posluchačů bude nad únosnost fakultních zařízení. V plenárním sedění učitelského sboru bylo proto jednomyslně usneseno, že nelze naráz zapsati abiturienty několika ročníků. Studenti manifestovali, ministerstvo školství a osvěty jim vyhovělo. Porušilo tak vlastně zákon o autonomii vysokých škol a nařídilo zápis všech ročníků. Vznikly monstre semestry až o 3.500 posluchačích, přednášelo se v Lucerně. Vyučování nemohlo být názorné, nebyl materiál, ani dostatek učitelských sil. Naše kulturní pověst v zahraničí právem utrpěla. Cizí hosté, ať z východu, nebo západu, neb odjinud, všichni se děsili. V USA mají např. v 1. semestru na největší fakultě 120 vybraných posluchačů, kteří se dostávají k vysokoškolskému studiu po přísných výběrových zkouškách. Jinde, 60-120, u nás 3.500! Mnozí z oněch tisíců už odpadli, kolem 1.100, další odpadnou. Jsou to však pro ně bolestivé ztráty, a hlavně ztráty pro celek.

Po loňských zkušenostech byly letos zavedeny informační, psychosomatické zkoušky abiturientů. Byl jsem členem jedné z těchto komisí. Byly to zajímavé zkušenosti. Můj článek se opírá o tyto zkušenosti, dále o zkušenosti examinátora při rigorosech a konečně o znalosti naší vysokoškolské mládeže po dobu už 34 let, počítám-li vlastní studentská léta.

Co žádáme po budoucím kandidátu medicíny?

1) V ohledu tělesném:

Musí už býti patrný určitý vztah k hygieně a asepsi. Je jasno, že kandidátu medicíny nemá páchnout z úst, ani nemůže mít špinavé, zapáchající nohy, dlouhé, nečisté nehty a nemůže chodit neholený. Namíta-li někdo, že tu jde o vnějšek, odpovídáme, že z vnějšku se právě nejnáze špína rozšiřuje a přenáší se infekce. Prostý anglický pěšák se holil v africké poušti třeba nasucho, v noci před ranním útokem. Tedy čistý vzhled nejen za Cyrana, nýbrž i r. 1947. Budoucí lékař nemá ani šilhati, ani šišlati, nemá mít bezděčné pohyby, jeho hybnost má býti účelnou a ladnou. Buďte si vědomi, že vaše konstituce musí býti v souladu s tím, že medicína je těžká, vyčerpávající, že nezná ohledu na pravidelnost v jídle, že nezná rozdílů mezi dnem a nocí, za mnoha okolností. Člověk rychle vyčerpateľný, netrpklivý, je vyslovený antitalent lékařský.

2) V ohledu psychických a ethických vlastností:

Lékař musí mít obdiv k přírodě a touhu sám ji blíže poznávati. Morálně slabý člověk vždy bude špatným lékařem. Vášnivá láska k pravdě, nelekající se obětí, je předpokladem úspěšného studia přírodních věd a zvláště lékařství. Mýlnou by byla představa, že lékař snadno vydělává peníze. Hmotné vyhlídky budou jistě postupně u nás stále horší.

Nepředstavujte si medicínu podle obrazů z biografů! Ti, kteří vstupují na medicínu s nadějí, že se stanou „hrdinnými tenory“, tj. skvělými chirurgy, jsou zpravidla více či méně slabomyšlní primitivové, kteří většinou nedostudují. Vstupujte na medicínu s největšími nadějemi a touhami, nikoli státi se mimy, nýbrž státi se objeviteli. Všude je stále velký pokrok. Nevěřte však, že někdo něco objeví jen tak na operačním stole. Stane-li se to, je to jen proto, že jde o člověka, jenž stále a mnoho studoval, v knihovně, pitevně, u mikroskopu, v laboratoři, u lože nemocného a jinde.

V medicíně jsou nádherné theoretické obory, jako fyziologie, biochemie, mikrobiologie, elektrologie, četná odvětví pokusná, v těch je nejvíce jiskry a průhledů do budoucna.

Navykejte si záhy pracovati ve skupinách. Vše je dnes tak složité a specializované, že jedinec zmůže čím dál tím méně.

Až budete na vysoké škole, uvědomte si jasnou věc, že tam jste pro studium. Mějte zájem o spolkový život, ale dbejte toho, aby práce zde byla vždy jen nepatrným zlomkem Vaší činnosti. Z neaktivnějších studentských pracovníků jsou velmi často dlouholetí studenti, kteří někdy i nedostudují a často jsou špatnými lékaři.

Na střední škole mějte všichni zájem nejen o somatologii, nýbrž zvláště též o chemii, fyziku, matematiku. Učte se už na střední škole ovládati větší úseky disciplíny, neučte se jen z hodiny na hodinu. Vycvičte se v opakování látky, jen časté a účelné opakování dovoluje suverenní zvládnutí látky.

Učte se cizím jazykům, především angličtině, frančtině, ruštině. Neuškodí, budete-li němčinu ovládati natolik, abyste rozuměli čtenému. Je ještě velká literatura švýcarská, severská i jiná, psaná německy.

I lékař musí mít jakési všeobecné vzdělání. I lékař musí čísti beletrii, jíti tu a tam do divadla, a má mít jakýsi přehled i v literatuře filosofické.

Lékař nesmí býti ztřeštěný. Cvičte se v ovládnání se! Neodpovídejte nikdy bez uvážení. Tlumivá činnost kory lidského mozku je z nejvyšších. Pilným radím, aby dbali, aby se hned v prvých semestrech nevyčerpali, nepředřeli a aby zachovávali nutnou míru v osobní hygieně.

Studium mediciny je dlouhé, obtížné a je proň mnoho povolanych, ale doslovně málo vyvolených. Lékařská praxe, ať všeobecná, nebo speciální, je z nejtěžších a vyžaduje celého člověka. Lékařská práce je špatně honorovaná, ve službách státních u nás přímo mizerně. Ať už jde o lékaře nemocničního, úředního, vysokoškolského docenta nebo profesora. Stát platí často lépe 21-letou úřednici bez maturity se sedmi-hodinovou pracovní dobou, než universitního profesora, přednostu kliniky. Služební výdaje se u nás neuhrazují. Podle toho nutno, abyste též volili. U pacientů se často setkáte s trpkým nevděkem a s nespravedlivou kritikou. Léčiti musíte nejen krásné dívky a rozkošné děti, nýbrž i nemocné, nevrle, neposlušné, odpuzujícího vzhledu i pachu.

Věřím, že i u nás poměry se budou lepší, vždyť pro svrchu vzpomenuté nespravedlivé honorování není nikde vzorů, ani na východě ani na západě, ani na severu ani na jihu. Je to jen smutný náš svéráz. Vše chladně uvažte, než se rozhodnete, že na medicinu vstoupíte. Budete-li však přece s nadšením studovati, pracovati, cvičiti se, a bude-li vše podloženo pravými ideály, zveme Vás přese vše na medicinu. Poznáte, budete-li nadaní a pilní, jak je lékařství vznešené a krásné.

Pro pilné a nadšené pracovníky je v čsl. lékařství ještě na desetiletí mnoho čestných úkolů a míst. Místa ta jsou i na mezinárodních kolbištích. Kdo si toho zaslouží, může objevit původ záhadných nemocí, může objevit novou nemoc, nového mikroba, úspěšné léčení chorob posud neléčitelných. A v koutku nejskrytějším, můžete věřiti, že právě Vy můžete býti prvním Čechem, kterému se dostane Nobelovy ceny, jíž posud žádný Čechoslovák neobdržel.

Líní, slabí, malověrní a zlatokopečtí, odstupte od lékařství. Kdo má odvalu a předpoklady fysické morální a psychické, nechť přistoupí. Pro nadané, pilné a nadšené je přese vše hojně prostřeno. Jsou dosažitelné mety a stojí za celoživotní odříkání a zasvěcení.

PROMOČNÍ PROJEVY

Richard Rokyta

Bakalářské studium

Vaše Magnificence, Spectabiles, Honorabiles, vážení hosté, vážené kolegyně a vážení kolegové.

Za několik okamžiků převezmete diplomy prvních absolventů bakalářského studia rehabilitace na 3. LF UK v Praze. Tyto bakalářské diplomy se na Karlově univerzitě udělují po několika stech letech.

Bakalářské studium na UK začalo s jejím založením v roce 1348. První písemné doklady o bakalářských zkouškách pocházejí z roku 1367 na filosofické fakultě. Přímé doklady o bakalářském studiu na lékařských fakultách z této doby nejsou, ale z nepřímých indicií lze usuzovat, že studium trvalo pravděpodobně 2 roky. Bakalář poté zůstával na fakultě a pomáhal při výuce jak studentů bakalářství, tak medicíny. Jeden z bakalářů lékařství byl dokonce osobním terapeutem královny Elišky.

V letech 1348-1419 bylo uděleno celkem 68 titulů bakalářství na KU. Po husitských bouřích bylo studium bakalářství podobně jako studium lékařství zastaveno a bylo obnoveno až v době pobělohorské v roce 1622 a již v roce 1623 byl udělen první titul „bakalář“ na filosofické fakultě. Koncem 17. století bylo bakalářské studium opět zastaveno. Obnoveno bylo až po schválení nového vysokoškolského zákona v roce 1990.

Lze konstatovat, že Karlova universita patřila v různých historických údobích k průkopníkům bakalářského studia.

Ve světě je bakalářské studium velice rozšířené zejména na anglosaských univerzitách ve Velké Británii, ve Spojených státech a v Kanadě.

Existuje dvojí typ bakalářského studia: první typ představuje základní krok pro další studium magisterské a doktorské, druhý typ představuje uzavřený a ucelený typ studia, jehož absolvování opravňuje k výkonu povolání. Tento způsob je pěstován i na 3. LF UK.

V současné době jsou na naší fakultě rozvíjeny 3 varianty bakalářského studia:

1. bakalářské studium rehabilitace
2. bakalářské studium veřejného zdravotnictví
3. bakalářské studium zdravotních věd

První absolventi bakalářského studia rehabilitace představují významnou etapu v životě naší školy. V tradicích této fakulty i v jejím současném zaměření je prosazování prevence v nejširším slova smyslu. Právě rehabilitace má kromě své významné léčebné funkce i funkci preventivní. U některých onemocnění je rehabilitace nenahraditelná žádnou jinou metodou. To se týká především onemocnění páteře a pohybového aparátu, ale stejně tak je důležitá i rehabilitace nemocných po nejrůznějších chorobách nervového a kardiovaskulárního systému. Rehabilitační metody jsou i prevencí mnoha civilizačních chorob, a proto je rehabilitace jedním z pilířů preventivní medicíny.

O vzrůstajícím významu rehabilitace svědčí i rozvoj rehabilitačních center. To je jistě pozitivní jev. Na druhé straně je nebezpečné, že v těchto zařízeních pracují lidé, kteří nejsou dostatečně vzdělaní a jejichž kvalifikace není na patřičné úrovni. Přitom je dobře známo, jak špatně provedená rehabilitace může ublížit.

Jedním ze základních principů lékařství je „primum non nocere“ - především neškodit. Proto má bakalářské studium rehabilitace a získaná kvalifikace nesmírný význam v tom, že rehabilitační péče, kterou budou absolventi poskytovat, bude vysoce kvalitní a kvalifikovaná. Měli možnost se vzdělávat na špičkové rehabilitační klinice FN KV a na ostatních klinikách a ústavech FN KV a 3. LF UK a lze očekávat, že se ve své praxi stanou průkopníky rehabilitačních metod na vědeckém podkladě.

První promoce bakalářů po několika staletích je důležitým krokem v rozvoji tohoto typu studia, který přispívá k dalšímu rozvoji vzdělanosti.

Přeji vám, aby Vás pobyt na Karlově universitě celoživotně ovlivnil.

Budte hrdi na to, že jste absolventy University Karlovy a mějte na paměti, že Vám mohla poskytnout pouze základní informace, které musíte nadále rozvíjet ku prospěchu svému i svých klientů. Tím pak naplníte vše, k čemu vás titul bakaláře zavazuje.

Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque eveniat.

Studium medicíny

(souhrné zpracování tří přednesených projevů, členění a proklady v textu provedl J.J.)

Vaše Magnificence, Spectabiles, Honorabiles, vážení hosté, vážené kolegyně a vážení kolegové.

Dnešním dnem se završilo Vaše několikaleté a cílevědomé snažení a za několik okamžiků získáte **titul doktora medicíny**.

Co všechno Vám tento titul přináší, co všechno Vám zároveň bere a jaké povinnosti budete muset plnit, abyste svému titulu dostáli?

Je to krásný a vznešený titul a znamená, že jeho nositel zvládl všechny taje, záhady a obtíže medicíny v celém rozsahu a že je schopen poskytnout pomoc nemocným. Přinejmenším to znamená, že dokáže poznat nemocného člověka od zdravého, rozlišit banalitu od závažné choroby, posoudit, zda člověk, který k němu přichází, potřebuje

skutečné léčení, či zda mu stačí dobré slovo či homeopatie. S tím vším budete v nejbližší době, ale i po celý svůj další medicínský život konfrontováni.

Tento titul přináší jistě radost, že jste dokázali svým nadáním, úsilím a intelektem zvládnout všechna úskalí, abyste jej získali. Přináší i možnost, že budete vykonávat jedno z nejkrásnějších povolání. Bere Vám však značnou část vašeho soukromí, protože budete se svými nemocnými mnohem častěji, než si to Vaše rodina bude přát. A i ve svém volném čase se budete muset vzdělávat nejprve proto, abyste získali potřebnou kvalifikaci ve formě atestací, dále pak po celý zbytek Vašeho profesního života proto, abyste své povolání vůbec mohli vykonávat. Neboť málokde platí nerudovské „kdo chvíli stál, již stojí opodál“ tak pravdivě jako v medicíně.

V Hippokratově přísaze, kterou za chvíli složíte, slíbíte, že budete pomáhat nemocným podle svého nejlepšího svědomí a vzdělání. Náš právní řád ji doplňuje o zásadu, že budete léčit podle posledních poznatků **lékařské vědy**. Co znamená tato formulace? Je jí možné vůbec dodržet?

Absolutně určitě ne. Je však možné se jí co nejvíce přiblížit - zejména hromaděním a konzumací stále většího množství faktů. I když náš mozek zdaleka nevyužívá svoji kapacitu (odhaduje se, že ji využívá na 5-20% - copak asi dělá ten zbytek?), byl by zřejmě schopen pojmut ještě další fakta, nebyl by však schopen si je vybavit.

Jak tedy zvládnout ten obrovský nápor nových informací, které se hrnou v Current Content, z Medlinu a dalších informačních zdrojů? Pouze logickým a vědeckým uvažováním. To umožní výběr a třídění informací tak, aby byly prakticky použitelné.

Jak se to ale naučit? Jedině používáním vědeckých metod, které se zdají být ve své obecnosti velmi nezáživné, ale které jsou rozhodující pro kvalitní zprostředkování informací. Jsou to metody matematické statistiky, metody epidemiologické analýzy, metody vědeckého zpracování dat. Ale je to i obecná metodologie vědy, používaná v jednotlivých oborech medicíny.

Stále se vede diskuse, zda investice, vložené do vědy, se vyplatí a zda ji lze prakticky využít. Zejména se tato diskuse týká tzv. základního výzkumu.

Dalším problémem je, zda má vůbec cenu pěstovat vědu v malých státech. Bývalý ministerský předseda L. Štrougal na to měl jednoduchou odpověď: „U nás se základní výzkum dělat nemusí, ten se dělá v Sovětském svazu.“ Uvážíme-li, že v SSSR byl základní výzkum úspěšný pouze v oblasti matematiky a v některých oblastech fyziky, pak vidíme, jak byla tato tendence nebezpečná. Ale i americký prezident Lyndon Johnson, který se mimo jiné chlubil tím, že nepřečetl žádnou knihu, zmrazil dotace na základní výzkum v USA, což stálo další rozšíření americké administrativy, aby tento deficit dohnaly.

Ve společenském vědomí převládá představa pěstování pouze takové vědy, která má praktické využití. Nikoho nenapadá, co všechno se musí stát, než se nějaký objev prakticky využije. Když neurotická úřednice polyká své dávky analgetik, ani netuší, že vývoj jejího léku stál 9-12 let mravenčí práce, na jejímž začátku byla teoretická úvaha o chemické struktuře léku, později jeho syntéza a nekonečné zkoušky na mate-

matických i zvířecích modelech, a pak zkoušky na člověku - ale nezazlívejme jí to, vždyť většina lidí skutečně neví, o čem je řeč.

Podle úvah institucí všech vyspělých států může vysokou školu kvalitně vystudovat 15% populace. Vědu může kvalitně pěstovat 5% populace a z toho 1% špičkově. Takže je zcela jasné, proč objevy A. Einsteina byly ve své době oceňovány pouze hrstkou špičkových matematiků a fyziků. Ale uvědomíme-li si, že na základě jeho teorie se vesmírem pohybují koráby, stanice a družice, pak asi náš náhled bude jiný.

Stejně vyjeveně se lze dívat na matematické zpracování optimalizace cesty obchodního cestujícího, které vypracovali 3 američtí matematici, z nichž jeden - V. Chvátal - je českého původu.

Zde si lze při trošce inteligence praktickou aplikaci domyslet. Horší je to s praktickou aplikací Fermatovy věty.

K čemu věda a vědecké myšlení tedy směřuje? Především k optimalizaci myšlení, racionalizaci využití kapacity mozku, schopnosti abstrakce a schopnosti zpracování složitých jevů včetně chaosu.

Zpracování takto složitých jevů je nesmírně důležité zvládnout především v medicíně. Nelze souhlasit s názory postmodernistů, že věda je překonaná a že se zpronevěřila svému účelu. Je sice pravda, že mnohé výsledky vědy byly a mohou být zneužity, ale to není chyba vědy, ale těch, kteří jí zneužívají. Přece nemůže být zastaven výzkum lidského genomu jenom proto, že se můžeme obávat jeho zneužití. Spíše musíme hledat mechanismy a zákony, jak tomuto zneužití zabránit. Někteří postmodernisté mohou možná diskutovat o úpadku ve společenských a literárních vědách, ale praxe ukazuje nepravdivost jejich tvrzení ve vědách přírodních a v medicíně. Moderní zobrazovací metody jsou výsledkem ofensivní práce matematiků, fyziků, biologů a lékařů a denně přinášejí svou neinvasivností úlevu stovkám a tisícům pacientů na celém světě. A nepochybuji, že i zanícený postmodernista se nechá raději vyšetřit nukleární magnetickou resonancí než invazivní radiologickou metodou. A takových příkladů bych mohl uvést desítky.

Vědecký přístup k řešení problémů jste měli získat i během vašich studií. Na naší fakultě se snažíme nově zavádět některé mechanismy, které by jej mohli prosadit. Jedná se o individuální povinně volitelné kurzy, prováděné formou vědecké práce.

V mnoha státech světa je povinná vědecká praxe po skončení studia medicíny. U nás zatím ne. Apeluji proto na Vás, abyste ve své další práci využívali alespoň to, co jste získali na naší fakultě z vědecké metody ať už na teoretických či klinických oborech. Stále se vzdělávejte a sledujte vědecký pokrok, protože pouze tak budete hodni dosáhnout slibu, který za chvíli složíte.

Většina z Vás nastoupila na naši fakultu na podzim roku 1989, tedy ještě v době, kdy nesla název „Lékařská fakulta hygienická“. Dnes promujete na 3. LF UK. Byli jste přijímáni na základě jiných směrných čísel a pro výkon jiné činnosti, než kterou budete většinou vykonávat. V tom jsou také největší rozdíly mezi fakultou, na kterou

jste vstupovali a fakultou, z níž odcházíte. Jaké jsou Vaše šance do budoucna? Záleží především na Vás a na tom, co jste si z fakulty odnesli a jak své poznatky uplatníte.

Medicína má totiž velkou zvláštnost ve své individuálnosti. Je důležité, aby každý absolvent fakulty a každý lékař byl individuálně dobrý, poněvadž každý z Vás bude muset rozhodovat sám, sám bude stát tvář v tvář nemocnému člověku, sám bude stát tvář v tvář smrti.

Na Vašem rozhodnutí bude záležet další osud člověka. Tím se medicína liší od mnohých povolání, kde rozhodování je mnohdy více kolektivní. Věřím, že ze studií jste si odnesli především správný přístup k nemocným, logický medicínský způsob uvažování a vědecký náhled na způsob řešení problémů.

Zamysleme se nad tím, jak Vás na povolání lékaře a jeho úskalí připravila **lékařská fakulta**, která je jedním z pilířů universitního studia.

Každá revoluční změna přináší dobře myšlenou snahu změnit vše, co bylo před tím špatné. V první fázi se odstraňují nejotřesnější a nejkřiklavější případy bezpráví, krivd, lží, nenávisti a ústrků. Místo nich je snaha nastolovat svobodu, spravedlnost, lásku a pravdu. V obecných kategoriích s touto zásadou všichni souhlasí, mnohdy dokonce i příslušníci předchozí vládnoucí moci. Daleko těžší je vlastní realizace těchto zásad.

V revolučním úsilí a vytyčování nových cílů s náměty o jejich naplnění byla velmi aktivní i Universita Karlova. Ostatně její učitelé a studenti v tom mají velikou tradici. Vzpomeňme reformátorské snahy universitních intelektuálů v době Husově, revoluční tendence university v době předbělohorské, aktivní účast studentů a učitelů v událostech v roce 1848, úlohu university v letech 1918, 1939 a 1968. Postoje této významné instituce byly vždy na straně pokroku a historicky na ně může být universita hrdá.

Splnění první fáze revoluce je paradoxně vždy snazší než trvalé naplňování jejích ideálů. Proto jsou také s prvními výsledky spokojeni prakticky všichni, teprve v dalších etapách dochází k diferenciaci náhledů na správnost a účelnost různých opatření a reformem.

Vy jste za 6 let svědky přeměny Lékařské fakulty hygienické na 3. LF UK. Nelze vypočítat všechny změny, kterými fakulta a universita prošly. Chtěl bych se dotknout dvou problémů, které jsou obecné na všech lékařských fakultách:

1) snahy o to, aby z lékařských fakult vycházeli lékaři vybavení praktickými dovednostmi, kteří by mohli okamžitě vykonávat lékařskou praxi a především provádět chirurgické zákroky;

2) snaha, aby všechny obory na všech fakultách byly na špičkové úrovni. Obě tyto snahy jsou chvalyhodné, ale nespílitelné.

První problém je střetem o míru vzdělání intelektuálního a praktického. Od 5. století existovala v Salernu v Itálii lékařská škola, která vyučovala umění ranhojičského a dalším praktickým lékařským disciplinám. S rozvojem universit, z nichž jako první na světě byla založena universita boloňská v roce 1151, postupně lékařská škola salernská upadla a ve 14. století úplně zanikla. Proč? Protože universitní výuka poskytovala mnohem širší rozsah vzdělanosti včetně principů filosofických, etických

i právních. I na východ od našich hranic je dobře známé slovo felčar - a uvědomme si, s jakým despektem toto slovo používáme. A všichni ti, kteří chtějí změnit poměr intelektuálního a praktického ve prospěch prakticismu, se blíží k tomuto modelu.

Uvidíte sami, že praktické úkony se naučíte v nemocnici velmi rychle - během několika prvních měsíců praxe. Ale kladení si otázek, jejich vysvětlování, způsob přemýšlení a řešení problémů byste se měli naučit na fakultě a universitě.

A tím se dostáváme k druhému problému a požadavku: aby všechny obory na lékařských fakultách byly špičkové. Proč jsem řekl, že tato podmínka je ve své absolutní podobě nespílitelná? Protože úroveň jednotlivých oborů závisí na úrovni osobností, které na nich pracují. Z nich se rodí tradice, která přináší úspěchy v budoucnosti. Tradice nemusí být ani staletá, někdy stačí velice krátká doba k vytvoření špičkového pracoviště. Nedávno jsem se zúčastnil oslav 50 let založení 3. interní kliniky 1. LF UK. Je neuvěřitelné, co vynikajících osobností, učitelů a lékařů dala tato klinika za tak krátkou dobu československé i české medicíně. V tom vidím naději pro naši malou fakultu, jejímiž absolventy se dnes stáváte. Ale i na naší fakultě byly a jsou významné osobnosti.

Osobnosti a jejich intelekt posouvají svět kupředu, i když mnohdy reflektují a zobečňují jednotlivé myšlenky epochy, v níž žijí. Ale mnohdy musí bojovat i proti většině společnosti.

Naše zdravotnictví má v současné době poněkud podobné postavení.

Neustále je například zdůrazňován nadměrný počet absolventů lékařských fakult i nadměrný počet lékařů v naší republice. Tato informace je přinejmenším rozporuplná v několika bodech.

1) Od roku 1991 všechny lékařské fakulty snížily počty přijímaných uchazečů zhruba o polovinu. Váš ročník je předposledním tzv. „silným ročníkem“. V současné době studuje na pěti LF UK 5.037 studentů, z toho na 3. LF UK 755 studentů, na stomatologii 378 studentů. Cizinců samoplátců je 629, z toho na naší fakultě 126.

2) Dosud je minimální počet hlášených nezaměstnaných lékařů v České republice asi 80.

3) Nedostatek míst je regionální a v některých oborech.

Rychlé redistribuci lékařů brání nevyjasněný a nevyřešený trh s byty.

4) Ve fakultních nemocnicích a na lékařských fakultách je nedostatek kvalifikovaných lékařů způsobený zejména špatnými finančními podmínkami v těchto institucích.

Plánování počtu lékařů a jakýchkoliv počtů je vždy ošemetné. Podle některých odhadů by mohl nastat v roce 1996-98 přebytek lékařů, ale po roce 2005 opět jejich nedostatek. Chtěl bych jen upozornit, že plánování počtu lékařských míst není starostí lékařských fakult, zájem o studium na nich je tak vysoký, že regulace počtu nemá ani z hlediska trhu své opodstatnění.

Kde se bere tento rozpor mezi katastrofickým scénářem některých manažérů zdravotnictví a mezi reálnou skutečností?

Mnoho lékařů přešlo do privátní sféry, ale ani v nemocnicích, ať už státních či soukromých, není spokojenost s rychlostí a kvalitou poskytování péče na základě nedostatečného počtu lékařů v určitých oborech. Mohli bychom rozvíjet diskuzi o systémových chybách v organizaci a odměňování zejména lůžkových zařízení, ale omezím se na konstatování, že i když všude na světě je rozdíl mezi odměňováním soukromých a státních lékařů, nikde ten rozdíl není tak dramatický, aby vedl k tomu, že ve fakultních nemocnicích a na lékařských fakultách zůstávali jen fanatici, blázni do medicíny a vědy a nebo jen v malém procentu ti, kteří se nedokáží nikde jinde uplatnit. Všichni lékaři, ať pracují kdekoli, by měli mít zajištěné podmínky pro to, aby mohli nejen špičkově vykonávat své povolání, ale aby se mohli odpovídajícím způsobem celoživotně vzdělávat a regenerovat své duševní a tělesné síly. Na toto téma probíhají v současné době velmi živé diskuze na různých úrovních. Důležité je, že se o této problematice začalo diskutovat a že se o ní začal zajímat kromě zdravotníků a nemocných i vrcholný management tohoto státu.

K tomu, aby lékařská práce byla morálně a ekonomicky hodnocena, je třeba i jejího společenského uznání. Dovolím si srovnat fotbalový klub s oddělením v nemocnici. V čele fotbalového klubu stojí trenér a má na starosti 20-25 hráčů, stará se pouze o trénink, tj. odbornou práci. Na vše ostatní má jiné pracovníky. Platy trenérů v české fotbalové lize se pohybují mezi 50-300 tisíci korun měsíčně, k tomu je třeba připočítat prémie za umístění, prodej a nákup hráčů a příjmy za reklamu od různých firem. Platy hráčů se pohybují zhruba ve stejných relacích včetně dalších premií za přestupy. Přednosta oddělení ústavu či kliniky má na starosti rovněž 20-25 lékařů a k tomu ještě další zdravotnické pracovníky. Samozřejmě, jeho hlavní starostí jsou nemocní a i studenti. Plat profesora po 25 letech praxe je 10.850 Kč, při 100% příplatku to může být maximálně 22.000 Kč. Platy jemu svěřených lékařů se pohybují od 4.000 do 10.000 Kč.

Po tomto srovnání si všimněte, jak společnost vnímá jevy v obou těchto povoláních. Jestliže se lékař dopustí nechtěné chyby - a to se vždy může stát - pak je z toho rozsáhlá aféra ve sdělovacích prostředcích. Jestliže trenér a hráči prodávají zápasy, podplácení rozhodčího, pak se to bere jako národní folklór. Z toho jasně vyplývá, že veřejné mínění a společenské vnímání jevů není ještě na té úrovni, kdy by akceptovalo lékařské povolání tak, jak si zaslouží. O to více záleží na Vás, kteří nastupujete na lékařskou dráhu, abyste se o změnu klimatu zasloužili vysokou profesionalitou, hlubokými znalostmi a kvalitou své práce. Věřím, že pak sponzoři budou následovat příkladu mecenáše Hlávky, který podporoval vědy a umění v Českém království a v Československu a zůstal nesmrtelným. S touto podporou věřím, že nastane doba, kdy špičkové lékařské výkony budou mít vyšší společenskou i ekonomickou váhu, než špičkové výkony sportovní. Pak teprve budeme normální a standartní demokracií, přijde stav, který nastartovala revoluce, před jejímž začátkem jste vstoupili na naši lékařskou fakultu.

Vyzývám Vás, abyste ze všech svých sil a schopností rozvíjeli tradice špičkových absolventů lékařských fakult University Karlovy. Na Karlově universitě pracuje v sou-

časné době 297 profesorů a 737 docentů. Ve Spojených státech a Kanadě pracuje 1650 profesorů a assoc. profesorů, kteří svůj doktorský titul získali na Universitě Karlově, a to zejména v letech padesátých a šedesátých, která rozvoji university nijak zvláště nepřála. To, že se přesto tito absolventi tak dobře uplatnili, svědčí o síle této university.

Až budete zavaleni denní rutinou a návaem pacientů, vzpomeňte si na tento den a připomeňte si, že jste absolventy university, kde studovali nebo učili Jan Hus, Jan Jesenius, Jiří Procházka, J.E. Purkyně, T. G. Masaryk, E. Mach, A. Einstein, K. Loevi, V. Laufberger, manželé Coriovi, a že jejími čestnými doktory jsou mezi jinými Sir John Eccles, Sir Karl Popper a Václav Havel.

Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque eveniat.

FAKULTA

MODERNIZACE STUDIA NA LÉKAŘSKÝCH FAKULTÁCH

Jiří Horák

Dnešní podoba studia medicíny na českých lékařských fakultách je výslednicí středoevropské tradice formované původně v bývalém Rakousku a později Rakousko-Uhersku, která převažovala do r. 1939 a byla mírně modifikována autonomním vývojem v období značné vědecké a kulturní izolace v letech 1948 - 1989. Ve snáhách modernizovat lékařské studium po r. 1989 lze vystopovat tři hlavní proudy. První z nich, který by bylo možno nazvat tradicionalistickým, vědomě navazuje na tradiční kvalitu našeho studia medicíny před válkou a v prvních poválečných letech. Druhý, řekněme anglosaský, ovlivněný současnou medicínou americkou a britskou, se k nám pokouší zavést některé osvědčené prvky studia z těchto zemí. Posléze třetí proud, „evropský“, předjímá vstup České republiky do Evropské unie a snaží se modernizovat naše studium lékařství tak, aby bylo v souladu se směřováním a doporučeními Evropských společenství (1). I když lze „evropský“ směr jistě považovat za pro nás nejperspektivnější a nejvhodnější, má z našeho hlediska jednu zřetelnou nevýhodu: je to dnes v plné míře nikde neexistující ideál, k němuž lékařské fakulty členských zemí mají směřovat, ovšem jejich výchozí pozice jsou z historických důvodů většinou nesrovnatelné a každá země tak musí hledat svou vlastní cestu. To platí plnou měrou i pro Českou republiku. Z uvedeného dále vyplývá, že potřeba modernizace našeho studia medicíny reálně a trvale existuje a není to tedy jakési bezobsahové klišé, jak se snad někteří pedagogové domnívají.

Hlavní směry modernizace

Studium medicíny lze modernizovat v řadě oblastí:

1. Studijní plán. Jeho změny jsou běžné a snadno proveditelné. Jedná se o slučování, rozdělování, časové posouvání studijních předmětů a oborů, jejich rušení či zavádění. Je třeba připomenout, že běžná výuka podle jednotlivých oborů (v zásadě odpovídajících názvům ústavů a klinik) je na nejprogressivnějších zahraničních univerzitách zcela nahrazena multidisciplinárními kurzy. Jako mezistupeň lze pro naše podmínky doporučit alespoň částečné odstranění interinstitucionálních bariér právě zaváděním takových kurzů.

Značným praktickým problémem je otázka rozsahu společných vědomostí a dovedností, které by měli mít všichni absolventi lékařské fakulty a podílu vědomostí a dovedností speciálních, získaných např. ve volitelných kurzech. Osobně se domnívám, že rozsah volitelných kurzů by neměl přesáhnout 10 - 15% celkové výuky a jejich obecným cílem by neměla být předčasná odborná specializace, nýbrž snaha poskytnout studentům možnost proniknout v některých užších oblastech do hloubky, poznat přitom aplikované základy výzkumné či špičkové klinické práce, naučit se prakticky využívat elektronických informačních médií, formulovat vlastní názory na určitý problém apod.

Při úpravách studijního plánu je třeba vzít v úvahu i popromoční vzdělávání lékařů, kde zřejmě brzy dojde k zásadním změnám.

2. Důraz na aktivní formy výuky. Zde máme vůči studentům asi největší dluh. Klasika vedená výuka probíhá formou přednášek a seminářů, které často sklouzávají opět do přednáškové a tedy pasivní podoby. Aktivní formou jsou pak pouze správně vedené staže. Takové vedení seminářů i staží, při němž se studenti stávají skutečnými partnery učitele, nelze ovšem žádným způsobem nařídit a cesta k němu vede pouze zkvalitňováním práce jednotlivých učitelů.

Z pedagogického hlediska je nepochybně nejvýznamnější novinkou, o níž se v posledních letech ve světě hojně diskutuje, tzv. problémově orientované studium. Zatímco klasicky postupuje výuka medicíny 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, přičemž 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. První námitkou, 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 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.

3. Praktická organizace výuky je určena rozvrhem a místem výuky. Podle typu rozvrhu lze rozlišit studium blokové a paralelní, z nichž každé má své přednosti a nevýhody. Domnívám se, že pro nižší ročníky je vhodnější studium paralelní, stáže blokové jsou samozřejmostí v posledním ročníku. Důležitější je však místo výuky. U nás stále převažuje klasický model výuky na lůžkových odděleních klinik, kde je ovšem specifické spektrum nemocných a s prostředím ambulantním přicházejí studenti do styku velmi omezeně. Rozšíření výuky do ordinací praktických lékařů a jiných ambulantních odborníků i do menších nemocnic je nezbytné, zatím ovšem naráží na nestabilizované poměry v našem zdravotnictví.

4. Další pravděpodobným směrem modernizace výuky a to nejen na lékařských fakultách, ale v rámci celé Univerzity Karlovy bude zavedení kreditního systému. Jeho princip spočívá v přiznávání určitého stupně náročnosti jednotlivým úsekům studia vyjádřeného tzv. kredity a dovoluje tak stanovit jistou ekvivalenci různých kurzů 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 volnější, tj. čím vyšší je procento volitelných kurzů a zejména pak tam, kde neexistuje ročníkový systém, tím jsou přednosti kreditního systému výraznější. U ročníkového systému studia běžného na lékařských fakultách má kreditní systém jedinou výhodu, kterou je možnost studentů jiných směrů či fakult zapsat si jen určitý kurz s jistým počtem kreditů, jejichž předepsané množství musí student získat. Přes toto omezení u oborů s malou flexibilitou studijního plánu, kam typicky a nutně patří i lékařství, se kreditní systém postupně rozšiřuje i na ně. Je zřejmé, že mají-li být přednosti kreditního systému opravdu využity, je třeba, aby byl co nejvíce rozšířen. Kromě vzájemné prostupnosti studijních směrů jak uvnitř fakulty, tak i uvnitř či dokonce vně univerzity však kreditní systém stěží přinese do výuky lékařství něco opravdu nového.

Závěrem této stručné informace si dovoluji vyjádřit své pevné přesvědčení, že přes svůj nepopíratelný význam má formální stránka uspořádání výuky na její kvalitu

menší vliv než přístup, motivace a zaujetí učitelů a studentů. Ohledně doporučení Evropských společenství (1) lze pak konstatovat, že nejlepší cestou k plnoprávné integraci do budoucího evropského systému lékařského studia je trvalé zvyšování odborné úrovně našich lékařských fakult a jejich absolventů.

Literatura

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

Souhrn

Modernizace studia na českých lékařských fakultách by se měla týkat úpravy studijních plánů a měla by klást větší důraz na aktivní formy výuky. Výuka klinických oborů by se měla zčásti odehrávat v ambulantních zařízeních. Připravované zavedení kreditního systému umožní vzájemnou prostupnost různých studijních směrů. Nej-spolehlivější cestou k integraci do připravovaného evropského systému lékařského studia je však zvyšování odborné úrovně našich lékařských fakult a jejich absolventů.

Abstract

Modernization of the curricula of the Czech medical schools should be accompanied by promoting active forms of learning. Clinical specialties should be taught not only at university departments but also in community setting. Credit system currently under preparation will enable students to choose more freely their study plan. However, the most reliable way to catch up with modern trends in medical teaching is to increase standards of our medical schools and their graduates.

JAK DÁL V POSTGRADUÁLNÍM VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ

Jiří Horák

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 dovoluji 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 promocí, avšak vzhledem k některým představám o změně délky studia medicíny je třeba i zde zaujmout stanovisko. Šestileté studium medicíny považují 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 považují 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 menší potřeba znalostí širších a obecných roste. Považuji proto za vhodné, aby - snad s jistými úpravami - současný systém nastavbových 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, základního oboru řekněme čtyři roky a nastavby 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 nastavbové 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 a 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 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). Jisté vyvstane 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 kurzů, ubytování účastníků krátkodobých školících akcí a patrně i organizování školících akcí vlastních (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 u nás zavedeného 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 dostatek prozíravosti na straně jedné a 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.

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

Připravil Pavel Gregor

V loňském roce jsme uvedli rozhovor s přednostou oftalmologické kliniky 3. LF UK a FNKV, s cílem zahájit tak nepravidelný cyklus, v němž blíže představíme jednotlivá pracoviště naší fakultní nemocnice a fakulty. Dnes tedy pokračujeme podobným rozhovorem s přednostou kliniky plastické chirurgie, panem doc. MUDr. M. Tvrdkem.

Rozhovor s doc. MUDr. M. Tvrdkem, přednostou kliniky plastické chirurgie

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

Klinika plastické chirurgie byla založena profesorem Františkem Burianem, jedním ze zakladatelů plastické chirurgie na evropském kontinentě. V roce 1937 se ústav plastické chirurgie přestěhoval do tehdy státní nemocnice na Vinohradech a stal se jejím oddělením s 54 lůžky. V lednu 1948 se oddělení stalo universitní klinikou. Profesor Burian vychoval řadu vynikajících plastických chirurgů. Z nejvýznamnějších, kteří ho potom následovali ve vedení kliniky, mohou jmenovat prof. Karfíka, prof. Peškovou a prof. Fáru.

Mohl byste nám představit současnou podobu Vaší kliniky, pokud jde o její velikost, počet pracovníků a jejich strukturu?

V současné době sídlí klinika plastické chirurgie v nové budově, která byla otevřena v roce 1983. Svými 140 lůžky patří k největším zařízením tohoto druhu ve světě.

Na klinice pracuje šestnáct plastických chirurgů, z nichž pět je zaměstnanců fakultních, osm zaměstnanců FN KV a pět IPVZ. Na péči o naše dětské pacienty se dále podílejí dva pediatri. Máme i řadu dalších spolupracovníků s částečným úvazkem, jako je genetik, klinický teratolog, foniatr, antropolog, dermatolog a psycholog.

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

Naše pracoviště se zabývá léčbou zevních vrozených vad, mezi něž patří obličejové rozštěpy, některé vrozené vady končetin a zevního genitálu, dále chirurgickou léčbou kožních nádorů, traumatologií ruky a obličeje, řešením defektů měkkých tkání, pourazovými rekonstrukcemi, chirurgií ruky, neurovaskulární mikrochirurgií a estetickou chirurgií. Klinika slouží jako centrum pro léčbu rozštěpových vad pro území celých Čech a pro stejnou spádovou oblast je i centrem replantačním.

Je zde prováděn i výzkum na základě několika grantů, který se zabývá problematikou vrozených vad, mikrochirurgií atd.

Jakých dosažených cílů si nejvíce ceníte?

Nejvíce si vážím toho, že se na naší klinice podařilo vytvořit skupinu mikrochirurgů, kteří zajišťují provoz replantačního centra a dále rozšiřují spektrum i kvantum plánovaných mikrochirurgických výkonů, tzv. volných přenosů tkáňových celků.

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?

Mezi nejzávažnější bych zařadil problémy financování pracoviště, kdy získané prostředky nedostačují na jeho náležitý rozvoj. To velmi úzce souvisí se špatným Sazebníkem výkonů pojišťovny i nedostatečnými zdroji financování zdravotnictví i školství. Stále se potýkáme s nedostatkem středního zdravotnického personálu a jen s obtížemi udržujeme provoz celé kliniky. V současné době se stává problémem i nedostatek kvalitních lékařů, kteří by měli zájem o náš obor, stejně jako je tomu v jiných chirurgických odbornostech.

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

Pokud budeme hovořit o výuce klinických předmětů, domnívám se, že výuka by měla být více individuální a více prakticky zaměřená, což je při současném počtu studentů na jednoho pedagoga jen obtížně možné.

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

Jak jsem se zmínil již na začátku, v týmu našich pracovníků jsou i zaměstnanci IPVZ - provádíme tedy i postgraduální školení lékařů formou krátkodobých i dlouhodobých stáží a pořádáním kurzů. Postgraduální výuka lékařů na fakultách je, věřím, jen otázkou času, kdy výuku budou zajišťovat pracoviště, jež získají akreditaci.

Děkuji za rozhovor.

AKTUÁLNÍ OTÁZKY

SAFETY MATCH

Kateřina Svobodová,
 klinika popáleninové medicíny

Oheň - jeden z živelů, který se lidstvo pokusilo spoutat, aby mu sloužil. Budí respekt, hrůzu, fascinuje. Svou barvou, jasnou, svojí mohutností. Skrývá v sobě krásu i hrůzu, užitek i marnost. Nechodte příliš blízko - koho zasáhne, toho oceňuje. Možná, snad pro výstrahu druhým. Mnozí z nás lidí pokoru jako projev uznání síly ztratili, mnozí se stanou obětí nešťastné náhody. Jeho rafinovanost je skryta do různých podob.

Lidé po popáleninovém úrazu nosí své stigma doživotně. Nejen na kůži, ale i v duši. Oba rozměry, hmotný i duševní, jsou vzájemně spjaty a od počátku úrazu se ovlivňují. Při silné expozici - a v případech ohně expozici jak zrakové, tepelné, tak i bolestivé - se rozvíjí stres. Přetížený nervový systém reaguje neadekvátně, začíná mobilizovat všechny vnitřní systémy.

Poškození, které bylo stresem vyvoláno, je na současné úrovni medicíny více méně zvládnutelné, až na extrémní výjimky.

Bohužel, i přes brilantní techniky plastické chirurgie, zanechává popáleninový úraz na těle pacienta viditelné změny. Změněný vzhled je společenským handicapem. Míra sociálního poškození je dána spolupůsobením mnoha faktorů, z nichž pro každého jedince může být jeden či druhý více ohrožujícím jeho psychickou stabilitu.

Snad nejvíce devastujícím poškozením z hlediska jeho lokalizace je úraz a následné disfigurační změny obličeje, a to zejména pro jeho vysokou komunikační významnost. Ale i poškozené ruce - nástroj práce, dále omezená pohyblivost, ztráty končetin, jizvy po těle, ztráta sexuální přitažlivosti, společenská diskriminace jako důsledek negativní pozornosti, kterou poškození vyvolávají - to vše jsou pro pacienty stále se vynořující traumata.

Změna sebepercepce je pro druhé lidi obtížně pochopitelná. Pacienty stojí mnoho energie, aby čelili tlaku, kterému jsou každodenně v přímém styku s druhými lidmi vystaveni. Zvláště poté, když jejich psychika prodělala od doby úrazu po propuštění z nemocnice nelehkou zkoušku.

Od hrůzy, strachu, bolesti, úvah o smrti, všudypřítomné úzkosti a nedůvěře nemožnou být zocelení. Častými důsledky jsou posttraumatické stresové změny. Projevují se jako nutkavé vzpomínky na hrůzu úrazu, v děsivých snech. Strach až panická hrůza z míst, kde se úraz stal, brání často postiženým v návratu do zaměstnání. Sebeepochyby

o plnohodnotnosti se vtírají v běžné komunikaci: „Posuzuj mě lidé podle toho jak vypadám nebo jaký jsem?“ Ztráty partnerů, přátel, sociální izolace...

Ale člověk je přece tvor společenský. Co nabízí popáleným lidem společnost?

Vysoce specializovaný tým popáleninových odborníků zvládá resuscitaci, šok, transplantace poškozených tkání, zachraňuje život. Následuje dlouhé období rehabilitace a rekonstrukčních operací a spolu s ním opuštění mikroklimatu nemocničního prostředí a návrat domů. Reakce známých, přátel, nová a nová setkání, někdy bolestivá. Čím větší je vzdálenost od společensky deklarovaného ideálu krásy, tím hlubší je propast, ze které se musí popálený člověk dostat. Říkáme „popálený“, ale máme na mysli i elektrotraumata, chemická traumata a opaření horkými tekutinami, které je, bohužel, nejčastějším poškozením dětského věku. Ne vždy a ne každému se podaří překonat tu dlouhou vzdálenost od „já“ ke společnosti. Známe i sebevražedné aktivity končící smrtí. Častá a opakující se myšlenka na smrt jako východisko nebývá dávána na odiv. Rodina, nejbližší zázemí, nemůže být s postiženým 24 hodin denně.

Co zbývá? Máte-li cíl, pak zmobilizovat veškeré rezervy a jít. První prohra nebo necitlivé pokoření Vás vrhne zpět do nelibosti, sebelítosti, zlobě vůči světu a sobě samému. Stáváte se přecitlivělými na reakce okolí, neúspěch je neúspěchem toho, jak vypadáte. Podceňujete se, vaše výkony se zhoršují, nevěříte si. Za všechno nese vinu úraz. Pohybujete se v začarovaném kruhu.

Po několika zkušenostech ze zahraničí se domníváme, že vede cesta k realističtějšímu vnímání sebe sama, ke zvýšení sebevědomí.

Od roku 1989 se z iniciativy European Burns Association konají *tábory pro děti a mládež po prodělaném popáleninovém traumatu*. Svoji delší historii mají v Severní Americe, kde naši evropští kolegové čerpali zkušenosti.

Záměrem táborů je poskytnout dětem a mladým lidem, které trauma nejvíce postihuje, příležitost ke znovunabytí rovnováhy jako před úrazem, ke zvýšení sebevědomí, k realističtějšímu pohledu na svůj handicap a nabídnutí konfrontace s ostatními, stejně postiženými v jiném prostředí a za jiných okolností, než znají z nemocnice.

Právě proto, že jde o tak citlivou a náročnou oblast změny sebepercepce, je nezbytně nutný dostatečný počet terapeutického personálu, který se tábora účastní. Na 2 - 3 pacienty je počítán jeden odborně proškolený a popáleninové problematiky znalý terapeut. Optimální počet pacientů je kolem 40. Pro vývojové specifiky je nutné pacienty členit do skupin podle věku. Ve věkově nehomogenní skupině ztrácí terapeutický záměr efekt. Jako nejefektivnější se po srovnání několika táborů jeví délka trvání 10 dnů.

Vytvoření programu a jeho zajištění je nelehký úkol, protože musí splňovat kritéria rehabilitační a psychoterapeutická současně.

Smysluplné aktivity s možností aktivního zapojení dávají příležitost ke zvýšení sebevědomí. Tábor umožňuje i být aktivisty v případě takových aktivit, se kterými by se pacienti třeba vůbec nsetkali nebo by měli zábrany a byli jen pasivními pozorovateli.

Přirozeně, ale přesto terapeuticky působí tlak skupiny. Nazíráno z úhlu popáleninového úrazu a jeho specifik, které všichni účastníci tábora sdílejí, je to skupina homogenní. Jakékoli selhání či neúspěch zde na táboře z tohoto důvodu není selháním v důsledku úrazu. Kritika od stejně postiženého pacienta je vnímána jinak, než od rodiny nebo ostatních lidí.

K náročným a zátěžovým situacím na táboře dochází. Jsou zátěžové jak pro pacienty, tak pro personál. Z tohoto důvodu je tým terapeutů tvořen sociálními pracovníky, zdravotními sestrami, psychiatry, psychology, play terapisty, occupational terapisty, učiteli a dalšími, například z řad vysokoškolských studentů. Nikdo z nich neztrácí na prestiži. Pacienti získávají i prostřednictvím zkušenosti druhých. Sami mezi sebou pak iniciují jistou formu abreakce emočních traumat, rozehrávají mezi sebou krkolomné situace, ze kterých by i zkušený terapeut měl obavy. Proč? Protože mají příležitost stávat se sami sebou a ne „popálenými“, učí se, že oheň může přinášet i příjemné zážitky.

Iniciativa European Burns Association byla zaměřena nejen na evropské popáleninové tábory, ale chtěla podnítit vznik lokálních popáleninových táborů, které by obsáhly větší počet pacientů.

Zdařilo se i u nás. První takový tábor, kterého se zúčastnili popálení pacienti z České republiky se konal letos v srpnu na Moravě, v Haluzické hájence. Účastnily se jej děti léčené v Brně a Praze, ve specializovaných popáleninových centrech, v celkovém počtu 25. Organizace tohoto tábora byla umožněna brněnskou nadací Samaritán, za finanční podpory Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Příštím rokem se má tento tábor uskutečnit opět a rozšířil by tak možnosti pro naše pacienty. Naším úsilím, pracovníků popáleninových center, je, aby se stal součástí léčby, kterou by hradily zdravotní pojišťovny, tak jako tomu je u jiných typů úrazů. Domníváme se, že jako forma prevence maladaptivních forem chování je tento záměr, spolu s navrácením plnohodnotného jedince zpět do společnosti, nosným.

Bez finanční podpory různých organizací by se nemohly uskutečnit ani evropské popáleninové tábory. Přispívají na ně nemalou částkou např. Evropské společenství, Rotary club a jiní, kteří pochopili, že nejde jen o akt velkorysosti a odpisu částky ke zdanění. Tam, kde stát dosud nezajišťuje plošně péči, tam pomáhají uvědomělí a kultivovaní jedinci - přímo nebo finančně. To už s rozvojem vyspělé lidské společnosti nějak souvisí.

Jen zkuste dát tu kouzelnou krabičku s nápisem „SAFETY MATCH“ do rukou dvouletému dítěti. Krásně to v ní chrastí. Je velmi snadná na otevření a co je uvnitř dřevíček. Všimli jste si barvy na konci dřevíčka a barvy na boční stěně krabičky? Když ne Vy, tak Vaše dítě určitě... A bylo fascinováno...

o plnohodnotnosti se vtírají v běžné komunikaci: „Posuzují mě lidé podle toho jak vypadám nebo jaký jsem?“ Ztráty partnerů, přátel, sociální izolace...

Ale člověk je přece tvor společenský. Co nabízí popáleným lidem společnost?

Vysoce specializovaný tým popáleninových odborníků zvládá resuscitaci, šok, transplantace poškozených tkání, zachraňuje život. Následuje dlouhé období rehabilitace a rekonstrukčních operací a spolu s ním opuštění mikroklimatu nemocničního prostředí a návrat domů. Reakce známých, přátel, nová a nová setkání, někdy bolestivá. Čím větší je vzdálenost od společensky deklarovaného ideálu krásy, tím hlubší je propast, ze které se musí popálený člověk dostat. Říkáme „popálený“, ale máme na mysli i elektrotraumata, chemická traumata a opaření horkými tekutinami, které je, bohužel, nejčastějším poškozením dětského věku. Ne vždy a ne každému se podaří překonat tu dlouhou vzdálenost od „já“ ke společnosti. Známe i sebevražedné aktivity končící smrtí. Častá a opakující se myšlenka na smrt jako východisko nebývá dávána na odiv. Rodina, nejbližší zázemí, nemůže být s postiženým 24 hodin denně.

Co zbývá? Máte-li cíl, pak zmobilizovat veškeré rezervy a jít. První prohra nebo necitlivé pokoření Vás vrhne zpět do nelibosti, sebelibosti, zlobě vůči světu a sobě samému. Stáváte se přecitlivělými na reakce okolí, neúspěch je neúspěchem toho, jak vypadáte. Podceňujete se, vaše výkony se zhoršují, nevěříte si. Za všechno nese vinu úraz. Pohybuje se v začarovaném kruhu.

Po několika zkušenostech ze zahraničí se domníváme, že vede cesta k realističtějšímu vnímání sebe sama, ke zvýšení sebevědomí.

Od roku 1989 se z iniciativy European Burns Association konají *tábory pro děti a mládež po prodělaném popáleninovém traumatu*. Svoji delší historii mají v Severní Americe, kde naši evropští kolegové čerpali zkušenosti.

Záměrem táborů je poskytnout dětem a mladým lidem, které trauma nejvíce postihuje, příležitost ke znovunabytí rovnováhy jako před úrazem, ke zvýšení sebevědomí, k realističtějšímu pohledu na svůj handicap a nabídnutí konfrontace s ostatními, stejně postiženými v jiném prostředí a za jiných okolností, než znají z nemocnice.

Právě proto, že jde o tak citlivou a náročnou oblast změny sebepercepce, je nezbytně nutný dostatečný počet terapeutického personálu, který se tábora účastní. Na 2 - 3 pacienty je počítán jeden odborně proškolený a popáleninové problematiky znalý terapeut. Optimální počet pacientů je kolem 40. Pro vývojové specifiky je nutné pacienty členit do skupin podle věku. Ve věkově nehomogenní skupině ztrácí terapeutický záměr efekt. Jako nejefektivnější se po srovnání několika táborů jeví délka trvání 10 dnů.

Vytvoření programu a jeho zajištění je nelehký úkol, protože musí splňovat kritéria rehabilitační a psychoterapeutická současně.

Smysluplné aktivity s možností aktivního zapojení dávají příležitost ke zvýšení sebevědomí. Tábor umožňuje i být aktivisty v případě takových aktivit, se kterými by se pacienti třeba vůbec neselekali nebo by měli zábrany a byli jen pasivními pozorovateli.

Přirozeně, ale přesto terapeuticky působí tlak skupiny. Nazíráno z úhlu popáleninového úrazu a jeho specifik, které všichni účastníci tábora sdílejí, je to skupina homogenní. Jakékoli selhání či neúspěch zde na táboře z tohoto důvodu není selháním v důsledku úrazu. Kritika od stejně postiženého pacienta je vnímána jinak, než od rodiny nebo ostatních lidí.

K náročným a zátěžovým situacím na táboře dochází. Jsou zátěžové jak pro pacienty, tak pro personál. Z tohoto důvodu je tým terapeutů tvořen sociálními pracovníky, zdravotními sestrami, psychiatry, psychology, play terapisty, occupational terapisty, učiteli a dalšími, například z řad vysokoškolských studentů. Nikdo z nich neztrácí na prestiži. Pacienti získávají i prostřednictvím zkušenosti druhých. Sami mezi sebou pak iniciují jistou formu abreakce emočních traumat, rozehrávají mezi sebou krkolomné situace, ze kterých by i zkušený terapeut měl obavy. Proč? Protože mají příležitost stávat se sami sebou a ne „popálenými“, učí se, že oheň může přinášet i příjemné zážitky.

Iniciativa European Burns Association byla zaměřena nejen na evropské popáleninové tábory, ale chtěla podnítit vznik lokálních popáleninových táborů, které by obsáhly větší počet pacientů.

Zdařilo se i u nás. První takový tábor, kterého se zúčastnili popálení pacienti z České republiky se konal letos v srpnu na Moravě, v Haluzické hájence. Účastnily se jej děti léčené v Brně a Praze, ve specializovaných popáleninových centrech, v celkovém počtu 25. Organizace tohoto tábora byla umožněna brněnskou nadací Samaritán, za finanční podpory Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Příštím rokem se má tento tábor uskutečnit opět a rozšířil by tak možnosti pro naše pacienty. Naším úsilím, pracovníků popáleninových center, je, aby se stal součástí léčby, kterou by hradily zdravotní pojišťovny, tak jako tomu je u jiných typů úrazů. Domníváme se, že jako forma prevence maladaptivních forem chování je tento záměr, spolu s navracením plnohodnotného jedince zpět do společnosti, nosným.

Bez finanční podpory různých organizací by se nemohly uskutečnit ani evropské popáleninové tábory. Přispívají na ně nemalou částkou např. Evropské společenství, Rotary club a jiní, kteří pochopili, že nejde jen o akt velkorysosti a odpisu částky ke zdanění. Tam, kde stát dosud nezajišťuje plošně péči, tam pomáhají uvědomělí a kultivovaní jedinci - přímo nebo finančně. To už s rozvojem vyspělé lidské společnosti nějak souvisí.

Jen zkuste dát tu kouzelnou krabičku s nápisem „SAFETY MATCH“ do rukou dvouletému dítěti. Krásně to v ní chrastí. Je velmi snadná na otevření a co je uvnitř dřevíček. Všimli jste si barvy na konci dřevíčka a barvy na boční stěně krabičky? Když ne Vy, tak Vaše dítě určitě... A bylo fascinováno...

„Nashledanou, dokud se opět nepotkáme,“ říká Alice, jak nejroztomileji dokáže.
„Nemusel bych tě poznat, až se znovu sejdem,“ říká Humpty Dumpty rozmrzele a podává jí prst. „Jsi stejná, jako druzí lidé.“
„Po tváři se pozná člověk,“ říká zamyšleně Alice.
„To je to, co mi u tebe právě vadí,“ říká Humpty Dumpty. „Tvoje tvář je stejná jako ostatních. Máš dvě oči, nos uprostřed a dole ústa. Je to pořád totéž. Kdybys měla oči na jedné straně jako nos a ústa nahoře, to by bylo lepší.“
„Nevypadalo by to pěkně,“ namítá Alice.
Ale Humpty Dumpty pouze přivřel oči a řekl: „Počkej, dokud to nezkusíš.“

(Převzatý úryvek z knihy „Alenka v říši divů a za zrcadlem“, který použil ve své knize „Changing Faces“ James Partridge, s podtitulkem - *The Challenge of Facial Disfigurement*.)

ČTYŘIKRÁT O TOM, O ČEM SE MLUVÍ

Robert Pytlík pro časopis Vesmír

Pro pocit jistoty vašeho srdce

O tom jak se chovat, co jíst a co nejíst, abychom přitom neohrozili jeden ze svých nejdůležitějších orgánů, se vedou dlouhé polemiky. Objevovány jsou stále nové a nové rizikové faktory ischemické choroby srdeční (dále jen ICHS) a souběžně s tím jsou vyslovována další a další doporučení, které má napomáhat prevenci této nemoci či aterosklerózy vůbec. Mnohá z těchto doporučení přitom popírají rady předešlé, eventuálně dřívější způsoby prevence označují za zcela zcestné. Následující článek je shrnutím studií, které se v prvním letošním půlroce objevily v *New England Journal of Medicine* a zabývají se tematikou rizikových faktorů ICHS a její prevence.

Začátkem února byl publikován článek o homocysteinu jako rizikovém faktoru aterosklerózy. Nejedná se o myšlenku novou, hypotéza byla prvně formulována již roku 1969 na základě pozorování rozsáhlých sklerotických změn u pacientů s dědičnými poruchami metabolismu homocysteinu. Později bylo zjištěno, že i méně výrazné zvýšení hladin této aminokyseliny zvyšuje pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění. Novinkou je však poznatek, že kromě vysoké hladiny homocysteinu ovlivňuje rozvoj aterosklerotických změn též nízká hladina kyseliny listové a vitamínu B12, které hrají v metabolismu homocysteinu důležitou roli. Dostatečná konzumace kyseliny listové (alespoň 1-2 miligramy denně, běžná tableta obsahuje 10 miligramů) by tedy měla riziko aterosklerózy snižovat.

Naproti tomu vaše srdce patrně příliš neochrání *vysoká konzumace ryb*. Časté požívání ryb bylo doporučováno zejména s ohledem na vysoký obsah polynenasycených mastných kyselin, které snižují sérový cholesterol a snad i krevní tlak. Ve studii, trvající po dobu šesti let a zahrnující téměř 45 000 mužů-zdravotníků (většinou šlo o dentisty) však nebylo zjištěno, že lidé, kteří jedí ryby pětkrát či šestkrát do týdne, by měli snížené riziko ischemické choroby srdeční oproti těm, kdo jedí ryby jen jednou či dvakrát týdně. Tato studie již byla přetřásána v našem denním tisku, ovšem výsledky byly interpretovány zjednodušujícím způsobem: studie neříká, že jíst ryby je k ničemu, ale jen to, že ze zdravotního hlediska nemá smysl jíst je ve velkém množství. Na druhé straně všichni, kdo jedli alespoň nějaké ryby, měli zhruba o 25% sníženou úmrtnost na ICHS oproti mužům, kteří nejedli ryby vůbec.

I kdyby se vám však podařilo tančit mezi vejci všech rizik ischemické choroby srdeční tak dokonale, že byste dodrželi veškeré známé předpisy, stejně nemáte vyhráno. Ještě do toho má co mluvit vaše genetická výbava. Nejde jen o geny, určující vaši hladinu cholesterolu, ale třeba i o *geny, kódující hladinu faktorů krevní srážlivosti*. Dosud bylo zjištěno, že riziko ischemické choroby srdeční zvyšuje vysoká hladina fibrinogenu, faktoru VII, von Willebrandova faktoru a inhibitoru aktivátoru plazminogenu. Zajímavým zjištěním je, že také vysoká hladina tkáňového aktivátoru plazminogenu (t-PA) je spojena s vyšším výskytem tepenných uzávěrů. Tento enzym rozpouští již vytvořenou krevní sraženinu a měl by tudíž riziko cévního uzávěru snižovat. Zdá se však, že jeho vysoká hladina je spíše druhotnou reakcí na primárně zvýšenou hladinu inhibitoru aktivátoru plazminogenu, čímž by byl rozpor vyřešen.

Hledání rizikových genů se však naštěstí nesetká vždy s úspěchem. Tak se například v čerstvých studiích nepotvrdilo, že by na riziko ischemické choroby srdeční měly vliv *mutace genu pro faktor V krevní srážlivosti nebo mutace ACE receptoru* (receptor pro angiotenzin konvertující enzym, který je odpovědný za přípravu angiotenzinu II, jedné z nejučinnějších známých látek, zvyšujících krevní tlak).

Zdá se vám, že je toho na vaše srdce příliš? Uklidněte se. Vaší jistotou zůstává - alkohol. Budete-li pít jednu až dvě skleničky denně, zvýšíte si hladiny „hodného“ HDL cholesterolu, rozšíříte si koronární cévy a nemusí vás trápit ani lehké zvýšení krevního tlaku, které po vypití každého drinku nastává. Budete-li však pít více, alkohol bude stimulovat vaši sympatoadrenální osu natolik, že zvýšení krevního tlaku veškeré příznivé efekty vymaže či dokonce převáží. Nemluvte už o tom, že člověk má v těle i další životně důležité orgány, o které je nutno se starat a které lze nesprávnými návyky rovněž poškodit.

The New England Journal of Medicine, sv. 332
2.2.1995, str. 286-291, 328-329

The New England Journal of Medicine, sv. 332
6.4.1995, 912-918

The New England Journal of Medicine, sv. 332
9.3.1995, 635-641, 677-678

The New England Journal of Medicine, sv. 332
13.4.1995, 977-982, 1024-1025

The New England Journal of Medicine, sv. 332
16.3.1995, 706-711

The New England Journal of Medicine, sv. 332
29.6.1995, 1782-83

Lék proti AIDS léčí také leukémii

Azidothymidin (AZT, v cizí literatuře Zinovudin) nachází uplatnění i v léčbě jiných onemocnění, než je AIDS. Dvě studie nedávno zveřejněné v *New England Journal of Medicine* ukazují velice slibný efekt tohoto přípravku v léčbě tzv. leukemie z dospělých T buněk (*Adult T-cell leukemia/lymfoma*).

Tento druh leukemie má ovšem s onemocněním AIDS řadu shodných rysů. Podoba začíná již letopočtem objevení - AIDS byl prvně popsán v r. 1981, *adult T-cell leukemia/lymfoma* (dále jen ATL) v roce 1977. Tato leukemie byla vydělena od ostatních lymfocytárních leukemií na základě klinických rysů (kožní projevy, hyperkalcemie, agresivní průběh) i na základě své epidemiologie (výskyt v omezených geografických oblastech, přičemž i v rámci těchto oblastí dochází ke shlukování jednotlivých případů v rodinách a menších pospolitostech). Podezření na virového původce bylo již v roce 1980 potvrzeno izolací prvního lidského retroviru, nazvaného HTLV-1. Není bez zajímavosti, že virus, dnes nazývaný HIV, je s tímto virem blízce příbuzný a dokonce se jeden čas jmenoval HTLV-3. Bez významu není ani to, že izolační metody, původně vyvinuté k izolaci HTLV-1, posléze výborně posloužily k izolaci viru, způsobujícího AIDS.

Podoba mezi AIDS a ATL pokračuje i ve způsobu přenosu infekce. Podobně jako virus HIV, také HTLV-I se přenáší pohlavním stykem, z matky na dítě při kojení a také krví (ale na rozdíl od HIV pouze plnou krví, nikoli krevní plazmou). Možnost nákazy HTLV-I u nás je ovšem minimální - toto onemocnění se vyskytuje zejména v jižním Japonsku, v některých částech Afriky, Indie, na Středním východě a v jižním Pacifiku. Jinde je krajně vzácné a týká se většinou imigrantů z ohrožených oblastí.

Během uplynulých osmnácti let se podařilo získat o ATL snad více poznatků, než o všech ostatních leukemiích dohromady. Pouze jedna oblast dosud odolávala - léčba. I při použití nejagresivnějších léčebných postupů (zejména chemoterapie) nebylo průměrné přežití pacientů delší než šest měsíců. Víme-li však, že původcem tohoto druhu leukemie je virus, nabízí se myšlenka použít k její léčbě protivirové přípravky. Již před 10 lety byl prvně vyzkoušen interferon alfa, ale výsledky nebyly přesvědčivé. Nyní však dvě skupiny vědců (Američané vedení Gillem a Francouzi pod vedením Hermina) přišly s nápadem kombinovat interferon alfa s azidothymidinem. V obou studiích bylo takto léčeno celkem 25 pacientů. Zhruba polovina z nich (včetně několika zcela rezistentních na chemoterapii) dosáhla touto léčbou úplného či alespoň částečného ústupu onemocnění a někteří žijí i v době zveřejnění studií bez známek nemoci.

Význam těchto zjištění je několikerý. Vedle naděje na úspěšné léčení dosud obtížně ovlivnitelné nemoci zde máme i další možnost využití protivirového léku, původně vyvinutého pro onemocnění jiné. Kromě toho kombinace azidothymidinu s interferonem alfa potvrzuje roli imunoterapie v léčbě hematologických nádorů (interferon alfa se zatím osvědčil zejména u tzv. „vlasaté“ leukemie a někdy se používá i v léčbě chro-

nické myeloidní leukemie). Nejde přitom o odklon od dosud dominantní léčby cytostatiky (bez těch se ještě asi dlouho neobejdeme), ale o její užitečné doplnění.

Jak však připomíná dr. Gallo, autor editoriale k uvedeným studiím, zveřejněné úspěchy by neměly odvést pozornost lékařů od toho, že ATL je vpsledku virovým onemocněním, kterému je možno předcházet zatím zejména důslednou kontrolou krevních derivátů a sexuální osvětou, v budoucnosti se však počítá také s možností zavedení účinné vakcíny. Čerstvé práce ukazují, že efektivní vakcínu proti HTLV-1 bude možné vyvinout. Bylo by pěkné, kdyby se i zde naplnila podobnost obou onemocnění, v tomto článku diskutovaných, a kdyby pokroky dosažené při výrobě této vakcíny napomohly též vývoji dlouho a toužebně očekávané vakcíny proti AIDS.

*New England Journal of Medicine, vol.332,
29.6.1995, str. 1744-1748, 1749-1751, 1783-1785*

Medicína a informační superdálnice

Ve věku elektronických médií a počítačových sítí mnohé zavedené pojmy nabývají nového smyslu. Týká se to i publikování odborné literatury. Ještě před několika lety slovo „publikace“ předpokládalo prostředníka mezi autorem a čtenářem, jímž byl redaktor či vydavatel odborného časopisu. S rozšířením počítačové sítě Internet se kdokoli může stát sám sobě vydavatelem. Článek v *New England Journal of Medicine* upozorňuje na řadu nebezpečí, které v sobě taková praxe může skrývat.

Elektronické publikace vědeckých výsledků se prvně rozšířily zhruba před patnácti lety mezi fyziky, kdy spolu jednotliví vědci začali konzultovat předběžné výsledky svých výzkumů ještě před jejich definitivní publikací. Tyto takzvané „preprinty“ posléze začaly být shromažďovány v databázi obřího počítače v Los Alamos. Několik tisíc fyziků ze šedesáti zemí světa spolu každý den komunikuje prostřednictvím databáze tohoto počítače, což jim umožňuje nahrazovat starší výsledky svých pokusů novými a provádět změny ve svých rukopisech, kdykoli uznají za vhodné.

To, co je užitečným prostředkem komunikace mezi odborníky na poměrně odlehlem poli teoretické fyziky, může se však stát svrchovaně nebezpečnou záležitostí v medicíně, oboru, sledovaném nejen odborníky, ale též širokou laickou veřejností. Kvalita medicínských informací, které je možno z Internetu získat, je přinejmenším pochybná. Řada těchto informací je dokonce anonymních, zejména co se týče informací ohledně rizika užívání léků užíváním léků či ohledně vlivu různých potravin na lidské zdraví. Autoři článku soudí, že v současné době Internet slouží spíše k rozšiřování medicínských bádchorek než k seriózní vědecké diskusi.

Tyto věci domyšlené do důsledků znamenají, že jakékoli sdílení neověřených či nedostatečně ověřených výsledků v síti Internetu může značně ovlivnit rozhodování pacientů, kteří pod vlivem těchto nehotových prací budou odmítat standardní terapii nebo naopak začnou experimentovat s novým lékem bez vědomí lékaře. Přitom za

neověřenou je nutno pokládat každou lékařskou studii, která neprošla odbornou diskusí. Je otázkou, jaké škody na poli lékařské osvěty mohou napáchat ambiciózní výzkumníci, kteří budou chtít výsledky svého bádání rozšířit co nejdříve, aniž vyčkají mínění svých kolegů. Uvedené věci jistě stojí za zamyšlení i v naší zemi, kde je úroveň zdravotních znalostí laické veřejnosti tradičně nízká a nekritická důvěra k různým „zázračným“ lékařským i léčitelským postupům tradičně vysoká.

The New England Journal of Medicine
vol. 332, 22.6.1995, str. 1709-1710

Pivo pro doktora Kocha

Pravidelné návštěvy hostince mohou ohrozit vaše zdraví i jiným způsobem, než množstvím požitého alkoholu nebo tím, že se přitom zapletete do sousedské rvačky. Můžete si odtud odnést třeba tuberkulózu. Z USA je popisován případ, kdy 48-letý bezdomovec, pravidelný návštěvník jistého baru v Minneapolis, nakazil v průběhu několika měsíců více než 40 jiných stálých zákazníků.

Uvedený muž trávil většinu svého času ve zmíněném baru, než byl v březnu 1992 přijat do veřejné nemocnice v Minneapolis pro hubnutí, průjmy, zvracení, horečky a kašel s vykašláním krvavých hlenů. Rentgen plic odhalil aktivní tuberkulózu, ve vykašlaném hlenu byl masívně přítomen Kochův bacil. Po zjištění, kde pacient nejčastěji pobýval, začali lékaři pátrat po dalších pravidelných návštěvnících baru. Z 97 takto identifikovaných osob bylo nakaženo 41, což je 42 procent. U čtrnácti z nich již propukla aktivní tuberkulóza a čtyři další stálí zákazníci s aktivní tuberkulózou byli zjištěni dodatečně, nezávisle na úvodním šetření. Uvedených 18 pacientů tvořilo 35% všech nových případů aktivní tuberkulózy v Minneapolis za rok 1992.

Místní epidemie tuberkulózy čas od času propukají ve věznicích, domovech důchodců, útulcích pro bezdomovce a na jiných místech, kde žije velké množství lidí pohromadě. Referovaný článek ukazuje vzácný případ, kdy centrem tuberkulózní nákazy nebylo žádné z uvedených ubytovacích zařízení, ale bar se stálými zákazníky.

New England Journal of Medicine, vol. 333,
27.7.1995, str. 222-226

(Uvedené příspěvky byly převzaty z časopisu Vesmír se souhlasem autora i redakce časopisu.)

ZE ZAHRANIČÍ

MEZINÁRODNÍ SPOLUPRÁCE S UNIVERSITY OF CHICAGO VE VÝZKUMU ELEKTROTRAUMATU

Radana Königová

Zatímco energie blesku děsila lidstvo po tisíceletí, elektrická energie vyrobená člověkem mu slouží a ohrožuje ho od roku 1879, kdy Thomas A. Edison demonstroval elektrické světlo.

Se vzrůstajícími požadavky na elektrickou energii je nezbytné vyvinout odpovídající preventivní technická zabezpečení, stejně jako zlepšit metody pro hodnocení a léčení elektrotraumat, což představuje úkoly pro celou lékařskou obec.

Multidisciplinární přístup je vyžadován v prevenci, léčení i rehabilitaci, neboť se jedná nejen o stránku fyzickou, ale též - a často převážně - o stránku psychickou. Dlouhodobými výsledky elektrotraumat je příliš často trvalá invalidita. Vzhledem k tomu, že většinu obětí tvoří mladí jedinci, cena, kterou nesou pacienti, rodiny a společnost, je nesmírná.

Nejdůležitější konference, jež byla věnována dalšímu a hlubšímu porozumění těchto složitých a sporných otázek, se konala v listopadu 1992 v Paříži. Shromáždila mezinárodní skupinu výzkumných a klinických pracovníků, zajímajících se o mechanismus elektrického šoku i o místní poškození buněčné, způsobené termickou či elektrickou noxou. Instituce „Electricité de France“ je jedinou francouzskou společností, která vyrábí, převádí a rozděluje elektrickou energii. Výzkumnou pracovníci této největší a nejzámožnější instituce je Dr. Elizabeth Gourbière, která se společně s ostatními členy European Electricity Companies (EEC) účastní Electrical Trauma Research Program, který byl zahájen téměř před deseti lety. V rámci EEC nejsystematičtější práci v oblasti prevence a evaluace elektrotraumat vykazuje společnost ENEL (Ente Nazionale per l'Energia Elettrica) v Římě pod vedením ředitele R. Comini.

V zámoří Electrical Trauma Research Program zajišťuje University of Chicago Clinical Research Center (UCCRC). Ředitelem části tohoto centra, zvané Burn Electrical Trauma Center, je Raphael C. Lee, který mne pozval v roce 1992 na pařížskou konferenci a poté navštívil několikrát kliniku popáleninové medicíny 3. LF UK. V listopadu 1993 byla podepsána smlouva o spolupráci mezi University of Chicago a 3. LF UK v oblasti výzkumu preparátu POLOXAMER 188.

V dubnu 1995 jsem s Dr. Hrubou, interní ordinářkou Kliniky popáleninové medicíny, navštívila UCCRC. Byla jsem požádána o dvě přednášky (guest lecture). Jedna byla připravena pro chirurgy (téma: „Reconstructive Surgery in electrical injury“).

druhá přednáška byla určena neurologům a psychiatrům (téma: „Neurological complications in electrotrauma“).

Cílem společného výzkumného projektu s University of Chicago je určit snášenlivost a účinnost P 188 v léčbě poškození buněčných membrán a následné orgánové poškození, které je způsobeno porušením celistvosti buněčné membrány. Elektrické vlastnosti buněčné membrány závisí na tom, že buňka potřebuje energii, aby udržela elektrický gradient mezi oběma stranami membrány. Buňka propouští ionty (sodík, draslík, vápník) membránou, aby udržela transmembranozní potenciál. Tato „pumpa“ je napájena molekulárním zdrojem energie - adenosin trifosfátem. Prochází-li elektrické pole buněčnou membránou, tento transmembranozní potenciál se mění a molekuly vody působí elektropolarizaci v buněčné „obálce“ z lipidů a proteinů a vytvářejí se „pory“ - tento děj je nazýván *electroporation*. V elektrickém poli polarizované molekuly vody vstupují do těchto defektů (porů) a tím se pory zvětšují. Pokud „electroporation“ přetrvává, buňka využívá ATP, aby udržela transmembranozní potenciál, ale trvá-li tento stav, přesunující se ionty rozrušují vnitřní prostředí buňky. Výsledkem je metabolické vyčerpání buňky a její odumření, pokud membrána není reparována.

Poloxymér 188 je surfaktant patřící do třídy blokových polymerů, je rozpustný ve vodě, s molekulární vahou 8400. Preklinické studie o účinnosti P 188 byly publikovány již v roce 1992 (R.C. Lee at al.) a ukázaly na kultivovaných buňkách kosterního svalu, že P 188 blokuje a Dextran zpožďuje průnik trypanové modři (carboxyfluorescein). Ke zjištění terapeutického účinku in vivo bylo použito krys, jejichž m. biceps femoris - připojený arteriovenózní stopkou - byl elektropermeabilizován, dokud jeho odpor nepoklesl na 50% původní hodnoty. Pokud byl P 188 podán i.v. kryse za dvacet minut po výboji, odpor se obnovil až na 77%. Aktivita na úrovni tkáně ve svalu poraněném elektrickým proudem byla měřena malou Gamma kamerou.

„Electroporation“ se pokládá za příčinu myonekróz u elektrotraumat. Projekt výzkumu byl navržen do tří fází, v jejichž průběhu by se měla prokázat netoxická dávka P 188, jež by byla schopna odvrátit poškození tkání způsobené elektrickým proudem. Bylo dohodnuto, že fáze 1A bude uskutečněna na Burn/Electrical Trauma Center, UC. Na malé vybrané skupině pacientů se stanoví terapeutická šffe, zjistí se ev. vedlejší účinky a určí se snášenlivost u pacientů s elektrotraumaty. Výběr pacientů bude definován dle určitých kritérií, z nichž nejdůležitější je hodnocení rozsahu postižení. Aby sčítání procent bylo jednotné při zpracování pacientů z různých center, byl připraven počítačový program - Three-dimensional Computerized Burn Chart - a v listopadu 1995 byl doručen na Klinikou popáleninové medicíny nový počítač Hewlett Packard Ultra VGA 1280 5/90C s tiskárnou Desk Jet 560 C jako dar UC.

Fáze 1B bude vedena současně na UC a na KPM 3. LF UK na základě dvojitého slepého pokusu u pacientů léčených P 188 nebo Dextranem i.v. Druhá fáze bude znamenat rozšíření evaluace P 188 dalšími centry v Evropě a v USA. Ve třetí fázi bude celá studie statisticky zhodnocena. Odpověď na podání P 188 bude monitorována

malou „bedside“ kamerou gamma s počítačem, který bude zachycovat stav ve tkáni zobrazený pomocí TECHNECIUM-99 pyrophosphatu. Celkový stav pacientů bude monitorován každou půl hodinu podle přesného schématu. Tento projekt je plánován na pět let.

„University of Chicago Clinical Research Center“ (UCCRC) je součástí Medical Center a byla založena J.D. Rockefellerem, druhá universita v Chicago City je státní s názvem University of Illinois. V roce 1889 slíbil J.D. Rockefeller universitě 600 000 USD, pokud bude do roka získáno dalších 400 000 USD. To se podařilo a v r. 1890 byla UC zaknihována. V r.1891 architekt Henry Ives Cobb předložil plány pro CAMPUS a první prezident university William Rainey Harper koupil pro universitní knihovnu berlínskou sbírku. Výuka byla zahájena 1.10.1892 se zapsanými 594 studenty. Prvořadým posláním university bylo zkoumání „učit, jak učit“. 103 vědci byli pověřeni tímto úkolem.

Pro architektonické řešení CAMPUS-u byl zvolen anglický pozdně gotický styl. Místo určené pro universitu bylo (v té době zde byly bažiny) rozděleno na šest čtverců lemovaných budovami, s hlavním čtvercem uprostřed. Cílem tohoto plánu ve skutečnosti bylo odvrátit mysl studentů od rušných obchodnických podmínek ve městě a obklopit je zvláštní působivou atmosférou klidné a tiché důstojnosti, jež je pozoruhodná na starých universitách v Evropě.

V jižní části CAMPUS-u jsou krásné domy universitních profesorů (v těsném sousedství polorozpadlých brlohů), vynikají zde moderní budovy teoretických ústavů a knihoven i výtvarná díla modernistů: v roce 1923 Lorado Taft představil „The Shaler Memorial Angel“, v r. 1963 Antoine Pevsner vytvořil „Construction in Space in the Third and Fourth Dimension“, v r. 1967 zde zanechal Henry Moore své dílo „Nuclear Energy“ a v r. 1973 vznikla slavná „Aileronde“ od Antoine Poncet.

Další podivuhodné výtvořiny lze vidět v Chicago Downtown. Alexander Calder postavil svou skulpturu „Flamingo“ na Federal Center Plaza“. Mimořádným dílem je opět od H. Moore - a „Large Interior Form“ a Pablo Picasso dekoroval Richard J. Daley Plaza.

V roce 1893 se konala Columbian Exposition k oslavě 400. výročí od objevení Ameriky a od té doby zde zůstal historický monument představující bitvy a vítězství oné epochy.

V Art Institute jsou instalovány trvalé sbírky impresionistů a postimpresionistů kromě velkolepých uměleckých dokumentů z období čtyřiceti století.

Museum of Science and Industry je neustále přeplněno návštěvníky, protože soustavně doplňuje a mění nejrozmanitější výukové výstavy s rozličnými tématy: Ships through ages, Gas Energy, Electrical Energy, Architecture, AIDS - the war within, Immunology, Electron Microscopy, Heart, Brain etc.

Chicago City se svými 10 miliony obyvatel se vyvíjelo na břehu Lake Michigan od roku 1673, kdy dva francouzští mniši navštívili indiánskou vesnici a stanovali u řeky Chicago.

V další historii se neustále opakovaly bitvy mezi Indiány a přistěhovalci, až nakonec byly indiánské kmeny vyhubeny. Avšak noví obyvatelé hynuli také epidemií cholery, jejíž zdroj byl v říční vodě tekoucí městem do jezera a odtud byla čerpána voda pro obyvatele města. Tato epidemie podnítila rychlou výstavbu tzv. Water Towers; jedna věž je ve městě a je jednou z mála historických památek. Druhá věž byl vybudována v jezeře dvě míle od břehu. Dalším opatřením proti možným nákazám bylo též obrácení toku řeky Chicago.

Toto „větrné město“ - „Windy City“ mělo počátkem 19. století jen 4000 obyvatel. V roce 1871, kdy populace vzrostla, zachvátil město požár (the Great Chicago Fire), který zničil většinu obydlených částí, neboť domy byly (a dosud v předměstích jsou) dřevěné. Přes 9000 obyvatel zůstalo bez domova. Byla zahájena výstavba mrakodrapů z podpory Federální vlády a za posledních padesát let se zcela změnila tvář města. Vznikla zvláště vznosná Michigan Avenue, zvaná Magnificent Mile.

Chicago bylo a je ctižádostivým městem a ve své snaze vyniknout nad ostatní města USA předložilo projekt na nejvyšší kancelářskou budovu na světě. V průběhu tří let pracovalo na tomto projektu 1600 lidí nejrůznějších profesí a v r. 1973 byl otevřena pro veřejnost stodesetipatrová věž Sears Tower.

NĚKTERÉ POSTŘEHY Z POBYTU V HOLANDSKU

Pavel Gregor

V roce 1995 jsem měl možnost pobývat delší dobu v Holandsku. Umožnil mi to „sabbatical year“, který naše fakulta jako první z fakult Karlovy Univerzity zavedla. Strávil jsem jej na kardiologickém oddělení nemocnice v Zwolle, s nímž máme již delší dobu velmi přátelské kontakty, dané především účastí doc. Widimského a mne na některých výzkumných projektech v nedávné minulosti. V následujících řádcích bych se chtěl ještě poslední dny v Holandsku podělit se čtenáři VNR o některé postřehy a poznatky z tohoto pobytu.

Velikostí lze Zwolle přirovnat k našemu Hradci Králové. Zdejší kardiologické oddělení vyniká řadou priorit. Úctyhodná je především zkušenost místních kardiologů v provádění všech invazivních vyšetřovacích a léčebných zákroků, která současná kardiologie nabízí. Nejen počty těchto výkonů (pro rok 1995 např. plánovaných 2000 koronárních angioplastik, tedy přibližně dvojnásobek jejich počtu v celé ČR v roce 1993-pozdější údaje o počtech PTCA u nás zde nemám k dispozici), ale i jejich brilantní provádění včetně nejnovějších technik (stenty apod.).

Já jsem zde měl na starosti výzkumný projekt, týkající se léku, poprvé zkoušeného v humánní medicíně, fungujícího na principu prodloužení působení adenosinu a zpomalení jeho odbourávání v intersticiu myokardu. Adenosin vzniká normálně při ischemii a velmi rychle je metabolizován na inosin a hypoxantin. Má řadu účinků, příznivých u ischemie (vazodilatační, antiagregační, kalcium-antagonistický, inhibice tvorby volných radikálů a.j.). Filosofii podávání zkoušeného léku byla snaha o prodloužení působení adenosinu a výše uvedených jeho výhodných vlastností při ischemii, kterou jsme „vyráběli“ opakovanou inflací balónku v koronární tepně při PTCA. Sledovali jsme chování myokardu při této ischemii - např. nástup poruchy kinetiky, její trvání, počítačové zpracování těchto dějů a ještě celou řadu parametrů získaných angiograficky (koronární rezervy), měřením intrakoronárních tlaků (speciální intrakoronární měřiče, fungující na fibrooptickém principu, pomocí nichž lze spočítat parametry charakterizující kolaterální cirkulaci) a echokardiografie, jakož i některé další parametry. Podrobnostmi bych se zde nechtěl zabývat, spíše bych rád uvedl několik postřehů, které by mohly zajímat širší okruh čtenářů.

Holandské zdravotnictví má řadu odlišností od našeho. Již styk zdravotníků s pacienty je úplně jiný, založený na úplné rovnosti vztahů. Neexistuje, aby zde lékař někoho začal vyšetřovat, aniž by se mu na začátku nepředstavil a nevysvětlil mu

detailně, co se s ním bude dít - to by bylo opravdu faux pas (platí to ovšem pro všechny zdravotníky až po sanitáře). První dny pobytu každého z našeho regionu překvapí především úzkostlivá čistota všude, v nemocnici obzvláště. Davy uklízeček neustále všechno bez přestání čistí a leští, i když je to všechno už tak přešetřené, že není úplně jasné, co se na tom stále uklízí. Všude se chodí v botech (dokonce i na katetrizačním sále), a přesto se tady dá jít na podlaže (a opravdu se tady někdy na zemi jí). Zdravotnictví je tady vystavěno na jakýchsi socialistických principech - nikdo nic neplatí (a ani nemůže platit, i kdyby chtěl např. lepší pokoj apod., neboť všechno musí být za všech okolností zadarmo). Toto poslední je tady spíše teď předmětem kritiky, především ze strany lékařů, neboť ředitel velkého podniku leží na stejném pokoji, jako babička z vesnice - přitom by svými penězi mohl dále nemocnici přispět. To ale tady nejde - je to dost velká výjimka mezi evropskými zeměmi (nemluvě pochopitelně o USA). Těžko říci, zda je to systém dobrý. Zdravotnictví tady stojí vládu obrovské peníze. Myslím si však, že pro náš stát by se tento způsob nehodil. Jednak by na to neměl peníze a na daních by u nás tolik nevybral (daně jsou v Nizozemí podstatně vyšší, než u nás, navíc rozdíl v platech od našich poměrů je značný), jednak si z minula většina lidí u nás zvykla, že všechno je ve zdravotnictví zadarmo a podvědomě to stále posuzuje tak, jakoby to skutečně nikdo neplatil (týká se to jak zdravotníků, tak i pacientů). V Nizozemí jsem však měl pocit, že i přes stávající systém si lidé zdravotnické péče více váží a nezneužívají ji (týká se opět lékařů i pacientů). Dokonce tady existuje tlak určitých skupin laické veřejnosti na zdravotníky, aby se náklady na zdravotnictví snížily (kupř. tím, že by se užívaly levnější varianty léků).

V této souvislosti si vzpomínám na rozhovor o platech ve zdravotnictví, který jsme měli na jakémsi večírku. Připadalo jim neuvěřitelné, že plat lékaře je u nás většinou podstatně nižší, než kupř. plat automechanika nebo bankovního úředníka. Jeden z účastníků této diskuse se mne zeptal, jestli vím, jaký je cenový rozdíl v 10 tabletách 5 vybraných skupin betablokátorů, které mají zcela podobný účinek. Musel jsem se zahanbením přiznat, že to nevím. Jeho apel na to, že by přece lékaři měli předepisovat ty cenově nejvýhodnější léky mi v první chvíli připadal nereálný. Připadalo mi zcela nemožné, že by se dalo na všechny lékaře působit tak, aby si více lámali hlavu s cenami těch léků, které pojišťovny platí. Připomnělo mi to trochu morální apel ve smyslu tolstojovské filosofie v tom, že jeho „putjom moralnogo samouoveršenstvovanija“ by se u nás v tomto směru asi moc nedocílilo a argumentoval jsem i tím, že se snažíme tyto výdaje hlídat především v nemocnici, kde nám kvůli fixní sazbě na den a pacienta nic jiného nezbyvá a dále výsledky některých dílčích studií, kterými jsem se mu snažil dokázat, proč je u které choroby ten který betablokátor lepší (trochu mne podráždil tím, že tvrdil, že jsou ve svých účincích úplně stejné, ale brzy mi při snažení těchto důkazů „došel dech“ - v podstatě měl pravdu). Je zcela pochopitelné, že odčerpáváním zbytečných výdajů ze společného měšce se limitují možnosti dalšího využití těchto peněz bez ohledu na to, že se to

v tuto chvíli přímo netýká právě našeho zdravotnického zařízení, ale zdravotnictví jako celku. Vzpomněl jsem si na to, že nemocným u nás je běžně v ambulanci praxi předepisována terapie léky, které by bylo možné bez jakéhokoli nepříznivého dopadu na pacienta zaměnit za podstatně lacinější a úspory v celostátním měřítku by musely být obrovské. Se zdejšími „spofáky“ jsem zde vzhledem k odlišným názvům většiny léků pracoval často. Než je pojednáno o skupině léků, jednotlivých přípravcích a jejich farmakologických vlastnostech, předcházejí množství grafů, informujících o ceně jednotlivých firemních přípravků, promítnuté do denní i měsíční spotřeby, kdy během několika sekund se každý lékař bez dalšího hledání dozví, jak se i v tomto směru věci mají. To ovšem jistě nebudou organizovat sami lékaři, ale měli by se o to postarat především ti, kteří zdravotnictví i toky peněz sledují a řídí (t.j. hlavně ministerstvo zdravotnictví a pojišťovny). Na lékařích by ovšem bylo, aby se ve vlastním zájmu k příslušným konkrétnějším apelům ze strany těchto složek postavili vstřícně. Zatím jsem však měl u nás pouze pocit, že se jedná o apely spíše pronášené jen ve velmi nekonkrétní rovině a že by se přehledně vypracované cenové přehledy, doplněné i určitými fundovanějšími rozbory spotřeby jednotlivých přípravků ve vztahu k jejich cenově-účinnosti efektivitě bohatě vyplatily. Samozřejmě je to jen jedna z mnoha stránek celého problému. Také jsem se tady nesetkal s nemocným, který by užíval více než 3-4 druhy léků, ale to už pouze na okraj.

Privátní lékaři (včetně nemocnic) v Holandsku většinou zakládají jakési pracovní skupiny („Maatschap“), kteří mají společné hospodaření a výnosy od pojišťovny si předem sjednaným způsobem rozdělují. Týká se to i soukromých nemocnic - budovu a prostory v ní většinou těmto lékařům zdarma poskytuje obec, úhrada jde pak zdravotníkům a kryjí z ní zčásti i provozní náklady. Jak jsem již uvedl, zdrojem financí mohou být pouze pojišťovny, nikdy ne přímo sami pacienti.

Platy zdejších lékařů jsou pro nás, samozřejmě, závratné. Je však nutno říci, že se to týká především těch úspěšných a zavedených. Mladí, než docílí specializace, mají dost krušné období, myslím dokonce že horší, než u nás. Pak se jim to ale vynahradí, pokud té specializace dosáhnou (v kardiologii má to štěstí asi 20 lékařů ročně) a vytniknou v ní. Než se tak stane, vyžaduje to hodně úsilí a kupodivu i známostí na různých univerzitních místech, aby specializaci mohli zahájit a dovést do konce. Nesmírně zvýhodňujícím faktorem je mimořádné nadání a především publikační činnost. Zařazení do specializačního oboru mohou ovlivnit v době popromoční, kdy v nemocnicích plní funkci jakýchsi medicínských písařů (viz Gordonův Doktor v domě) tým, že na sebe upoutají pozornost nějakou mimořádnější aktivitou (např. účastí ve významnějším výzkumném projektu apod.), zvýhodnění jsou i ti, kteří ještě během studií nebo krátce po nich stihnou publikovat své práce. Dobré výsledky studia na fakultě zvýhodňují žadatele o specializaci v Belgii, nikoli v Nizozemí.

Pokud není lékař výše uvedeným způsobem zvýhodněn, musí někdy čekat na přidělení do specializačního oboru třeba několik let, protože je omezený počet míst. Pak ho čeká příprava od 2 let (v případě „GP“ - tedy všeobecných praktických lékařů) do

6 let (např. v případě kardiologů). V Nizozemí je kardiologie oborem odděleným od vnitřního lékařství, v Belgii nikoli. Některá školící zařízení (např. univerzitní nemocnice v Groningenu) přijímají k specializační přípravě pouze lékaře s doktorátem. To je nesmírně tvrdé opatření, neboť většina holandských lékařů doktorát nemá a získat jej (zvláště v tak mladém věku) je neobyčejně obtížné (doktorát se získává po náročné obhajobě na některé z nizozemských lékařských fakult po sepsání monografie, vycházející z několikaletého bádání a předložení množství kvalitních publikací). Je to podle mého názoru podobný proces, jakým je u nás získání titulu „CSc“ (ale snazší, než náš „DrSc“, který je podle mých zkušeností spíše náročnější variantou jejich „PhD“, mluvím však pouze o zkušenostech z mého oboru).

V Nizozemí je celkem 8 lékařských fakult - tedy zcela srovnatelný s počtem fakult v ČR (dokonce vyšší), vzhledem k obrovskému počtu studentů v ročníku však je počet studujících podstatně vyšší než u nás. V Nizozemí totiž neexistují přijímací zkoušky podle hesla „každý má právo na vzdělání“. Přijímání jsou tedy uchazeči bez ohledu na výsledky předcházejícího studia na středních školách, žádné přijímací zkoušky se nekonají. Určitá „směrná čísla“ pro jednotlivé fakulty však existují a jsou dána jednak nařízením „shora“, jednak možnostmi jednotlivých fakult věnovat se výuce maximálního počtu studentů. Pokud se přihlásí na lékařskou fakultu větší počet studentů, než je toto „směrné číslo“, losováním se upraví počet přijatých tak, aby jejich požadované množství nebylo překročeno. Ti, kteří měli smůlu při losování, mají možnost zkoušet štěstí příští rok. Ještě daleko liberálnější je přijímání na lékařské fakulty v Belgii. Přijati jsou skutečně všichni přihlášení, takže v prvním ročníku studuje na naše poměry neobvykle velký počet studentů, který se však upraví „přirozeným výběrem“ v průběhu studia. Např. z diskuse s jedním absolventem belgické lékařské fakulty jsem se dověděl, že v „jeho“ prvním ročníku začínalo studovat kolem 900 studentů, promováno však jich bylo asi 150. Studijní řád je přísnější než u nás. Zkoušky se dělají jednou ročně a jejich kumulace je často pro některé uchazeče nepřekonatelnou bariérou. Ročník lze opakovat pouze jednou, při dalších neúspěších studium končí. O tom, zda student postoupí do dalšího ročníku, rozhoduje poměr známek (stupnice od nejlepší „A“ po nedostatečnou „F“, student musí dosáhnout z tzv. hlavních předmětů alespoň hodnocení „D“ - do větších detailů bych se však tady nechtěl pouštět). Belgická vláda poskytuje fakultám prostředky podle počtu studentů, takže je pro ně výhodné, pokud studuje velký počet frekventantů. Dokonce ještě v době nedávno minulé byl státní příspěvek na zahraničního studenta dvojnásobný, než na belgického, takže fakulty velice rády nechávaly studovat cizince - tyto rajské časy pro zahraniční studenty však již skončily.

Pro postgraduální vzdělávání lékařů v kardiologii slouží nemocnice, které k tomu mají akreditaci. Jsou to téměř vždy lékařské fakulty, na nichž postgraduální výchova probíhá. V kardiologii jsou v celém Nizozemí pouze 2 výjimky, kdy akreditaci k postgraduálnímu vzdělávání lékařů obdrželo neuniverzitní pracoviště (jedním z nich je kardiologické oddělení nemocnice v Zwolle). Přítomnost univerzity všechna

pracoviště neobvykle zvyhodňuje. Po rozhovorech s lékaři i některých osobních zkušenostech jsem nabyl dojmu, že některá, byť univerzitní, ale méně výkonná a známá akreditaci dostala a vynikající kardiologická pracoviště, která nebyla součástí univerzity, o akreditaci marně bojovala. Jistě se v celém tomto procesu uplatňuje celá řada hledisek (často i nemedicínských), ale asi si lze snadno představit výhodnost další výuky tam, kde jsou s ní již zkušenosti z pregraduálního vzdělávání. Boj různých velkých nemocnic mít vlastní fakultu je proto velmi intenzivní, často však neúspěšný, především z důvodů hospodářských a „politických“ (ve smyslu politiky zakládání nových univerzit a obrany stávajících proti případné nové konkurenci a příliš vysokému počtu lékařů).

Příprava v kardiologii začíná 2 lety obecně internistické přípravy. Není vždy nutné, aby celá příprava byla absolvována v Nizozemí. V rámci výše uvedené obecně internistické praxe je kupř. povoleno 1 rok ji vykonávat v některé ze zemí, které jsou k tomu uznány (velmi oblíbená je Jihoafrická republika, kde může i začínající lékař sám od počátku provádět různé vyšetřovací i léčebné, často i velmi náročné metody, což je pro lékaře velmi dobrá škola, pro tamní pacienty však tento volný systém někdy hraničí s katastrofou, jak jsem zde z mnoha příkladů slyšel).

Atmosféra, kterou v sobě mají menší holandská města, je skutečně velice hezká. Jsou většinou starobylá, výborně udržovaná, jak je asi zná i řada našich turistů. Všude má člověk pocit naprostého bezpečí v kteroukoli hodinu, nikde se nic nezamyká a neexistuje, že by tady člověka někdo okradl, něco předražil apod., byť by šlo o cizince. Chování lidí navzájem je opravdu velice odlišné od našich poměrů, počínaje všudypřítomným úsměvem, ohleduplností k všem ostatním (zejména tělesně nebo duševně handicapovaným občanům). Samozřejmě, že ve velkých městech není situace ve všech směrech tak idylická (naprosto stranou stojí Amsterdam, kde je všechno úplně jinak až „neholandsky“).

Zdálo se mi, že neexistuje situace, že by něco nešlo. Pokud k tomu zdánlivě dojde, všichni zúčastnění zmobilizují svoji aktivitu tak, že se skutečně do problému „zakousnou“ a společnými silami jej vyřeší bez ohledu na čas. Vše posledně uvedené tady činí život velice příjemný. Myslím, že určité nedostatky, které máme v tomto směru (myslím tím především všeobecnou poctivost a spořádanost) představují jednu z hlavních příčin naší současné omezenější kompatibility s vyspělou Evropou, která je pravděpodobně stejně důležitá, jako naše nižší ekonomická výkonnost.

Jací jsou Holanďané, je asi nejčastější otázkou, kterou u nás dostávám. Částečně jsem na ni již odpověděl v předešlých řádcích. Její zodpovězení je samozřejmě velmi subjektivní, dané i určitou „mikrokomunitou“, v níž jsem se pohyboval, i když za dobu, kterou jsem zde strávil, jsem měl možnost jednat s dost velkým počtem lidí od zdravotníků až po pacienty. Především bych řekl, že jsou nesmírně slušní, hodní, srdeční a pohostinní, o naprosté poctivosti jsem se již zmínil. Další vlastnost, která mne zaujala, je jejich statečnost. Strávil jsem zde období katastrofálních záplav, které se některých z nich bolestně dotkly a především nebylo jasné, jak se situace bude

dále vyvíjet. Jejich postoje a hodnocení této tragédie byly skutečně obdivuhodné, což bylo však odrazem jejich chování v celé řadě jiných, pro konkrétní jedince neméně hrůzných situací, do nichž se může člověk dostat. Vzpomněl jsem si při té příležitosti na některé knihy a reportáže z období 2. světové války, které jsem kdysi četl. Byly tam popisovány situace, kdy si kupř. gestapo přišlo do restaurace pro určitou osobu, spolu s ní se zvedlo několik dalších přítomných a odešlo s nimi rovněž. Nyní bych rozhodně podobné příběhy nepokládal za nadnesené. Možná, že společným jmenovatelem všeho výše uvedeného je skutečnost, že velká část obyvatel Holandska je hluboce věřících (převaha je protestantů, katolíků je méně).

Ještě jeden rys jejich povahy bych při této příležitosti zmínil a ilustroval na následujícím příkladě. Jeden kolega zde zahájil studii, týkající se zkoušení zcela nového antiagregačně působícího preparátu. S kardiologií měla společně jen to, že se sledoval vliv léku na případná krvácení z arteriálních vpichů po PTCA u nestabilní anginy pectoris, jinak šlo spíše o biochemicko-hematologickou studii. Když se jim podařilo „udělat“ prvé čtyři nemocné, přijeli zástupci anglické firmy, která studii řídila, ke kontrole. Při mém náhodném příchodu tam mi bylo nápadné, čemu se všichni tak hlasitě a dlouho smějí. Když jsem se na to později zeptal, dozvěděl jsem se, že jakýmsi nedopatřením byla hemokoagulační vyšetření prováděna nesprávným způsobem a všechny pracně vyšetřené a zpracované případy bylo třeba vyřadit a začít všechno znovu. Samozřejmě, že příhoda neilustruje něčí špatný nebo nezodpovědný přístup - je tomu přesně naopak. Pokud se ale i přes pečlivou přípravu a maximální snahu a nasazení všech něco takového stane, je to třeba posuzovat spíše jako „Act of God“ a dále se tím netrápit. Myslím, že v tomto jsme (alespoň z určité části) odlišnější. Jsme větší „tragédi“ a bereme všechno moc vážně. Musím ovšem přiznat, že jsem typickým představitelem těch, které zde kritizuji (pod vlivem zdejších zkušeností se mi zdá, že je to již minulost, ale to se teprve ukáže „na domácí půdě“). To, že si spousta zdejších lidí venku i v práci pohvizduje a vyzpěvuje (což by u nás působilo přinejmenším velmi výstředně) není rozhodně důsledkem toho, že by měli méně starostí, ale jejich „sportovnějšího“ ladění vzhledem k řešení různých zdánlivě složitých problémů. Velice příjemně působí výše zmíněný všudypřítomný úsměv. Je takovým hezkým pohlazením, jehož se člověku dostává od kolegů, ale i zcela neznámých lidí, které pravděpodobně již nikdy nepotká. Nikoho nic nestojí a přitom udržuje trvalý pocit pohody na všech stranách.

Pokud jde o hodnocení holandské stravy, všichni by se asi shodli v závěru, že je velmi zdravá. V dalším by se však asi různí hodnotitelé lišili. Sám bych rozhodně nemohl říci, že by mi nechutnala - je většinou velmi dobře připravená, z kvalitních surovin, obsahuje velké množství zeleniny u nás méně dostupné, působí hezky i na pohled a zasytí. Konzumovat ji ale déle než měsíc bez změny však představuje pro více „gurmánsky“ založeného strávnicka, zvyklého na větší či menší dietní poklesky, asi určité trauma. Naštěstí i sami Holanďané si libují v různých cizích kuchyních, kterými svoji stravu prokládají, zejména jihovýchodoasijských. Všude je spousta těchto

cizokrajných restaurací, které svým počtem daleko převažují klasické holandské. Ale i v rámci nemocniční restaurace, kde jsem se stravoval, jsou do jídelníčku zařazována pravidelně různá čínská, indonéská, indická a další cizokrajná jídla velmi dobře připravená, takže si gurmán přece jen může přijít na své. Kupodivu, když jsem byl pozván k někomu na návštěvu domů, servírovala se rovněž „neholandská“ jídla - možná však, že to byla náhoda.

Zde bych své postřehy (poněkud asi neurovnané) ukončil. Je toho jistě ještě řada, čím by nás tato příjemná (a možná bych spíše užil výrazu „pohodová“) země mohla inspirovat. V žádném případě nemám pocit a nikdy jsem ho tady neměl, že bychom se museli za něco stydět, počínaje v širším pohledu kulturním dědictvím, krásou našich měst (Praha působí na každého zde nesmírně magicky) a krajiny až k tomu, co jsme schopni v našem oboru - medicíně - dělat. Jsme pochopitelně chudší svými materiálními statky, ale to není žádná ostuda a nikdo to tady tak nebere. To, že jsou státy více a méně bohaté (až po vysloveně chudé) je normální obraz dnešního (a nejen dnešního) světa. Přesto i v těch chudších mohou žít lidé spokojeně a být uznáváni svými bohatšími sousedy. Navíc si myslím, že naše situace není ani po této stránce tak zlá, jak se nám někdy jeví - záleží ovšem pochopitelně na nárocích, které má každý z nás na uspokojování svých materiálních potřeb. Kromě toho, když se člověk „rozhledne“ v delším časovém horizontu, řada států prosperuje výtečně i přes dřívější ztráty svých kolonií, z nichž měla předtím obživu. Může se jednat o přibližně stejně velké státy, jako je naše republika, které nemají - podobně jako my - žádné suroviny (dokonce musí dovážet i veškeré dřevo, protože tam nejsou lesy) a přesto svým vlastním přičiněním dobře prosperují. Takovým státem je právě Nizozemí a nenapadá mne zatím žádný důvod, proč bychom se s touto zemí nemohli srovnávat v blízké budoucnosti i v oné prosperitě.

Zwolle, květen 1995

JAK SE ČLOVĚK ODHODLÁ K AMERICKÉ NOSTRIFIKACI (ANEB KONEC LÉKAŘŮ V ČECHÁCH)

Tereza Hubková

Americká nostrifikace - správně USMLE (United States Medical Licensing Examination), je zkouška, kterou musí složit absolventi lékařských fakult kdekoli ve světě, chtějí-li praktikovat medicínu v USA. Složení této zkoušky je staví na úroveň absolventa americké lékařské fakulty. Samo o sobě vám zdaleka nezaručuje, že v USA místo skutečně dostanete. Přesto tento „pokus“ není jen tak pro legraci. Bude vás stát minimálně 830 amerických dolarů a několik měsíců tvrdé přípravy.

Pokusit se složit USMLE jsem se rozhodla zhruba před rokem, během předposledního semestru studia medicíny na 3. LF UK. Samozřejmě jsem s myšlenkou studia či práce v zahraničí „koketovala“ již dříve, nyní se však blížil konec studia a nastal čas pevně se rozhodnout. Vyhlídky začínající lékařky v České republice se mi, bohužel, nezdály příliš lákavé. Bydlet u rodičů se mi v mých 24 letech nezdálo ideální už proto, že v malém panelákovém bytě by tak nikdo z nás neměl špetku soukromí. Také bych nerada trápila rodiče spánkovou deprivací (mají ve zvyku vždy v noci čekat, dokud se nevrátím). Kdo má Prahu alespoň z poloviny tak rád jako já, pochopí, že jsem přivítala možnost získat absolventské místo v takřka rodné nemocnici Královské Vinohrady. Jedním z nežádoucích vedlejších jevů však tu je fakt, že po zaplacení nájmu vám z výplaty nic nezbyvá. A to doslova. Perspektiva vybudování vlastního hnízdečka je tu tedy nulová. Mohla bych ale třeba dělat rentgenologa ve Lhotce, namítnete? ... Nemohla. Skončila bych v nejbližším blázinci s těžkou depresí, to mi jako ctižádostivému Kozorohu věřte.

Od přiznání si těchto skutečností byl k vyplnění přihlášky na USMLE jen krůček. S krvácejícím srdcem jsem zaslala své dlouholeté úspory do Philadelphie a na inzerát a částečně spolu s dalšími dobrodruhy připravujícími se na USMLE jsem dala dohromady studijní materiál. Poté jsem přistoupila k další fázi. Kdo prošel přípravou na USMLE, hluboce se zasměje takovým „prkotinkám“, jako je státní zkouška z interny. Při pohledu na testové otázky USMLE si nejprve myslíte, že jde o nejapný žert, potom přemýšlíte, kdo ze zúčastněných se pomátl na mysl, a když konečně pochopíte, že vše je myšleno naprosto vážně, vrhnete se do šíleného kolotoče vstřebávání informací, informací a dalších informací, o kterých jste doposud neměli žádné a nebo jen velmi malé potuchy a které Američané (soudě podle testů) považují za stěžejní body

medicíny. Znovu se ponoříte do anatomie (anatomické otázky z USMLE bych neodpověděla ani těsně po zkoušce z anatomie), biochemie (při které reakci Krebsova cyklu vzniká FADH₂), patologie, fyziologie, mikrobiologie (toxin *Pseudomonas aeruginosa* způsobuje ADP ribosylaci elongačního faktoru 2, přece), farmakologie (Katzunga znejte zpaměti) a samozřejmě všech klinických oborů, a to na úrovni spíše atestační. Buďte připraveni i na humorné otázky typu: Které choroby jsou nejčastější u indiánů kmene Puma na ostrově Nantucket Island či jaký trend má incidence rakoviny prsu u žen v oblasti Sun Belt? Nechci nikoho odradit, stačí, když uspějete zhruba v 60 % otázek (i na to však, podle mého názoru, musíte být téměř génius).

Fáze přípravy jednoho dne skončí a vy se odeberete do jednoho ze zkouškových center k vlastnímu skládání USMLE. V mém případě byla tímto centrem Budapešť (další blízká centra jsou ve Frankfurtu a Varšavě). Budapešť považuji za dobrou volbu jednak proto, že je to překrásné město, návštěva jehož památek a galerií je vám alespoň částečnou satisfakcí za oběti uplynulých měsíců, ale také proto, že si tu můžete dovolit zajít na sklenku vína, šálek kávy či na večeři, aniž by vás to finančně zruinovalo. A cítit se v rámci možností co možná nejpříjemněji je základ úspěchu.

Samotná USMLE se skládá ze dvou velkých částí - Step 1 (preklinická část-zkoušky) a Step 2 (klinika) a z krátké zkoušky z angličtiny, kterou zpravidla skládáte zároveň se Step 2. Každá část se koná dvakrát za rok, neúspěšný pokus můžete dvakrát opakovat (ovšem též znovu zaplatit). Každá část USMLE trvá dva dny, během nichž odpovíte ve dvou ranních a dvou odpoledních sezeních na téměř 800 otázek. Každé sezení trvá 3,5 - 4 hodiny, z toho 3 hodiny nepřetržitě jsou věnované vlastnímu testu. Na každou otázku máte asi 60 sekund, přičemž tento limit překročíte často již jen pouhým čtením zadání. V zadání klinické části vás zavalí pokaždé množstvím informací o hypotetickém pacientovi, včetně klinického obrazu, laboratorních hodnot, popř. rtg snímků a bez jakéhokoli času na přemýšlení či uspořádání si v hlavě, které informace potřebujete a o čem vypovídají, již máte odpovědět nikoli na to, jaká je diagnóza, ale např. jaký je nejčastější nežádoucí účinek léčby. Hrůza! Věřte, že po prvních 40 otázkách jste již naprosto vyčerpáni, máte pocit, že se vám z hlavy musí kouřit - a to máte za sebou teprve necelou čtvrtinu testu. Nemáte šanci na odpočinek. Na toaletu (doprovázen eskortou, která kontroluje, zda nevnášíte ven nějaké informace) by šel jen šílenec, který by tak ztratil tři čtyři minuty drahocenného času. Zoufale pokračujete, snažíte se koncentrovat, ale už to není možné, útočí na vás představy, co budete dělat večer a jaká to bude paráda, až tuto hrůzu budete mít za sebou. Náhle zazní varování, že do konce testu zbývá jen 30 minut, zjišťujete, že vám chybí ještě 50 otázek (a to se nedá stihnout) a polití potem horečnatě zaškrťáváte zbylé otázky, aniž byste pořádně dočetli zadání. „Konec“, zazní vysvobozující hlas, „položte tužky a zavřete testové knihy - hned teď!“. Odhodíte tužku než vás obviní z narušení časového limitu, což by vás přirozeně diskvalifikovalo, a zhroutíte se vyčerpáním a zároveň úlevou pod stůl.

Po dvou návštěvách Budapešti nastává fáze další... čekání. Vyhodnocení výsledků testů trvá totiž zhruba dva měsíce. Není divu, když jen v Budapešti bylo okolo pěti set účastníků a testovací centra jsou v hojném počtu roztroušena po celém světě. Pokouší se desetitisíce, projít může jen malé procento.

Ve fázi čekání jsem při psaní těchto řádků i já. Zatím ještě mohu snít o Americe, mám však i druhou naději ... snad budu moci důstojně žít i v mé rodné zemi a mé milé Praze. Je sobota 28.10.1995, tři dny do manifestační stávky českých lékařů za změnu poměrů ve zdravotnictví. I já půjdu na Palackého náměstí. Možná ještě budu moci žít doma! Možná ještě nenastane úplný konec lékařů v Čechách...

BIRMINGHAMŠTÍ STUDENTI NA PRAXI V PRAZE

Připravil David Marx

Letos v létě díky vstřícnosti kolegia děkana 3. LF UK a vedení FN Královské Vinohrady a Psychiatrického centra Praha absolvovali své elective studies tři studenti ošetrovatelství z University of Birmingham (UK), a to na II. interní klinice FN KV, na Klinice dětí a dorostu FN KV a v PCP.

I když jsme původně měli obavy, zda bude možno jejich pobyt realizovat vzhledem k velké jazykové odlišnosti, výsledek byl velmi dobrý. Níže uvádím v nezkrácené podobě jejich závěrečné hodnocení stáže v Praze.

Dovoluji si poděkovat všem, kteří umožnili realizaci „elective studies“ - vedení 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, vedení klinických pracovišť a v neposlední řadě všem těm, kteří je nazvdory jazykové bariéry trpělivě provázeli českou ošetrovatelskou péčí - sestrám a lékařům zmíněných pracovišť.

*Dr. David Marx,
odborný asistent Kliniky dětí a dorostu,
náměstek ředitelky FN KV*

Zkušenosti tří anglických studentů ošetrovatelství v Praze

Součástí čtyřletého studia ošetrovatelství na universitě v Birminghamu je absolvování zahraniční stáže v trvání šesti týdnů, v rámci které pracujeme v zemi podle své volby.

Účelem této stáže je:

- 1) získat zkušenost během života a studia v zemi s odlišnou kulturou;
- 2) pracovat v rámci odlišného systému zdravotní péče;
- 3) seznámit se se způsobem poskytování zdravotní péče v této zemi;
- 4) osobní a profesionální rozvoj - to jest získávání nových znalostí a zkušeností z pracovního prostředí, které mohou být aplikovány v Anglii.

Rozhodli jsme se pracovat v Praze nezávisle na sobě, ale důvody, které nás k rozhodnutí vedly, byly podobné. Cílem stáže (jak už bylo řečeno) je pracovat v odlišné kultuře a my jsme měli pocit, že Praha by této podmínce vyhovovala. Předpokládali jsme také, že se setkáme s odlišnostmi v léčebné péči i v péči ošetrovatelské, přičemž jsme doufali, že tyto odlišnosti nebudou tak velké, že by nebylo

možné je srovnávat se situací v Anglii. Mysleli jsme si také, že jazyková odlišnost by mohla být zdrojem dalšího zájmu a možnosti případného studia.

Východní Evropa nás také přitahovala vzhledem ke své historii, zvláště pak v souvislosti s nedávným pádem komunismu. Doufali jsme, že budeme moci pozorovat důsledky této změny jak kulturně tak v rámci systému zdravotní péče.

Konečně jsme se setkali u svých přátel s tím, že hovoří o Praze jako o jednom z nejkrásnějších měst na světě a o českých lidech jako o přátelských a vstřícných.

Mezi 3. LF UK a Birminghamskou universitou existuje již vazba, v rámci které dochází k výměnám studentů lékařství každý rok a v Psychiatrickém centru Praha (PCP) před dvěma lety proběhla stáž jedné studentky naší university.

Při práci v nemocnicích jsme měli možnost vnímat také Prahu jako takovou. Během dvou měsíců jsme získali dojem, že Praha je opravdu hezké město, kde je možno mnohé vidět i dělat a pravděpodobně odjedeme z Prahy s tím, že jsme viděli pouze polovičku z toho, co jsme mohli. Velmi snadno jsme se přizpůsobili zdejšímu životu navzdory jazykové bariéře, brzy jsme se cítili jako doma - na tomto pocitu má do značné míry velký vliv výjimečně dobré pražské pivo.

Kromě pobytu v Praze jsme navštívili další části České republiky - Kutnou Horu, Český Krumlov a Karlovy Vary. Všechna tato města byla krásná a umožnila nám vítanou relaxaci od velkoměstského ruchu Prahy. Výhodou toho, že jsme v ČR také pracovali a nebyli pouhými turisty bylo, že jsme se setkali s mnoha českými lidmi, kteří byli milí, otevření a vstřícní a snažili se seč mohli, aby nám náš pobyt zpříjemnili. Ve městě jsme také narazili na některé lidi, kteří nebyli až tak přátelští a někdy jsme měli dojem, že nedávný vzestup počtu turistů ze západních zemí v Praze se všem nezdá být pozitivem, čemuž jsme do určité míry rozuměli - i my sami jako turisté jsme někdy byli frustrováni všemi těmi turisty okolo.

Jazyková bariéra byla mnohdy problémem, někdy se nám obtížně komunikovalo se sestrami a s pacienty, nicméně se nezdálo, že by tento problém byl příčinou neúspěchu naší stáže, případně nám kazil potěšení z jejího průběhu. Všichni bychom se chtěli omluvit za naši ubohou češtinu, naše studium jazyka nebylo příliš efektivní, nicméně jsme se nesmírně pobavili svou snahou učit se česky. Děkujeme všem, kdo s námi mluvili anglicky, překládali nám nebo nám zcela brilantním způsobem pantomimicky vysvětlovali, o co se jedná.

Natalie Smith - Psychiatrické centrum Praha

Byla jsem druhým studentem stážujícím v PCP, Tereza Redfordová absolvovala stáž před dvěma lety a nesmírně si její průběh pochvalovala. To mne inspirovalo k cestě do Prahy. Před svým příjezdem jsem nevěděla o centru zhoła nic, takže jsem neměla žádné předsudky.

První věc, která mne překvapila, bylo zcela odlišné stavební uspořádání a okolí pracoviště. V Anglii je v současné době otevřeno jen velice málo starých nemocnic

vzhledem k reformám komunitní péče a já jsem tudíž zvyklá na moderní nemocnice bez jakýchkoli relaxačních prostor okolo. Areál centra je překrásný a nabízí celou řadu terapeutických příležitostí, z nichž pacienti mají velké potěšení. Areál je nesmírnou výhodou, něčím, co mi bude doma velice chybět.

Dalším okamžitým vjemem byla velikost nemocnice. Věděla jsem, že centrum má pouze dva pavilony a byla jsem udivena, když jsem zjistila, že se ocitám v areálu s 35 pavilony. Při svých pochůzkách po areálu jsem viděla, že mnoho pacientů jsou chronici, kteří byli v nemocnici po dlouhou dobu a kteří by v Anglii byli umístění v komunitní péči.

Během své stáže jsem, viděla mnoho zajímavých věcí. Strávila jsem den s týmem domácí péče, navštívila jsem oddělení pro neklidné pacienty, navštívila jsem pacienta v domácím prostředí, pobývala jsme na různých stanicích, na uzavřeném oddělení, na otevřeném oddělení a seznámila jsme se i s velmi zvláštním systémem na pavilonu 19. Rovněž jsem pozorovala a asistovala na EEG a EKG, při podávání elektrošoků, při ultrazvukových ošetřeních, při skupinové terapii, umělecké terapii, tělesné výchově i pracovní terapii a účastnila jsem se také bazálních ošetrovatelských aktivit jako je převlékání postelí, rozdávání léků a podávání jídel.

Mezi PCP a péčí v Anglii je mnoho rozdílného. Denní režim a rozdělení denních aktivit jsou velmi odlišné - v Anglii je jen velmi málo organizovaných terapeutických aktivit. Participace pacientů a jejich kooperace je v PCP mnohem větší než v Anglii.

Považuji za velmi pozitivní, že jsem měla možnost vidět některé z pavilonů nemocnic, kde podmínky nejsou tak dobré jako v centru samotném. Byla jsem překvapena, když jsem viděla mnoho podobných věcí, jako např. izolační boxy. Podmínky v pavilonech byly ve skutečnosti mnohem lepší, než jsem očekávala.

Mezi systémy péče v Anglii a v České republice je mnoho odlišností. Bylo mi velkým potěšením pracovat v centru, kde mi personál umožnil, abych se cítila vítaná. Zvláště pak děkuji sestřám, že mě tolik naučily, protože jejich znalosti a schopnosti jsou jasné navzdory jazykové bariéře.

Emma Kimpton - Klinika dětí a dorostu

Jako první studentka ošetrovatelství trávící stáž na Klinice dětí a dorostu jsem měla jen velice malou představu o tom, jaké zkušenosti bych mohla ze svého umístění získat.

Můj první dojem z pracoviště byl, že organizační struktura s ohledem na věkovou strukturu a prostorové uspořádání oddělení je velmi odlišná od toho, na co jsme zvyklá. V Anglii se jako studentka ošetrovatelství starám o pacienty od 0 do 16 let - potom jsou pacienti ošetřováni na oddělení pro dospělé. V Praze jsou pacienti až do věku zhruba 22 let.

V současné době máme v Anglii velká otevřená oddělení a cílem je postupná změna na oddělené pokoje pro pacienty. Na zdejší klinice jsem mohla pozorovat, jak

tyto menší pokoje zajišťují vítané soukromí i domáctější prostředí pro hospitalizované.

Z toho, co jsem pochopila, soudím, že převážná část zdravotní péče poskytované pražským dětem je podobná tomu, co se děje v Anglii, ačkoliv počet personálu v Praze je vyšší než u nás. Tento fakt odstraňuje čekací lhůty na nutnou lékařskou péči, se kterou se v Anglii setkávají rodiče a děti. Vzhledem k nižšímu počtu lékařů v Anglii je mnoha sestrám svěřena odpovědnost za zhodnocování zdravotního stavu, za monitorování a provádění některých výkonů často s minimální možností konzultace s lékařem. Tento fakt spolu s nedávnými změnami ve vzdělávání sester vedl k větší autonomii anglických sester a do určité míry k většímu respektu k jejich znalostem a zkušenostem v rámci jejich specializace. V hierarchickém nemocničním systému vznikají i v Anglii samozřejmě konflikty tehdy, když vzniknou rozpory v názoru na péči specifických pacientů.

V České republice jsou sestry schopné provádět mnohem více výkonů (např. odebrat krev a podávat intravenózní léky), než v Anglii, kde tyto výkony jsou chápány jako specializace, ke kterým je oprávněno jen velice málo sester. V Anglii rovněž (částečně v důsledku obavy ze soudního stíhání) musí být každý výkon kontrolován alespoň dvěma kvalifikovanými sestrami a poté zaznamenán do individuálních ošetrovatelských plánů. Toto opatření je zvláště markantní při podávání léků, kde jsem byla zdrojem pobavení pro české sestry ve své neustálé snaze nechat si vše překontrolovat.

Dalším nově zaváděným prvkem je práce specificky vzdělaných sester, kterým se říká „herní terapeuti“, jejich úlohou je organizace herní terapie jako způsobu přípravy dětí na traumatizující výkony i ke stimulaci normální hry. Viděla jsem, že sestry na klinice rovněž podporovaly herní aktivity mezi dětmi - používaly při tom hračky, i když nebyla na oddělení žádná sestra se specifickou rolí herního terapeuta.

V Anglii je mi jako studentce neustále připomínána bezpodmínečná nutnost připravovat děti na všechny výkony - v této oblasti mi dělala jazyková bariéra největší problémy. Naštěstí mne sestry ochotně doprovázely po oddělení a vysvětlovaly dětem, co bude dělat tato podivná osoba, která nemluví česky.

Mé díky patří všem sestram i lékařům na klinice, na novorozeneckém oddělení i na klinice plastické chirurgie. Věnovali se mi přátelsky i po stránce výukové, jsem jim vděčna za neocenitelnou a velmi příjemnou zkušenost.

Robert Daw - II. interní klinika

Během svého pobytu jsem působil většinou na metabolické intenzivní jednotce, ale dva týdny také na koronární jednotce. Pracoval jsem v této oblasti již předtím, takže jsem měl dojem, že jsem schopen pozorovat rozdíly mezi dvěma zeměmi, i když moje znalosti kardiologie jsou malé, takže v této oblasti se mi srovnávalo obtížněji.

Při svém příchodu jsem byl překvapen, že vybavení pomůckami je na stejné úrovni jako v Británii - v mnoha případech jsem používal stejné vybavení jako doma. Lékařská péče má rovněž podobný standard a obecné medicínské teorie jsou téměř stejné, i když jsem byl neustále překvapen velkými množstvími krve a velkými množstvími rentgenových snímků, které se v České republice provádějí u jednoho pacienta. Nikdy se mi nedostalo uspokojivého vysvětlení, proč se toto děje. Rovněž jsem shledal rozdíly v ošetřovatelském vybavení (např. široké spektrum obvazového materiálu, která jsou k dispozici na anglických odděleních, se zde nevyskytuje), neviděl jsem zde ani různé pomůcky k manipulaci s pacienty (kladky, výtahy, zvedáky), které vyžaduje v Anglii zákon.

Podobně jako moje kolegyně na Klinice dětí a dorostu jsem se i já zde setkal s tím, že počet personálu na českých odděleních (jak lékařů tak sester) je vyšší než v Anglii, měl jsem také pocit, že v Anglii vede stávající stav k vyšší autonomii sester. Také jsem se setkal s tím, že vztah lékař - sestra jsou mnohem lepší v České republice než v Anglii, a to vede k produktivnějšímu a klidnějšímu pracovnímu prostředí.

Zjistil jsem, že sestry v obou zemích mají odlišné úlohy a těchto odlišností je tolik, že je nelze popsat. České sestry jsou mnohem kvalifikovanější v některých úkonech (např. odebírání krve a podávání léčiv), na druhé straně anglické sestry jsou kvalifikovanější v úkonech, které nevyžadují léčebnou intervenci (např. péče o poranění).

V Anglii jsou v současné době určité okruhy problémů, které jsou populární. Např. všechny sestry mají časté přednášky o správné metodice zdvihání pacientů, pokládá se to za důležitou část ošetřovatelské praxe, i když tato edukace může být zdrojem soudních sporů mezi sestrami a nemocnicí v případě pracovního úrazu.

Stejně jako moje kolegyně Emma jsem měl pocit, že zdravotničtí pracovníci v České republice nemají paranoii podobnou té anglické ve vztahu k forensním dopadům své činnosti.

Moje pražská zkušenost mě velice potěšila, naučil jsem se mnoho věcí, které si vezmu s sebou do Anglie a využiji v praxi. Díky české zkušenosti jsem se naučil větší samostatnosti v rozhodování při ošetřování pacientů. Děkuji všem lékařům a sestram, se kterými jsem pracoval - mnoho jste mě naučili, líbilo se mi u Vás, je mi líto, že odjíždím.

SESTRÍČKY

PROJEKT HOPE

Eva Šiplová, hlavní sestra FN KV

Program managementu v českém zdravotnictví, praktické zkušenosti ze studijního pobytu v ROYAL HALLAMSHIRE HOSPITAL, JESSOP HOSPITAL a NETHER EDGGE HOSPITAL - SHEFFIELD.

Dvoutýdenní studijní pobyt jsem absolvovala společně s dalšími čtyřmi účastníky kursu top managementu v českém zdravotnictví, pořádaného projektem HOPE ve střední Anglii v Royal Hallamshire Hospital, Jessop Hospital a Nether Edgge Hospital, jejichž působnost pokrývá oblast ocelářského města Sheffieldu a část jeho přilehlého okolí.

Tento můj pobyt byl zaměřen na problematiku organizace a řízení ošetrovatelství - současně i budoucí potřeby ve Velké Británii v porovnání s Českou republikou a konfrontací v mém případě s Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady Praha.

Program pracovní stáže celé naší skupiny byl po oboustranné shodě požadavků a cílů organizován anglickou stranou opravdu výborným způsobem pracovníky vrcholového i středního managementu. Denní program od rána do pozdních odpoledních hodin byl doslova nabitý informacemi, které nás velmi zaujaly a některé z nich jistě bude možné využít i v našich podmínkách. Lze také čerpat z velkého množství písemných materiálů, které jsme obdrželi.

Navštívila jsem Royal Hallamshire Hospital, Jessop Hospital a University of Sheffield, prohlédla jsem si nejen různé nemocniční části, ale i administrativu na různých úrovních řízení, včetně počítačového registru vědecko-technických prací podle jednotlivých oborů.

1) Organizace trustu CSUH (Central Sheffield University Hospitals)

Zdravotní péče o obyvatelstvo je v Sheffieldu organizována - kromě primární péče, kterou zabezpečují privátní a domácí lékaři - také formou sdružení nemocnic. Patří sem mimo Royal Hallamshire Hospital také nemocnice Jessop Hospital for Women a Nether Edgge Hospital. Od r. 1992, kdy proběhla ve zdravotním systému Anglie organizační změna, jsou sdruženy do Central Sheffield University Hospital (CSUH trust), který je součástí N. H. S. Trust (National Health Service Trust), což je Národní zdravotní služba.

CSUH Trust je řízen Správní radou, v jejímž čele stojí Chairman Dr. G. Tolley.

2) Charakteristika CSUH Trust

Vrcholovým řídicím pracovníkem CSUH Trust je Chief Executive Mr. D. Whitney (generální ředitel), kterému je podřízeno celkem 18 klinických direktorátů řízených jejich řediteli (přednostové klinik) a 6 administrativně-servisních direktorátů. Kliničtí ředitelé direktorátů včetně ředitelky ošetrovatelské péče (Director of Nursing, Midwifery Health) jsou skutečnými top managery svých direktorátů s povinnostmi nejen odbornými, ale i ekonomickými. Obecný pojem „spolupráce“ mezi spolupracovníky je nahrazen přesně definovanou týmovou prací jak v rámci direktorátu, tak se specialisty mimo něj (konzultanti).

V trustu je zavedeno střediskové hospodaření (nákladová střediska) včetně plánovaných nákladů, skutečného čerpání a hospodářského výsledku podobně jako v naší nemocnici. V anglickém systému (obdoba našeho projektu „Hospodář“) však neexistuje rozlišení nákladových středisek ambulantní a lůžkové části a jednotek intenzivní péče, popř. komplementu. Pokud mohu porovnat tento systém z hlediska analytického, což je důležité pro strategická rozhodnutí, náš systém ve FNKV je lepší vzhledem k tomu, že používáme hlubší struktury nákladových středisek.

počet zdravotnických direktorátů klinik :	10
počet lékařů :	456
počet sester a ošetrovatelek :	2.154
počet pracovníků hotel. a pomoc. služeb :	1.150
počet administrativních THP (vč. zdrav.):	935
počet specialistů a techniků :	720
počet dělníků :	85
<i>Celkem:</i>	5.511 pracovníků
<i>počet lůžek:</i>	1.137 z toho 850 akutních

3) Řízení ošetrovatelství v CSUH Trust

Vedení CSUH Trust je umístěno v několika částech objektu Royal Hallamshire Hospital, kterému je 30 let, je monoblokem a výškovou dominantou Sheffieldu. Z hlediska spektra poskytovaných služeb je RHH typem podobným naší Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, poskytující péči v oborech interních, chirurgických, interdisciplinárních a komplementu. Obor gynekologie a porodnictví je zastoupen v Jessop Hospital for Women a obory rheumatologie a logopedie v Nether Edghe Hospital. Navíc součástí RHH je specializované lůžkové ARO s osmi perfektně vybavenými lůžky a nově vybudovaný denní stacionář (Day Case Centre), který byl otevřen těsně po odjezdu naší skupiny ze Sheffieldu. Je určen ke krátkodobým hospitalizacím (maximálně 24 hodin, k zákrokům např. typu laparoskopie, drobné

chirurgické zákroky, endoskopická vyšetření apod.) a mohou zde být takto krátkodobě hospitalizováni pacienti z celé spádové oblasti Sheffieldu. Z ekonomického hlediska se jedná o minimalizaci režijních nákladů nemocnice, zkrácení ošetrovací doby a zvýšení obrátu pacientů na lůžkách v nemocnici. Tohoto bylo možné dosáhnout pouze úzkou spoluprací s privátními (domácími) lékaři, kteří zajišťují kompletní vyšetření nutná před výkony a pobytem v denním stacionáři.

Vrchní sestry na klinikách v našem pojetí neexistují, pracují zde na jejich (a vyšší) úrovni managerky klinik s pravomocemi a kompetencemi nejen odbornými, ale plně i personálními a ekonomickými, mají bakalářské nebo magisterské vzdělání a vzdělání ve zdravotnickém managementu (výukou se zabývá Sheffieldská universita). Těmto managerkám je podřízen veškerý personál na klinice kromě lékařů a ony samy mají tzv. dvojitou podřízenost - přímou řediteli kliniky (přednosta) a nepřímou - metodicky jsou řízeny **ředitelkou ošetrovatelské péče**, která přes managera kvality péče určuje standardy kvality péče všech profesí v nemocnici včetně ošetrovatelské dokumentace, navrhuje nápravná opatření při neodpovídající kvalitě, sleduje kvalitu péče služeb v nemocnici, zabývá se také stížnostmi pacientů na ošetrovatelskou péči, sleduje dodržování kvality v návaznosti na Chartu práv pacienta. Ředitelka ošetrovatelské péče se aktivně zabývá také personální a mzdovou politikou, výchovou a vzděláváním sester a ošetrovatelského personálu. Je plně odborně i ekonomicky zodpovědná za direktorát ošetrovatelství. Je přímo podřízena generálnímu řediteli a je jednou ze 6ti členů top managementu CSUH Trust.

Managerka kliniky zajišťuje veškerý personál v rámci týmu v návaznosti na objem plánovaných výkonů, a to nejen z hlediska jejich počtů, ale zejména kvalifikace. Zaměstnává se jen nutný počet kvalifikovaných sester. Nekvalifikované práce zabezpečuje zásadně nekvalifikovaný a tím i levnější personál. Všude je zavedena skupinová ošetrovatelská péče a při „přidělování“ pacientů jednotlivým sestram (přidělení provádí managerka kliniky) jsou pacienti rozlišováni podle míry obtížnosti ošetřování. Stále je připomínána systémem seminářů např. míra odpovědnosti sester za pacienta, je ověřováno, zda celý proces byl ošetřujícím personálem správně pochopen, managerka kliniky sleduje i výsledky zpětné vazby a činí příslušná opatření.

V poslední době se klade velký důraz na zajišťování ošetrovatelské péče sestrou („The Named Nurse“), která zodpovídá za pacienta po celou dobu jeho pobytu, to znamená od provádění ošetrovatelské péče přes plnění léčebného plánu až po přípravu, kontakty s příbuznými, různá poučení související s chorobou pacienta.

Výjimečná funkce, která není běžná v anglických nemocnicích, byla zřízena právě v Royal Hallamshire Hospital, a to **ředitelka pro využitelnost lůžek**. Tato funkce byla v CSUH Trust zřízena teprve před několika měsíci a s takovými výsledky, že stojí za bližší seznámení.

Před zřízením této funkce dosahovala obloženost lůžek v CSUH Trust v průměru 76%. Právě z těchto důvodů byla zřízena pozice pracovníka zodpovědného za využi-

tí lůžkové kapacity v rámci celé Royal Hallamshire Hospital. Podstatou činnosti je zjišťování, evidování a využívání nových lůžek v nemocnici bez ohledu na typ direktorátu (interna, chirurgie, ORL apod.).

Ředitelka pro využitelnost lůžek je sestra s bakalářským vzděláním a s dlouholetou praxí v Royal Hallamshire Hospital, takže tuto nemocnici celou velmi dobře zná. Má k dispozici 3 asistentky, které provádějí zjišťovací činnost na 3 největších klinikách (chirurgická, ortopedická a interní), a to 7x do týdne, 24 hodin denně. V praxi to znamená, že má-li být například přijat pacient na chirurgickou kliniku a na této klinice není volné lůžko, využije se volné lůžko např. na urologii a po uvolnění lůžka na chirurgii je pacient přeložen zpět na cílové lůžko. Uplatňováním tohoto principu došlo v průběhu čtyř měsíců ke zvýšení obložnosti lůžek ze 76% na 95%.

Z výše uvedených důvodů vyplývá zcela logicky pravomoc ředitelky pro využitelnost lůžek v rozhodování o přijímání a rozmísťování pacientů s výjimkou akutních stavů.

Postupně s výsledky uplatnění tohoto opatření vzrostlo i uznání oprávněnosti a efektivnosti zřízení této funkce, ke které zpočátku pocítovali pracovníci klinik skepsi a nedůvěru.

Z ekonomického hlediska toto opatření opět zdatelně snižuje náklady na 1 lůžko vzhledem k rozložení režie na větší počet lůžek.

V RHH je **10 centrálních operačních sálů**, které slouží všem operačním oborům, takže dochází k jejich maximálnímu využití. Tato možnost využívání je ovšem podmíněna stoprocentní organizací přípravných předoperačních prací. Počínaje centrální sterilizací a přípravou jednotlivých typů nástrojů a materiálů podle druhu operace až po výstup z operačního sálu a péče o pacienta při probouzení z anestezie. Tato péče je zajišťována sestrou s anesteziologickou specializací (tato sestra při samotné anestezii na operačním sále neasistuje).

Operační sály v RHH jsou vytíženy denně od 8.00 do 19.00 hod. a po této době jsou k dispozici 2 akutní sály. V průměru je na operačních sálech prováděno kolem 60 operací denně, toto číslo však kolísá v závislosti na obtížnosti operací. Každý operační sál má svoji vedoucí sestru a 3 - 4 sestry při denním programu (tentýž počet sester je i při odpoledním programu) a pomocný personál pro zajišťování a doplňování materiálu. Všechny sály (organizace, rozpisy operací, materiálové a personální zajištění) řídí manager operačních sálů.

Uplatnění principu centrálních operačních sálů v takovémto rozsahu lze uplatnit opět pouze v monobloku, kde je tento systém předem projektován.

Dlouholetý systém vzdělávání sester a ošetřovatelek ve Velké Británii již delší dobu nese své ovoce - kvalifikované sestry si dokáží (a úspěšně i provádějí) ordinovat samy ve spolupráci s pacientem (klientem) svoje činnosti, za něž jsou zodpovědné a v nichž jsou managerkou kliniky kontrolovány. Velká pozornost je věnována také kontinuálnímu vzdělávání dietních sester, které samy řídí proces léčebné výživy v rovině dietologů, podílí se na konzultačních činnostech pro pacienty nemocnice i mimo ni.

V celé této problematice vidím místo, kde je třeba u nás (míněna ČR) ještě pozvednout odbornou úroveň teoretických vědomostí zdokonalením systému zdravotnického vzdělávání. Je třeba mít víc sester vysokoškolsky vzdělaných (bakalářek s navazujícím magisterským vzděláním), zavést výuku zdravotnického managementu a stimulovat tím ošetrovatelský proces jako celek.

Závěr

Do roku 2000 by měly ve všech členských státech Světové zdravotnické organizace existovat struktury a procesy zajišťující neustálé zvyšování kvality zdravotní péče s tím, že podstata tohoto vývoje spočívá v tom, že cíle kvality jsou založeny na přáních a očekávání především pacientů a na podmínkách vytvořených zdravotnickými zařízeními. Je třeba využívat svých nejnvýraznějších výsledků tak, aby bylo dosaženo co nejlepší kvality zdravotní a ošetrovatelské péče ve prospěch pacienta.

Jsem proto přesvědčena, že absolvování mé pracovní stáže je jedním z předpokladů pro naplňování uvedených cílů v naší nemocnici a zdrojem pro uplatnění získaných zkušeností v mé současné práci.

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE VE FN KV

Eva Šiplová, hlavní sestra FN KV

Motto:

„Ošetřování je úsek obsáhlých činností, založených na znalostech, dovednostech a porozumění, které umožňují pochopit jedince jako celistvé bytosti, pomáhá těmto jedincům při udržování a opětném získávání zdraví, akceptuje jejich snížené schopnosti nebo způsob, kterým se vyrovnávají se svou nemocí nebo smrtí.“

Příprava ke startu

Objasnění záměru:

Zavedení samostatné ošetřovatelské dokumentace, která by zohledňovala specifické zvláštnosti a náročnosti jednotlivých oborů.

Top management FN KV si je vědom toho, že pokud stanovené programy zabezpečení kvality ošetřovatelské péče v návaznosti na **ošetřovatelskou dokumentaci** mají být úspěšné, musí být založeny na objektivních informacích a musí mít podporu nejenom ošetřovatelských týmů, ale i lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků.

Strategická rozhodnutí

Hlavní sestra FN KV ustavila pracovní tým ve složení:

- hlavní sestra FN KV
- zástupkyně hlavní sestry
- 5 vrchních sester zastupujících jednotlivé obory
- 3 zástupkyně směnových sester
- lékařský člen QA týmu FN KV (Quality Assurance)

Cíle pracovního týmu

Krátkodobé

- vytvořit specifické ošetrovatelské dokumentace se zaměřením na odlišnosti ošetrovatelské péče v jednotlivých oborech
- na úrovni klinických jednotek stanovit druh a rozsah zpracovávání ošetrovatelských dokumentací
- vypracovat speciální ošetrovatelské diagnózy
- na základě analýz a popisů ošetrovatelských dokumentací definovat standardní postupy
- zajišťovat zpětné vazby informovanosti o kvalitě ošetrovatelské dokumentace a její pochopení sestrami
- stanovit vhodné indikátory a kritéria a na základě jejich sledování tak hodnotit dosaženou kvalitu péče

Dlouhodobé

- přirozenou cestou vytvořit podmínky ke kontinuálnímu zvyšování profesionálního rozvoje sester
- zaktivizovat zdravotnické týmy ve prospěch daného cíle (podpora nové moderní role sestry) s následným vytvořením podmínek pro žádoucí angažovanost, využití přirozené soutěživosti kolektivů
- dosáhnout trvalých co nejlepších výsledků ve zvyšování kvality ošetrovatelské péče
- činnosti vyplývající z výše uvedených krátkodobých cílů použít pro účely revizí, ošetrovatelských výzkumů a konkurenční účely
- vytvořit podklady pro státní akreditační proces

Pozitiva

Nejvýznamnějším pozitivním prvkem bylo ztotožnění se jednotlivých členů přípravných týmů na klinikách s cílem, který je současně prostředkem k prohloubení vazeb ošetrovatelské péče do oblastí, které dříve byly opomíjeny.

Potvrdilo se jako správné rozhodnutí, aby do pracovní skupiny ustavené hlavní sestrou FN KV byly zařazeny právě ty sestry, které se podílejí na přímém ošetrování pacientů.

Účelnost vedení ošetrovatelské dokumentace se projevila také inovačními přístupy zúčastněných sester při samotných výkonech ošetrovatelské péče na základě bezprostředních pozorování a postřehů projevů v chování (reagování) pacientů na

aplikovaný postup. Tím se zvýšila i zodpovědnost za kvalitu a úroveň poskytované ošetrovatelské péče v závislosti na ošetrovatelské dokumentaci.

Negativa

Průvodním jevem při zavádění ošetrovatelských dokumentací byla a stále ještě je na některých pracovištích přetrvávající nedůvěra a někdy i podceňování důležitosti a významu ošetrovatelské dokumentace ze strany některých lékařů.

S tím souvisela i nemožnost zrealizovat zavedení ošetrovatelské dokumentace plošně v celé nemocnici, k čemuž přispívá i fakt neexistence vzdělávání sester v tomto směru. Sestry vnímají zavádění těchto postupů jako novum a proto i s jistou dávkou opatrnosti. Zdroje informací k realizaci tohoto záměru bylo nutno získávat především ze zahraničních pramenů, které se staly vodítkem pro systémové zpracování ošetrovatelských dokumentací v podmínkách naší nemocnice.

Realizace záměrů

Byly zpracovány a připomínkovány modely ošetrovatelských dokumentací pro jednotlivé obory (interní, chirurgické, dětské, Home Care a LDN aj.).

V průběhu připomínkových řízení bylo zjištěno, že nelze aplikovat jednotnou formu ošetrovatelské dokumentace dokonce ani v rámci jednoho oboru vzhledem ke specifčnosti ošetrovatelských postupů v jednotlivých specializacích. Například ošetrovatelská dokumentace Chirurgické kliniky byla některými svými aspekty poněkud odlišná od ošetrovatelské dokumentace Kliniky plastické chirurgie či Kliniky popáleninové medicíny (společně jsou zařazeny pod chirurgické obory).

Proto musely být zpracovány odpovídající speciální formy ošetrovatelské dokumentace přímo „na míru“.

Společným prvkem ve všech dokumentacích se ukázala být ošetrovatelská péče o dekubity a nutnost předávání si pacienta po ošetrovatelské linii při jeho překladech z kliniky na kliniku.

Z těchto důvodů byl zpracován „**Plán ošetřování dekubitů**“, založený na principu vyhodnocování stupnice Nortonové a „**Ošetrovatelská překladačová zpráva**“, která zajišťuje návaznost a pokračování vedení ošetrovatelské dokumentace na jiném pracovišti při překladech pacienta a v daném časovém úseku představuje ucelený obraz minimalizující eventuelní ošetrovatelské „chyby“. Z hlediska průkaznosti (odpovědnosti) je zde možnost ošetrovatelské konzultace se sestrou, která svým podpisem stvrzuje pravdivost uvedených údajů. **Ale především je zde vědomí odpovědnosti za ošetrovatelský proces ve zcela jiných kvalitativních i morálních dimenzích než dosud.**

Zhodnocení účinnosti

- formou dotazníkových akcí i přímým porovnáváním průměrných výsledků z doby před zaváděním a po zavedení ošetrovatelské dokumentace (t.j. ve sledovaných oblastech)
- je průběžně zjišťována účinnost výše popsaných opatření, například porovnávání výskytu dekubitů
- výsledky jsou pravidelně předkládány v QA týmu nemocnice a informace jsou předávány různými formami zdravotnickému personálu nemocnice

Hodnocení účinnosti ošetrovatelských dokumentací je trvalým procesem vzhledem k tomu, že tento projekt, pojmenovaný sestrami „EXPERIMENT“, je stále otevřeným materiálem, který je průběžně doplňován o nové poznatky a vlastní vedení ošetrovatelské dokumentace je upravováno.

Praha, červen 1995

STUDENTI

Studenti a seminární práce z lékařské etiky

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.,

Ústav lékařské etiky 3. LF UK

Stalo se tradicí, že nejlepší studentské práce jsou publikovány ve Vita nostra. Vybraní autoři tak mohou pocítit zadostiučinění z dobře vykonané práce, event. se stát příkladem mladším kolegům. Přestože se písemný projev mediků zvolna zkvalitňuje, stále dochází k některým chybám. Za nejzávažnější lze považovat přesvědčení některých studentů, že k písemnému projevu z oblasti lékařské etiky stačí „vnitřní pocit“ směřující „k dobru“. Podceňována je zejména práce s odbornými prameny a respekt k pravidlům bibliografických odkazů. Rovněž záměna etických a psychologických témat je poměrně běžná a nezbývá, než opakovaně vysvětlovat, že etický problém se nachází tam a tehdy, kde je situace dilematická (nejednoznačná) a kde pro obě alternativy existuje mnoho „dobrých“ důvodů. Jisté je, že i v psychologickém přístupu k nemocným se vyskytují mnohé nejednoznačné situace, ale obecná záměna etiky a psychologie svědčí o neznalosti.

Již několik let navštěvují naši fakultu také studenti senioři. Společné studium přináší mnoho dobrého, medicí si zvykají na starší spoluobčany lačné vědění sice s překvapením, ale rychle. Neformální kontakty bezděčně napomáhají k mezigeneračnímu dialogu a k zvládnutí komunikace se staršími. Studenti senioři vykazují zájem a píli. V tomto čísle zveřejňujeme jednu ze seminárních prací z pera posluchačky Univerzity třetího věku pí Anny Burgetové s názvem „Člověk člověku vlkem“. Pro mediky může být právě tato práce zdrojem inspirace i poučení.

24.10. 1995

PLACEBO A ETIKA

Barbora Komárková

Lékaři jsou po celá staletí vychováváni svými pacienty k tomu, aby dodržovali rituál předepisování léků. Většina lidí má pocit, že lékař nebere jejich stížnost dostatečně vážně, nedostanou-li lékařský předpis, který považují za stvrzenku na zaručené uzdravení. Lékař však ví, že to, co pacientu pomáhá od utrpení, je spíš vlastní získání předpisu, než to, co je na něm napsáno. Léky nejsou vždy třeba, hlavní je spolupráce pacienta s lékařem, který má za úkol podpořit a živit víru a motivaci pacienta k uzdravení.

Neexistuje lék, který by neměl vedlejší účinky. Čím je lék „zázračnější“ - antibiotika, kortikoidy, sedativa, antihypertonika, protizánětlivé látky - tím větší bývají problémy s jeho vedlejšími škodlivými účinky. U mnohých léků vzniká problém, že jednomu systému či oblasti organismu prospívá a zároveň škodí v oblastech, kde to není žádoucí.

Z tohoto důvodu je třeba, aby lékař zvážil konkrétní léčivé účinky přípravku, v porovnání s celkovým nebezpečím.¹

Čím je lék silnější, tím je celá terapie nebezpečnější. Lékařovo dilema ohledně volby léků navíc komplikuje fakt, že lidé přistupují k lékům jakoby např. kupovali auto - každý rok by chtěli mít nový model a samozřejmě, čím silnější, tím lepší. Mnozí pacienti podezřívají svého lékaře z neznalosti, když jim nepředepíše nová antibiotika nebo jiný farmaceutický hit, o kterém slyšeli od svých přátel či jsou ovlivněni reklamní propagací.

Vzhledem k velkým nebezpečím spojeným s novými silnými léky může využít každý moderní lékař možnost volby a předepsat silné léky jenom tehdy, je-li přesvědčen o jejich naprosté nezbytnosti.⁴ Pokud jejich užití není nutné, může předepsat placebo nebo vůbec nic.

Placebo je přípravek tvořený neutrální substancí, většinou vyrobené z cukru a mléka, který nemá specifický účinek.¹ Podle účelu, ke kterému má být podán, je upravena jeho velikost, barva, chuť, balení a způsob aplikace.

V současné době se s jeho použitím můžeme setkat jak v praktické medicíně, tak v oblasti lékařského výzkumu.

1) Slouží k ověřování účinnosti nově zaváděného léku nebo zavádění nové diagnostické metody (chirurgické, radiační, dietologické, rehabilitační, akupunkturní apod.)¹

2) V případě, kdy účinky dosud užívaného léku jsou již nadále nežádoucí (návyk, alergie, toxicita), ale pacient stále trvá na jejich užívání, stále obtíže, kterou jsou již psychologické etiologie.³

3) V situaci, kdy příslušná léčba není dostupná (není známa optimální terapie), ale lékař nechce nechat pacienta bez pocitu pomoci.³

Mechanismus účinku placeba není ještě zcela objasněn. Podle některých teorií dochází k aktivaci mozkové kůry, která zapojuje celý endokrinní systém a zvláště pak nadledviny. Mimofádný účinek placeba se v mnoha případech projeví zmírněním a odstraněním tělesných příznaků, indispozic a onemocnění, jejichž optimální léčbu dodnes neznáme.

Jediným *aktivním prvkem léčby placebem* je víra - *pozitivní očekávání* - pacienta, který se domnívá, že mu byl poskytnut účinný lék.³ Pokud věří, že mu lékařem předepsaný, ve skutečnosti inertní lék pomůže, protože v něm lékař vyvolal pozitivní očekávání účinků, léčba bude velmi pravděpodobně účinná.

Základním kamenem účinku placeba je tzv. placebo efekt, který je ovlivněn mnoha faktory.

Placebo efekt definovaný dle Shapira (1959) - „je psychologický, fyziologický nebo psycho-fyziologický účinek medikace nebo procedury prováděné s léčebným záměrem, ale bez souvislosti či minimální vazbou na farmakologický účinek medikamentu nebo specifický účinek léčebné procedury, fungující na podkladě psychologických mechanismů.“²

Z toho vyplývá, že placebo efekt není omezen pouze na podávání tablet cukru. V historii medicíny se používalo nesčetných zázračných medikamentů a postupů bez léčebného účinku, naopak v mnohých případech i škodlivých (hnůj, prášek z mumii, piliny, sušené zmiže či proslulé „pouštění žilou“). Pacienti, kteří podstupovali tyto pro nás dnes nepochopitelné praktiky, často umírali, ale také přežívali právě díky silné víře v účinnost léku, v jeho vykonavatele či díky silné vůli žít.

Placebo efekt se částečně *podílí na výsledku každé léčby*, je ovlivněn i neterapeutickými výkony lékaře, jako je odběr anamnézy, provedení diagnostických testů, předepsání dávek léků, způsobu jeho podání a také uznání té které metody lékařskou obcí.

V tomto širším náhledu je placebo efekt významným článkem praktické medicíny. Očekávaný přínos léčby placebem je podmíněný *vztahem lékař - pacient*.³ Zde však nemůžeme opomenout fakt, že placebo je podáváno - s výjimkou vědeckého experimentu, který vyžaduje dobrovolnost a informovaný souhlas - *bez vědomí a informování pacienta*.

Jakým potom může být vztah, kde jeden skrývá před druhým důležité informace?

Pokud lékař řekne pravdu, zboří tak základ, na kterém placebo stojí, v opačném případě ovšem ohrožuje vztah založený na důvěře. Toto dilema otevírá otázku lékařské etiky.

Kdy má lékař právo nejednat s pacientem zcela otevřeně?

U smrtelných onemocnění může lékař dojít k závěru, že je nemoudré, dokonce nezodpovědné přidávat k bolesti ještě zoufalství, a tak se snaží pravdu obejít. Ve smyslu ještě základnějším je možné klást otázku, jestli je etické a moudré, aby lékař podporoval a živil někdy až mystickou víru v léčiva. Stále větší počet lékařů se domnívá, že by pacienti neměli být povzbuzováni k očekávání předpisu, protože dobře vědí, jak snadné je prohloubit pacientovu psychickou a fyziologickou závislost na lécích, popř. na placebo. Takový přístup s sebou nese nebezpečí, že pacient přejde přes ulici k jinému lékaři. Pokud přestane značná část lékařů dodržovat tento rituál a budou se v dostatečné míře věnovat zejména psychologickému působení a přesvědčivě provádět vyšetření, budou i sami pacienti vidět předpis v jiném světle.

Richard C. Cabot napsal: „Pacient se naučil používat lék při jakýchkoli příznacích. S tímto očekáváním se ale nenarodí... to my, lékaři, jsme odpovědní za udržování nesprávných představ o nemoci a jejím léčení.“¹

Dalším problémem souvisejícím s lékařskou etikou, jsou obavy lékařů z působení placeba na citlivou strukturu a jemnou funkci nervového systému, které ještě není zcela objasněno. Používání léků a metod, o jejichž přesných účincích není ještě známo vše, provází denní lékařskou praxi (akupunktura, cytostatika apod.).

Překvapivým přínosem k otázkám placebo efektu je studie provedená se dvěma skupinami nemocných trpících krvácením žaludečních vředů.³

Pacientům první skupiny lékař sdělil, že budou užívat stejný lék, který jim nepochybně uleví. Druhá skupina byla informována sestrami, že dostanou nový experimentálně ověřovaný lék, o jehož účincích se mnoho neví. Oběma skupinám byla podána tatáž látka. V první skupině bylo dosaženo zřetelného zlepšení stavu u 70% nemocných, ve druhé skupině pouze u 25% nemocných.

Jediným rozdílem v léčbě bylo *pozitivní očekávání* navozené v první skupině.³

Nejlépe si můžeme problémy vztahu placebo a etiky představit na konkrétních příkladech.

Případ 1. 73letá vdova žije se svým synem. Syn ji přivedl k lékaři, protože jeho matka propadala stavům letargie a zmatenosti. Lékař zjišťuje, že před dvěmi lety, kdy žena ovdověla, jí byla předepsána hypnotika na poruchy spánku, a dnes je na nich závislá. Lékař se rozhodl nahradit současnou medikaci dávkami placeba.²

Případ 2. 62letému muži byla operativně provedena totální proctocolektomie a ileostomie na podkladě karcinomu tlustého střeva. Nebyla prokázána nádorová rezidua, rána se dobře hojí a ileostomie je funkční. Osmého dne po operaci si pacient stěžuje na silné bolesti břicha a požaduje léky. Lékař nejdříve předepisuje spasmolytika, ale pacient si stále stěžuje, vyžaduje morfin, který mu přinesl úlevu v prvním dnu po operaci. Lékař váhá, jestli má předepsat opiáty. Je přesvědčen, že bolest je psychogenní a opiáty způsobí zácpu. Uvažuje proto o použití placeba.²

Každá situace, kde chceme použít placebo, nám přináší eticky problematickou otázku *záměrného zatajení*. Zásada podání pravdivé informace se dostává do rozporu se zásadou neškodit a narušuje se vztah důvěry mezi lékařem a pacientem. Proto se

musí při každém případě užití placeba, i když je správně indikováno, postupovat podle určitých **pravidel**:

1) Důvod k léčbě musí být znám jako situace s vysokou vnímavostí a odpovědností k účinkům placeba (lehká mentální deprese nebo pooperační bolest).²

2) Alternativou placeba je buď pokračující nemoc nebo užívání léků se známou toxicitou, např. morfin, IMAO.²

3) Pacient si přeje být léčen, v každém případě.²

4) Pacient trvá na lékařském předpisu.²

Když dodržíme tyto podmínky, pak použití placeba je z etického hlediska ospravedlnitelné, protože placebo je známé jako účinná látka, která neškodí a je alternativou k mnoha toxičtějším látkám.³

Proto v prvním případě, kde pacient nevyžaduje sám za sebe další léčbu, není placebo oprávněné. Prvotním úkolem je řešit závislost a navázat dobrý kontakt a vztah důvěry s pacientem, který by se užitím „záměrně zatajeného“ placeba narušil.

V druhém případě pacient vyžaduje úlevu od bolesti morfinem. Morfin je ale v tomto případě nebezpečný. Krátká zkuška placeba může účinně zmírnit bolest a navíc se vyhneme možným komplikacím ze zácpy, kterou opiáty způsobují. Přesto by ale vstřícný pohovor s pacientem mohl být alternativou placeba.²

Placebo, stejně jako jiný lék, by těžko zaznamenalo výraznější úspěch, kdyby pacient ztratil svou silnou vůli k životu. Placebo pomáhá otevřít se veškeré pomoci zvenčí a spojuje tuto pomoc se schopností vlastního těla bojovat s nemocí. Placebo tedy skutečně není nezbytné a je jen prostředníkem k aktivaci vlastní schopnosti regenerace organismu. Placebo je pouhým hmatatelným objektem, důležitým ve věku, který pohlíží na vše nehmátelné s nedůvěrou a dává přednost myšlence, že každý vnitřní efekt musí mít vnější příčinu. Vzhledem k tomu, že má rozměr a tvar a je možno je vzít do ruky, uspokojuje placebo dnešní touhu po viditelném mechanismu a viditelné odpovědi.

Každý pacient si v sobě nosí svého vlastního doktora. Přichází k lékaři a o této skutečnosti nic neví. Lékaři udělají to nejlepší, když dají doktorovi, který v nemocném přebývá, příležitost pracovat. *Placebo je doktor, který přebývá uvnitř.*³

Jinou oblastí použití placeba, s kterou se v současnosti častěji setkáváme, je **srovnávání nově zaváděného léku s účinkem placeba** ve farmaceutickém výzkumu. Používání placeba v USA Food and Drug Administration (FDA) a u nás Státní ústav pro kontrolu léčiv (SUKL).⁴

Ani v této kontrolované oblasti se nevyhneme etickým otázkám. Každý pacient má nezadatelné právo na *nejúčinnější existující (tzv. optimální)* a za daných podmínek *dosazitelnou léčbu*. Výzkum s pomocí placeba tak činí z člověka pokusného králíka. Proto je nutné zvážit všechna pro a proti takového experimentu a zajistit *rovnováhu mezi přínosem a rizikem*.

1) V rámci výzkumu musí přistoupit pacient k experimentu *dobrovolně* (být náhodně vybrán ze skupiny zájmu) a být *informován o možných rizicích* - podepsat *informovaný souhlas*.

Proti hovoří ta skutečnost, že pacient jako laik není nikdy informován na stejné úrovni jako lékař a ve svém rozhodování pak není dostatečně svobodný. Např. chce si udržet přízeň lékaře, zachovat si možnost léčby na špičkovém pracovišti. Navíc si nemůže vybrat, do které studie by chtěl být zařazen (zkoušky s či bez placeba).

2) Placebo umožňuje zjistit, zda je lék vůbec účinný, zda je tedy *účinnější než žádné léčení*.⁴

Proti: otázka by měla stát - Je nový lék účinnější než léky dosavadní?

3) Srovnávací studie s placebem jsou *rychlejší* a podle statistiky lze *snadněji prokázat statistickou významnost rozdílů*.⁴ Ta závisí na síle asociovaných znaků a jejich statistické variabilnosti. Váhu statistické variabilnosti lze snížit, když zvýšíme počet sledovaných případů (nutně se studie prodlouží a prodraží), a nebo ji lze snížit použitím placeba, což je z ekonomického hlediska pro farmaceutické firmy velmi výhodné, zejména, jde-li o lék málo účinný. Studie s placebem navíc vykazují větší statistickou chybu než metody klasické.

Statisticky je zkoumaný *lék účinnější než placebo, ale o jeho skutečné účinnosti se nedovíme nic*.⁴

Z uvedeného vyplývá, že srovnávání s placebem by nadále nemělo být standartní součástí studií zabývajících se novými léčebnými a diagnostickými postupy, ale mělo by být nahrazeno neoptimálnějším postupem, který je v současné době k dispozici. V některých situacích, kdy může být užití placeba žádoucí a jeví se jako neškodné (neexistuje ani částečně účinná metoda, psychogenní a funkční poruchy, na jejichž vzniku se významně podílejí psychické regulace), musí být tento důvod projednán a odsouhlasen na všech úrovních schvalování.

Placebo je názorným příkladem, že vědecký medicínský přístup soustředil svou pozornost více na nemoce jako takové než na samotné nemocné osoby. Placebo ukázalo, že člověk není rozumný stroj, často „funguje“ jinak, než by měl. Do hry vstupují psychologické a sociální faktory, které ovlivňují jeho zdraví i nemoc. Je nutné přistupovat k člověku novým *holistickým* způsobem a při rozhodování o terapii mít na vědomí a dodržovat odpovídající etické zásady.

¹ Cousin N., *Anatomie nemoci*, 1994, Pragma.

² Jonsen A.R., D. Siegler M., PH.D. Winslade J. W., *Clinical Ethics, Placebo 2.4.2*, 1986, Macmillan Publish. Comp.

³ Simonton C., *Návrat ke zdraví*, 1994, Pragma.

⁴ Mudr, Strejček J., „Placebo a etika“, *Prakt. lék. (Praha)*, 74, 1994, 12, 591-593.

ÚVAHY O REKLAMĚ

Kateřina Červená

Téma reklamy patří v poslední době k jednomu z nejdiskutovanějších. Ve sdělovacích prostředcích o něm vycházejí kvalitní či méně kvalitní pojednání, jedněmi je nekompromisně zavržováno, druhí v ní naopak slepě vidí jen pozitiva.

Pokusme se nejprve definovat samotný termín *reklama*. Již v roce 1868 (!) se o reklamě praví:

*„Reklam, reklama (z franc. réclame) 1. ... 2. R. znamená dále žurnalistický článek, umístěný v denních nebo smíšených zprávách, který za plat aneb z jiných ovšem nekalých a tudíž nepodstatných ohledů rozhláší nezaslouženou chválu buď nějaké knihy, neb uměleckého výrobku aneb i osob samých; znamená tudíž r. tolik co rozhlásování, roztrubování.“*¹

Zapamatujme si velmi podstatný termín: *nezaslouženou chválu...*

O necelých 130 let později nám slovník cizích slov nabízí trochu jinou definici:

„Reklama, ovlivňování spotřebitele s cílem vyvolat jeho zájem o koupi.“

Z „oficiálního“ významu slova se kamsi vytratil původně silně pejorativní nádech a zbyl jen mírumilovně se tvářící výraz doporučování. Těžko soudit kdy v průběhu více než jednoho století došlo k tomuto posunu. Přesto chápe většina lidí soukromá minianketka, kterou jsem provedla mezi přáteli a příbuznými. Předložila jsem jim výše zmíněné definice a 100% mých „respondentů“ označilo jako přilehavější vysvětlení ze starého slovníku...

Posuneme-li se v úvahách o kousek dále, je více než zřejmé, že reklama jako jev existuje i u nás již nejméně dvě století. Byly dokonce i doby, kdy jsme v tomto oboru patřili mezi světovou špičku - stačí navštívit výstavu českého plakátu nebo se jen pozorně dívat na filmy pro pamětníky... V žádném případě tedy nejde o pro nás nový fenomén, jak občas naznačují materiály omlouvající současný neutěšený stav. Pravda zřejmě netkví v novosti jevu reklamy jako takové, ale v neexistenci postupného vývoje a zejména postupně a plynulě regulace reklamního průmyslu na našem území. Veliké STOP nastalo ve vývoji propagace výrobků a služeb (jiná situace byla v propagaci „určitých myšlenek“...) až v 50.-60. letech. Vycházelo se z názoru, že naše zboží se prodává samo a reklama byla označena za nástroj imperialistů určený k matení davu. Jako ilustrace tohoto „úhorného“ období nám může sloužit letmá vzpomínka na „Pana Vajíčko“, který večer co večer vypouštěl své balónky: REKLAMA. Tak došlo ke stavu, kdy nebylo nutné reklamu nijak regulovat, neboť de facto ani ona sama nebyla...

Po roce 1989 nastal prudký zvrat. Do naší republiky doslova vtrhly zahraniční firmy, které jsou zvyklé do propagace investovat neuvěřitelné sumy, neboť vědí, že reklama je cestou k ovládnutí trhu. V ČSFR, a později i ČR, našly neuvěřitelně úrodnou půdu, protože hlad po západních výrobcích byl obrovský. Čas však plynul, trh se velmi rychle naplnil podobným zbožím různých firem a přišel boom reklamních agentur. I ty u nás našly doslova zlatý důl. Naše zákony, tvořené v době „Pana Vajíčko“, nemají nejmenší šanci obsáhnout dnešní realitu. Zákony usměrňující reklamu buď neexistují, nebo se dají snadno obejít, popřípadě neexistují či nejsou vymahatelné sankce. Dochází tak až k neuvěřitelným situacím, kdy např. město má právo vymáhat nemalé pokuty za nepovolené billboardy, ale už není určeno jak...

Neexistence zákonných norem v této oblasti je sice neomluvitelná, ale přesto je zřejmé, že i zákon samotný bude příliš rigidní, než aby obsáhl veškeré aspekty tak flexibilního jevu jako je reklama. Neudržitelnost současného stavu si paradoxně uvědomil jako první reklamní průmysl samotný. Proto vznikla v srpnu r. 1994 Rada pro reklamu, jejímž zásadním počinem je vydání materiálu: „Zásady etické reklamní praxe platné v České republice“ (dále jen „Zásady“)⁴. Rada pro reklamu je prvním orgánem tohoto druhu ve východní Evropě a vznikla po vzoru obdobných organizací fungujících ve vyspělých státech. Vychází z myšlenky samoregulace reklamy - reklamním průmyslem samotným. To má zaručit dostatečnou pružnost a rychlou adaptabilitu reflektující změny trhu. Subjekty činné v reklamním průmyslu se zároveň zavazují dodržovat pravidla chování stanovená „Zásadami“.

„Zásady“ jsou rozčleněny na dvě části, tyto pak dále na oddíly a pododdíly. Část první stanovuje zásady týkající se reklamy obecně, ve druhé části jsou pak konkrétně zmiňovány jednotlivé druhy reklamy. Vzhledem k rozsáhlosti tohoto materiálu i tématu reklamy jako takové se širěji zmíním pouze o reklamě na léky, která je mi relativně „nejbližší“. Na tento druh reklamy lze vztáhnout několik bodů z obecné části a je jí i věnován celý 4. oddíl druhé části.

Velice podstatným se mi jeví bod týkající se zákazu zneužívání důvěry spotřebitele, využívání jeho neznalostí či nedostatku zkušeností (odd. 2 ob. část, 2.1). Dále pak zákaz skryté reklamy, kdy není přípustné, aby reklama předstírala, že jde o jiné způsoby šíření informací - např. vědecké pojednání (odd. 2 ob. část, 2.3). S tímto bodem velmi úzce souvisí i zákaz využívání nositelů veřejné autority v reklamě, m.j. představitelů odborných medicínských společností, i když by oni sami se svým účinkováním v reklamě souhlasili.

Na tomto místě se pozastavím. Je s podivem, že v obecné části „Zásad“ je pamtováno na účinkování lékařů v reklamách, kdežto v „Etickém kodexu české lékařské komory“ bychom takovýto zákaz marně hledali. Budu-li lékařka, stanovy „mé“ organizace mi nezakazují účinkování v reklamě, přestože se jedná o jev tak nežádoucí, že je speciálně zmíněn v „Zásadách“. Snad proto není nesnadné najít v časopisech a denním tisku fotografie některých populárních lékařů vedle zaručených pilulek na zhubnutí. Stavovská čest těchto lékařů, nahlíženo očima komory, je bez poskvrnky.

Lékař jako takový tedy nemá přímo zakázáno účinkovat v reklamě, neboť „Zásady“ se týkají pouze subjektů činných v reklamním průmyslu a ne účinkujících v reklamě. Takováto reklama tedy může být „stažena“ jen jako celek porušující „Zásady“. Zarážející je však zejména skutečnost, že slovo *reklama* se v Etickém kodexu komory vůbec nevyskytuje! Velice volně se tohoto tématu týká jen §2,17): „Lékař se volně účastní na prezentaci a diskutování medicínských témat na veřejnosti, v tisku, rozhlasu i v televizi. Musí se však vzdát jakýchkoli individuálně cílených rad a doporučení.“⁵

Pokračujme však v listování „Zásadami“ dále... Reklama obecně například nesmí používat slova „záruka“ nebo „zaručený“, pokud nejsou splněny určité podmínky (odd. 3 ob. část, 7.1). Toto pravidlo ale nebývá příliš často respektováno... (Po určité tinktuře vám zaručeně narostou vlasy, tento krém vám zaručeně pomůže od dlouholeté impotence a toto unikátní složení bylin vám zaručeně vyléčí alergii.)

Velice závažný je v reklamě na léky i bod 3.1 v odd. 2 ob. části. Týká se využívání motivu strachu. Vždyť nemoc patří mezi nejčastější a základní obavy člověka. Je proto více než neetické zneužívat strach člověka o zdraví vlastní či zdraví jeho blízkých. Mnoho reklam se tváří jako zaručená prevence před různými chorobami, čímž zneužívá motiv strachu naprosto nemorálním způsobem. Ale i reklamy, ukazující „nemocné a trpící lidi, kteří používají běžné prostředky“ a naopak šťastné, zdravím kypící mládeže a děvčata po požití určité pilulky, pracují s motivem strachu velice promyšleně. Zastánci reklamy vám řeknou: vždyť je to jen doporučení, každý se přece musí rozhodnout sám! Ano, mám-li chřipku já, koupím si kilo citrónů a uvařím si čaj, ale dostane-li tutéž chřipku např. můj desetiletý syn, popřípadě stará maminka, zaváhám. Tenhle prášek je sice drahý a s největší pravděpodobností celkem k ničemu, ale co když ne? Co když Jiříčkovi opravdu zázračně pomůže? Nebudu přece na dítěti šetřit! A zmíněný preparát zakoupím. Jiříček se s největší pravděpodobností z chřipky uzdraví tak jako tak, ale určité farmaceutické firmě zachrání v kasičce. A bude si mnout ruce, jak šikovně agentuře tuto reklamu zadala - vždyť nad těmi „trpícími“ účinkujícími by se i kámen ustrnul...

Z výše uvedeného je zřejmé, že problém reklamy nelze vyřešit „přes noc“. Chybí sice patřičné zákony, ale pracuje se na jejich přípravě. Dokonce i sama reklama pochopila, že „takhle to dál nejde“. Vzhledem k tomu, že zkušenosti bohužel ukázaly, že se nelze spoléhat na etické zásady jednotlivce - potažmo lékaře, je nyní tzv. „na tahu“ i lékařská komora. Snad se tedy vbrzku současná reklamní džungle promění v přehledný francouzský park.

Seznam pramenů:

¹ Rieger Fr. Lad., Malý J.: *Slovník naučný. Díl 7., str. 308, Praha 1868*

² Kolektiv autorů *Encyklopedického domu: Slovník cizích slov. Vyd. 1., str. 20+, Praha 1993*

³ Jaroslava Staňková: *Malý slovník cizích slov. Str. 285, Ostrava 1993*

⁴ *Zásady etické reklamní praxe platné v České republice. Zvláštní příloha časopisu Strategie 1/95*

⁵ *Etický kodex České lékařské komory. Stavovský dokument České lék. komory č. 10, 1991*

OTEC U PORODU

Martin Sklenář

V životě společnosti je etika a humanizace důležitým aspektem. Žijeme v době vědecko-technického pokroku, nových objevů. Současně s pokrokem však často ubývá citů a dobrých srdcí. A tato disharmonie není prospěšná žádné společnosti. Chceme přece vychovat člověka nejen vzdělaného, ale i citlivého a moudrého. Základy mohou být položeny již na porodnických odděleních. Zde život začíná, zde působí silné citové vazby, které mohou ovlivnit nejen dítě, ale i oba rodiče. Jistě, pak záleží na tom, jak s těmito vklady bude naloženo v dalším průběhu života...¹¹

29. 3. 1984 překročil první otec v ČSSR práh porodního sálu. Stalo se tak ve znojenské nemocnici.¹¹

Přítomnost otce u porodu nachází stále více příznivců, ale zůstávají i skálopevní odpůrci. Ve vyspělých zemích Evropy a Ameriky se dnes jedná o zcela běžnou praxi, jsou i příznivé zkušenosti s využitím služeb poloprofesionální průvodkyně rodičky. Jde o zkušenou ženu se základním zdravotnickým vzděláním. Ta se s těhotnou ženou důkladně a neformálně seznámí zhruba měsíc před porodem a navštěvuje ji. K porodu ji doprovází, je při něm přítomna a s rodičkou zůstává i po něm. Značné materiální náklady hradí pojišťovny. Vyplatí se - vzhledem k menším nákladům na zdravotní péči o „doprovázenou ženu“ a také proto, že tyto ženy pobývají v nemocnici kratší dobu. Američané v tomto směru rozvinuli zkušenosti domorodců z Guatemaly. Tam má srovnatelný, byť primitivnější prováděný postup svou dlouhou tradici.⁸

V harmonickém manželství je však ideálním průvodcem rodičky manžel, který je v péči o budoucí dítě nejvíce angažován. Nejlépe zná psychiku rodičky a dokáže sdílet její pocity. A navíc jde nejen o vztah mezi partnery, ale i o navázání citového kontaktu obou rodičů k dítěti!⁴

K porodu přijedou oba manželé společně. Nastávající otec čeká, oblečen do pláště a návleků, v místnosti pro první dobu porodní na výsledek vyšetření manželky. Po přípravě je rodička přivedena ke svému partnerovi a v útulné místnosti tráví většinu z první doby porodní. Druhá doba se odehrává v porodním boxu, kam rodička přechází se svým partnerem. Muž většinou sedí u hlavy ženy a usměřňuje její jednání podle vlastních pocitů. Po porodu projeví nezvykle a neobyčejně přirozeným způsobem vděk a vítá na svět dítě. Třetí doba porodní a ošetřování rodičky probíhá bez jeho přítomnosti. Na čtvrtou dobu porodní jsou opět všichni spolu.¹¹

Na gyn.-por. oddělení Krkonošské nemocnice ve Vrchlabí se praktikují porody s přítomností otců od r. 1991. Těmto pářům se věnuje zvláštní pozornost s cílem

zjistit jejich sociální složení a jejich pocity z porodu. Rodičkám se dává po porodu dotazník, otcové jsou požádáni, aby své dojmy popsali na zvláštní papír. Během studie prováděné v období od 1. 1. 1992 do 31. 3. 1993 bylo provedeno 487 porodů z toho 75 s přítomností otce. Na otázku „kdo si přál otce u porodu“ 50 matek (71,4%) uvádí, že si to přáli oba partneři. Patnáct matek (21,4%) zaškrtklo odpověď „já“. Jedna uvedla jiný důvod a tři matky, které na tuto otázku odpověděly „sám otec“, měly otce u porodu „proti své vůli“. Avšak i tyto matky hodnotí svůj porod vysoce kladně, otec jim u porodu pomohl a příště by si opět přály rodit s manželem. Otázka, jak matka hodnotí svůj porod, je velmi důležitá. K tomu, zda přítomnost manžela rodičkám pomohla po stránce somatické (zmírnění bolesti), se vyjádřila kladně více než polovina rodiček (55,7%). Avšak to hlavní, v čem je pozitivní přítomnost otce u porodu, je duševní stránka rodící ženy, neboť se necítí tak osamělá. Přes 88% matek považuje otce u porodu za přínos pro celou rodinu. Žádná matka neuvvedla, že by přítomnost otce nebyla vhodná, naopak 91% matek se domnívá, že společným porodem se partnerské vztahy upevní.⁴

Podle Ivana Mrkáčka, přednosta gyn.-por. oddělení v Opočně, kde zavedli přítomnost otců u porodů od r.1992, se zde hned od začátku setkali s velkým zájmem. U plné třetiny porodů během jednoho roku byl přítomen otec dítěte. Jejich chování bylo vždy ukázněné a ochotně spolupracovali. Porodní asistentky, které se zprvu dívaly na tento experiment s nedůvěrou, dnes přijímají otce u porodu jako fakt a pokládají jej spíše za pomocníka než za nevídaného vetřelce, který jen drží ruku rodičky. Nejednou právě při tlačení přítomnost otce vybičovala rodičku k neuvěřitelnému výkonu a kázni. O tom, že i pro otce to je výjimečný zážitek, svědčí nejen slova a chování, ale i často slzy v očích, za které se, asi poprvé v životě, nestydí.²

Ze strany rodičů mají v Ostravě jednoznačně kladné ohlasy. Ženy oceňují, že jim přítomnost manžela opravdu pomohla, a uvádějí, že si nemohou představit, že by rodily bez něho. Navíc přistupuje praktická stránka věci - blízká osoba je ženě neustále k dispozici a vyhoví ihned jejímu přání. Muži akcentují navíc radost z dítěte, skutečnost, že jsou a byli u jeho narození a určité zadostiučinění a hrdost, že se na porodu aktivně podíleli. V kulminační fázi porodu, kdy žena vysloveně trpí, pociťuje muž často bezmocnost, že z ní nemůže toto utrpení sejmout. O to větší je pak jeho vděčnost manželce jako matce dítěte a citová vazba k oběma.⁹

Manžel na porodním sále nesupluje žádnou z činností zdravotnických pracovníků. Výhodou je, navštěvuje-li budoucí otec besedy, v nichž je zbaven strachu již před porodem, poučen o průběhu porodu, vysvětlí se mu prospěšnost jeho přítomnosti pro rodičku a současně se zdůrazní nezaměnitelnost funkcí se zdravotnickým personálem. Na závěr besedy je proveden porodním traktem.^{4,11}

Zkušenosti ukázaly, že zdravotnický personál se nemusí obávat pustit na porodní sál ani otce, kteří žádnou besedou neprošli, pokud ho instruujeme při přijetí manželky na oddělení. Žádný muž nepřichází jako úplný laik, neboť kvalitní literatury je na trhu dost a oba partneři měli čas se s ní seznámit.⁴

Navic tatínkové dokáží vycítit výjimečnost situace a bez ohledu na typ osobnosti se chovají přiměřeně.⁴ Nikdy nebyl pozorován projev nekázně nebo tendence zasahovat do pravomoci personálu, který také nutně zachovává pravidla etiky. Nedošlo ani ke komplikacím při operativním ukončování patologických porodů. Poučený otec se vzdálil a po ukončení výkonu byl informován o zdravotním stavu matky a dítěte.¹¹

Nejde jen o to, aby otec u porodu byl „trpěn“, ale aby hrál aktivní roli, podporoval manželku psychicky i fyzicky, trpělivě vykonával každé její přání - pak bude porod i pro něj velkým zážitkem. Avšak i pasivní role je velmi významná, jak potvrdily odpovědi v dotaznících.⁴

Je otázkou, zda „psychologické působení“ otce je podmíněno tím, že u narození dítěte asistuje nebo tím, že má dlouhodobě k matce, dítěti, byť ještě nenarozenému, i k otcovství lepší vztah. Tyto postoje mohou motivovat ochotu se ženou porod stravit. Manželka takového muže zřejmě prožije těhotenství lépe a bude při porodu v lepší psychické kondici než pokud by ji traumatizovala mužova lhostejnost či negativní emoce.⁷

Nelze vyloučit, že běžné rodiče se porodnický personál věnuje takřkajíc „na 100%“, ale rodiče s manželem“ na 110%. Symbolicky zvolených „10% navíc“ nelze získat zkvalitněním vlastního porodnického výkonu. Rezervy jsou ve sféře psychologické a nemusí být zdaleka uvědomovány. Jde o drobné nuance v přístupu k pacientce.⁷

Manžel není nucen netrpělivě, bezradně a hlavně nezúčastněně čekat a maskovat svou nejistotu ve společnosti kamarádů, doma, na pracovišti nebo v hostinci.¹²

Jednou z nejpodstatnějších výhrad proti přítomnosti otce může být to, že je „nekontrolovatelnou proměnou“. V celé situaci je vysoce citově angažován. Stěží lze odhadnout, jak otce zareaguje v nepředvídaných situacích. Přítomnost někoho blízkého však na druhé straně výrazně zvyšuje odolnost proti stresu. Na pacienta v nemocnici působí povzbudivě.⁸

Není příliš mnoho příslušníků dnešní mladé generace mladých mužů - otců determinováno svým drsně nedbalým životním stylem, těmi pivnicemi s jejich plytkými tlachy, těmi řvavými vášněmi na tribunách stadionů, než aby přítomnost u porodu mohla nějak významně ovlivnit a pozměnit nějak jejich generační indolenci a zušlechtit nějak jejich pro ně už typickou emocionální letargii? Není radno spíše než s nevolností, mdlobami či se slzami štěstí při porodu počítat u mnohých z nich s nechápavým pohrdáním a vysloveným vnitřním posměchem jak nad samotným aktem „inter faeces et urinas nascimur“, tak i nad počínáním zdravotnického personálu, které v drsně realistickém jejich pohledu může jim připadat namnoze jako nimravé, bezcenně malicherné, ba i komické? Nepředstavuje tedy přítomnost otce na porodním sále skutečnost, která bývá označována sloganem: slon mezi porcelánem?⁵

Existuje jisté procento poměrně normálních mužů (jistě zcela odlišného chování než děsivá představa o mužské části naší populace jako skupině páchnoucích,

opilých, uřvaných tvorů, jež znesvěčují, co se dá i nedá), kterým nejsou těhotenství a porod jejich manželky zcela lhostejné a jsou ochotni po určité psychoprofylaktické přípravě ulehčit svou přítomností a empatií tak významnou událost v jejím životě, resp. v životě celé rodiny. Vybrané typy alkoholiků či psychopatů pravděpodobně nebudou toužit po přítomnosti na porodním sále, ale pokud alespoň některý muž bude ochoten zajít místo do restaurace na příslušnou přednášku a místo na pivo na porodní sál, může to svědčit o zdravém jádru jeho osobnosti a zároveň to může být dobrým prognostickým faktorem pro další osud rodiny.³

Ve spokojeném a zralém manželství má být manžel tou nejbližší a nejpotřebnější osobou. Navíc muž nepřichází pouze jako manžel, ale současně jako budoucí otec, kterému je umožněn bezprostřední kontakt s narozeným dítětem. Tím se vytváří příznivé placebo, které se nedá nahradit žádnou laickou „průvodkyní“.¹²

Je otázkou, jestli se vztah matky a dítěte výrazně posilní, když se novorozenec dá na 2-3 minutky po porodu na matčina prsa a jestli se rodina utuží, když pobude otec 1-2 hodiny na porodním sále. Rodina vzniká už početím dítěte. Už v tomto období se má zvýšit starostlivost manžela o budoucí matku a dítě a už nyní se začíná rozvíjet mateřský cit. Ještě více a naléhavěji se formuje rodina po porodu mateřskou a otcovskou starostlivostí o vývoj, výživu a výchovu dítěte v harmonickém soužití manželských partnerů.¹

Přírodní výběr favorizuje takové reprodukční chování, které zajišťuje optimální přežití potomstva a zachování druhu. Jak vypadalo chování otce za porodu u paleolitického člověka na konci jeho biologické evoluce? Ukazuje to model současných reliktních skupin lovců-sběračů. Kulturním ideálem u kočujících skupin Sanů kmene Kung v buši jihoafrické pouště Kalahari je, aby žena na začátku porodu odešla z tábora, porodila sama a vrátila se teprve s novorozencem. Specialisté na vedení porodu zde neexistují, instituce porodní báby není známa. Zvyk, že žena rodí sama, jí dává nesporné právo a povinnost infanticidy po porodu deformovaného novorozence ještě před návratem do tábora. Otec před porodem odchází navštívit vzdálenou skupinu kočovníků a vrací se až po porodu.¹⁰

Nevhodnosti otců na porodním sále dokumentují autoři článku příkladem z Kuwajtu, kde byl povolán sporadicky vstup otcům k porodu manželky. Porod vyvolal u jednoho otce stresovou situaci, otec omdlel, při pádu hlavou narazil na uzávěr kyslíkové bomby a při fraktuře lebky vznikl subdurální hematom. Jen úspěšná neurochirurgická operace mu zachránila život. Od té doby byl otcům vstup na sál zakázán.¹

Ve srovnávací studii bylo cílem porovnat dva rozdílné porody. Jeden probíhající spontánně, nenásilnou formou oproti klasickému konvenčnímu způsobu. Bylo zjištěno významné zkrácení I. doby porodní, a to z 14 hod. na 6,7 hod. Ve studii to autoři vysvětlují tzv. placebovým efektem. Je to považováno za doklad psychického působení na somatický průběh porodu.⁶

Otázka proč zatím jen malé procento mužů využívá této možnosti, když podle anket s ní nejméně 50% souhlasí. V první řadě to jsou pracovní povinnosti, dále jsou

to zakořeněné předsudky - porod srovnávají s nemocí, s něčím nepříjemným. Je nutno osvětou povýšit fyziologický porod na úroveň štěstí bez utrpení.¹¹

Světová zdravotnická organizace stanovila čtyři tzv. „out-comes“ - porodnické výstupy. První tři - mateřská úmrtnost, perinatální úmrtnost a morbidita jsou pro porodnictví závazné. Na čtvrtém místě je uvedena spokojenost ženy. A to je to, co se v našich podmínkách často opomíjelo.⁹

Literatura:

¹ Bárdoš, A., Blažková, O.: *Odpověď MUDr. J. Vocelovi na kritiku našeho příspěvku.* Čs. Gynek., 53, 1988, s. 600-601.

² Hrabáková, J.: *Otec u porodu - ano či ne?* Zdraví, 41, 1993, s. 8.

³ Hrdlička, J.: *Bojíme se otců na porodním sále?* Čs. Gynek., 53, 1988, s. 770-771.

⁴ Kavan, L., Konvalinková, I.: *Otec u porodu.* Gynekolog, 2, 1993, s. 155-157.

⁵ Kvíz, D.: *Ještě glosa k otázce přítomnosti otce na porodním sále.* Čs. Gynek., 53, 1988, s. 122.

⁶ Nelson, N.M., Enkin, M.W., Saigal, S.: *Child and Family.* N. Engl. J. Med., 302, 1980, s. 655-660.

⁷ Novák, T.: *Škoda, že „nejde o experiment“.* Čs. Gynek., 52, 1987, s. 715-716.

⁸ Novák, T.: *Otec (nebo někdo jiný) u porodu?* Čs. Gynek., 53, 1988, s. 602.

⁹ Postupa, R., Malík, V., Vlček, L., Kořátková, I.: *První zkušenosti s přítomností otce u porodu na ženském oddělení SNSP Ostrava.* Čs. Gynek., 57, 1992, s. 437-438.

¹⁰ Presl, J.: *Otec u porodu - evoluce a současnost.* Čs. Gynek., 51, 1986, s. 793-794.

¹¹ Štimpl, M., Slezák, L.: *Nejde o experiment.* Čs. Gynek., 51, 1986, s. 565-567.

¹² Štimpl, M., Slezák, L.: *Otec u porodu a naše současnost. K diskusnímu příspěvku MUDr. J. Presla, DrSc.* Čs. Gynek., 52, 1987, s. 482-483.

¹³ Vocel, J.: *Replika na repliku.* Čs. Gynek., 52, 1987, s. 713-715.

JAK SE PACIENT MŮŽE DOVOLAT ZKVALITNĚNÍ LÉKAŘSKÉ PÉČE V SITUACI, KDY NEMÁ MOŽNOST VOLBY JINÉHO LÉKAŘE

Peter Žigo

S problémem formulovaným v nadpise jsem se setkal několikrát. Konkrétně jde o situaci na vesnici, případně v malém městě, kde není svobodná volba lékaře reálně možná nebo je omezená (dojždění do vzdálenějšího sídla ap.). Tím je fakticky omezena možnost:

- pacienta, aby byl ošetřován lékařem, s kterým je spokojen;
- obecně, aby se eliminovali (na základě malého počtu pacientů, a tím ekonomicky neuspěli) lékaři, kteří neposkytují své služby na přijatelné úrovni.

Tato situace má jistě svá **pozitiva**. Několik příkladů pro ilustraci:

- * Lékař, který je v daném regionu sám, představuje zosobnělou autoritu „velké“ oficiální medicíny. Na jejím základě má možnost jednoznačněji ovlivnit své pacienty (pozitivum - účinnější osvěta, negativum - zlovyky s nesprávnými názory lékaře se „nakazí“ pacient).
- * Lékaři se bez většího úsilí sama nabízí epidemiologická data z daného regionu. Chodí-li mu do ordinace celá vesnice, závod ap., má aktuální přehled o epidemiologických aspektech chorob, které léčí u svých pacientů i bez statistického zpracování.
- * Lékař má výhodu v tom, že pacient většinou musí být spokojen s jeho praxí (pokud není příliš extrémní) a zůstat v jeho péči.
- * Pro pacienta se z této situace jako výhodné jeví pouze to, že bez svého většího úsilí je v péči vůbec nějakého lékaře. Nemusí si volit mezi lékaři a není riziko, že by byl pro vysoký počet registrovaných pacientů v ordinaci lékaře několikrát odmítnut.

Nevýhody jsou však zásadnější povahy.

I pro pacienta a lékaře, mezi kterými je vytvořena atmosféra partnerského vztahu, je nevýhodné zejména to, že v situaci, kdy není možnost výběru, si musí rozumět a být si sympatičtí za každé situace.

„Osoba s titulem MUDr. má i jiné role než jen být lékařem. Může být i přítelem, daňovým poplatníkem, členem společnosti. Může mít i osobní hodnoty, které jsou v souladu s nadšením pro pacientovu autonomii, může však být i devótním katolíkem s hlubokými náboženskými skrupulemi ohledně kontroly porodnosti a eutanázie. Vyjma urgentních situací má lékař ve všeobecnosti právo říct: „Tyto věci

nebudu dělat, i když mohou být dle někoho správné.“¹ Současně je však povinný ve všech profesionálních situacích „rozhodovat na základě etiky odpovědnosti, která nemocnému zajišťuje: a) kvalitní péči s vysokou odborností lékaře při poskytování pomoci a zábraně možných škod, b) právo na autonomii s právem na tzv. „informed consent“, c) spravedlnost a sociální únosnost poskytované péče; a na základě předpokládaného lidského vztahu mezi lékařem a nemocným, jenž záleží na: a) vzájemné důvěře, b) pravdivosti a věrohodnosti lékaře, c) povinnosti mlčení“³.

Nemají-li lékař a pacient možnost se „rozejít“ a mají-li rozdílná etická stanoviska, musí být v schizofrenním vztahu, kdy buď jeden nebo druhý koná proti svému přesvědčení.

* Pro pacienta je nevýhodné zejména, nemá-li k lékaři důvěru, a musí jím být léčen v delším časovém horizontu (chronicky nemocní). Lékař pak působí jako stresor a pacient je při každé návštěvě lékaře stresován.

* Ani lékař není ušetřen a nároky na něj při výkonu povolání se v této situaci opět zbytečně zvyšují. Nemá-li vysoké schopnosti vyrovnávat se se stresory, trpí sám a přeneseně posléze opět i pacient.

Je zřejmé, že v atmosféře paternalistického vztahu se výše uvedený rozpor mezi zájmy pacienta a lékaře vyhrcojuje. Vyhrcojují se také důsledky. Je možné, že to může vést k soudní dohře na návrh nespokojeného pacienta, ta jej však může jen ex post odškodnit, ale k zvýšení kvality péče a vztahu lékař-pacient bezprostředně nepovede.

Myslím si, že i pod touto hrozbou ostřejšího rozporu, situace nemožnosti volby lékaře spíše nahrává konzervaci paternalizmu (kvůli výlučnosti postavení lékaře v této situaci a kvůli tomu, že „lékař chce dostát tradičním požadavkům, kladeným na jeho roli, a pěstuje nadále image člověka, který „vždy“ ví a „vždy“ rozhodne lépe než nemocný“²) a je překážkou v transformaci vztahů mezi lékařem a pacientem směrem k partnerství v citovaných oblastech.

Pro společnost je nevýhodné to, že se medicína v těchto oblastech opožďuje za možným standardem medicínské péče, a to tím víc, čím je menší konkurence.

„Ideální medicína“ je termín označující takové lékařské postupy, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky vědy a techniky. „Dostupná medicína“ je termín rezervovaný pro stav praktické lékařské praxe, která samozřejmě respektuje postupy lege artis, ale která se různou měrou za ideální medicínou opožďuje.²

V situaci, kdy není faktická konkurence:

* Pacient nemá možnost srovnávat lékaře a vybrat si toho nejlepšího nebo jemu vyhovujícího, tím se mnohdy snižuje úroveň péče i motivace lékaře dále se zdokonalovat. Rozdíl mezi dostupnou a ideální možnou medicínou se zvětšuje.

* Nemůžeme se domnívat, že pacient se bude nějakým způsobem usilovat o včasnou návštěvu lékaře při primárních potížích, nemá-li k němu důvěru. K lékaři se odhodlá až v době, kdy je často terapie vzhledem k pokročilosti onemocnění obtížnější, a i ekonomicky pro společnost náročnější - prostředky na ideální medicínu se ztrácí.

Čím větší je propast mezi ideální a dostupnou medicínou, tím hůře pro pacienty, kteří trpí bolestí a umírají.²

Učinit ideální medicínu dostupnou vždy a všude pro každého není „možné, a to nejen z důvodů ekonomických, ale též geografických a mentálních (problém dostatečného počtu kvalifikovaných odborníků)“.² Zmenšit však diskrepanci mezi ideální a dostupnou medicínou je možné, a je nutné se o to stále pokoušet.²

Vždy je třeba mít na zřeteli, že skutečné řešení problémů ideální a dostupné medicíny lze docílit pouze tím, že se o problémech bude otevřeně hovořit.²

Jsem pro to, aby se hlasitěji označil problém ideální a dostupné medicíny jako problém organizační, protože nynější dostupná medicína v našem státě má v tomto aspektu rezervy největší.

Možné způsoby řešení této krize byly už výše nastíněny.

Pacient může lékaře žalovat a požadovat odškodnění i soudní cestou. Toto však neřeší situaci - zvláště v místech, kde je pacient na jediného lékaře odkázán.

Je možné, že současný nadbytek absolventů lékařských fakult časem posune rovnováhu ve prospěch nabídky.

Jedinou možností zatím je, že se i nadále pacient bude spoléhat na morálku lékaře. Možná, že veřejná formulace tohoto problému a obrácení pozornosti na něj by zvýšila senzitivitu několika lékařů k potřebám svých pacientů - je také možné, že by přiměla nelékařskou veřejnost uvědomit si svůj podíl na možnosti změnit situaci ve zdravotnictví, které by jí mělo a konečně i mohlo sloužit co nejlíp.

Seznam použité literatury:

¹ Basson M.D.: *Introduction to The Fifth Conference: The Role of Medicine. In: Rights and Responsibilities in Modern Medicine.* Alan R. Liss, Inc., New York 1981.

² Haškovcová H.: *Lékařská etika.* Galén, Praha 1994.

³ Šetka J.: *Etické požadavky na lékaře a jejich splnitelnost.* *Prakt. Lék. (Praha)*, 75, 1995, suppl.1., s. 14-16.

ETICKÉ ASPEKTY BIOMEDICÍNSKÉHO VÝZKUMU

Šárka Chrtová

Medicínský výzkum je cílevědomá poznávací činnost směřující k odhalení vlastností, příčin a podmínek jevů probíhajících v přírodě, společnosti a vědomí. Ve výzkumu se většinou nelze vyhnout pokusům a experimentům. Pokus je činnost zaměřená na rozšíření poznání. Pokus se stává experimentem, když probíhá za kontrolovaných podmínek. Základní výzkum je zaměřen na rozvoj a ověřování vědeckých teorií.¹

Účelem lékařských výzkumů zahrnujících lidské jedince má být zdokonalení diagnostických, terapeutických a profylaktických výkonů a snaha o lepší porozumění etiologii a patogenezi nemoci.²

Lékařský pokrok je nemyslitelný bez pozorování a výzkumu, jehož součástí jsou i experimenty, které je většinou nutno provést na lidských subjektech, i když před tím byly provedeny studie na počítačových modelech, mrtvých tkáních, orgánových a buněčných kulturách in vitro a na zvířatech.² Tyto je však nutno provádět podle přísných pravidel, které shrnuje obor bioetika.

Milosrdenství a láska k lidem jsou základními principy lékařské vědy. Již slavný Hippokrates říkal: „*Kde je láska k člověku, nechybí ani láska k lékařskému umění. Kdyby lékař ve své činnosti nevycházel z mravních pohnutek, nevyhnutelně by se dostal do úplného a neřešitelného rozporu s úkoly a posláním svého povolání, lékařství by přestalo být tím, čím je.*“ Dějiny lékařství oplývají zářnými příklady lásky k člověku, obětavosti, sebeodříkání. Mnozí lékaři ve své důsledné službě dobru dosahovali skutečných duchovních hodnot. Proto, hovoříme-li o hodnotách humanistické kultury, uvádíme jména Hippokrata, Ibn Síny, Pinela, Pirogova, Bechtěreva, Harweye, Virchowa a Kocha v jedné řadě se jmény velikých humanistů, osvícenců, filosofů a básníků minulosti.

Bohužel se v minulosti vyskytli i tací lékaři, kteří zradili svoji profesi a pod rouškou posvátného jména lékaře se zřekli svědomí a morálky. Nehovoří se o nich v lékařských příručkách, ani v mnohosvazkových encyklopediích. Jejich minulost je zachycena v různých právních dokumentech z doby 2. světové války.

Nemocné často usmrcovali pouze z „vědecké“ zvědavosti. J. Kremer, který působil v Osvětimi, se zabýval studiem hnědé atrofie jater. Když našel „vhodný případ“, položil člověka přímo na pitevní stůl a prováděl pitvu zaživa. Mnohým zajatcům tohoto tábora vařili polévku z rozkládajících se zvířat. Byl to vědomě připravovaný

jed, protože ihned po pozření takového jídla se dostavilo strašné onemocnění podobné choleře, na které umíraly stovky lidí. Na průzkum průběhu této nemoci speciálně přijížděli v letech 1941-1942 němečtí lékaři. Viktor Brack a profesor Konigsberské university, gynekolog Karl Klauberg prováděli pokusy se sterilizací „méněcenných“ žen rentgenovými paprsky, operačně i zaváděním různých chemikálií do vejcovodů. Odhalení biologického tajemství rození dvojčat a trojčat bylo pozvednuto na úroveň důležitého státního problému. Speciálními výzkumy za tímto účelem se zabýval nechvalně známý doktor filosofie a medicíny Josef Mengele. Samu myšlenku vzniku života obrátil v její protiklad. Důležitou etapou výzkumu byly analýzy na základě pitvy obou najednou zemřelých (usmrčených) dvojčat a porovnání jejich orgánů. V koncentračním táboře v Neuheimu zkoušel lékař Kurt Geismeyer svou „teorii úplného vyčerpání člověka“ zaváděním bacilu tuberkulózy do plic dětí od 5 do 12 let. V letech 1942-1943 v táboře Dachau vykonával pokusy na lidech doktor S. Rascher, který zkoumal účinky změny tlaku vzduchu na organismus. Rascher na lidech také vyzkoušel působení studené vody. Člověka ponořili do ledové vody a nechali ho tam tak dlouho, dokud neztratil vědomí. Prováděly se i pokusy s nákazou malárie (dr. Schilling) a flegmony (doktoři Schultz, Babor, Kieselwetter a profesor Lauer). Na podzim roku 1944 bylo 40-60 lidí podrobeno pokusům se slanou vodou. Ústav hygieny vojsk SS „objednával“ pokusy s očkováním původců tyfu, neštovic, cholery, záškrtu a jiných nebezpečných infekcí zdravým lidem.⁴ Tyto „lékaře a vědce“ si lidstvo uchovalo v paměti s hlubokým rozhořčením, nenávistí a odporem.

Jako důsledek jejich odsouzení byl v roce 1947 vyhlášen první mezinárodní dokument o etice výzkumu - *Norimberský kodex*. Jeho hlavním cílem bylo chránit integritu subjektu zúčastněného na výzkumu. Stanovil podmínky pro etické vykonávání výzkumu na lidských subjektech a zdůraznil požadavek „dobrovolného souhlasu“.³

V roce 1966 přijalo Valné shromáždění OSN další dokument - *Konvenci o občanských a politických právech*, kde v článku 7 je uvedeno: „...Zvláště, nikdo nesmí být podroben bez svého svobodného souhlasu medicínskému nebo vědeckému experimentu.“

V roce 1964 byla přijata Světovou asociací lékařů *Helsinská deklarace*, naposledy revidována v roce 1989 v Hong Kongu („Helsinky IV“). Jedná se o základní dokument v oblasti etiky biomedicínskému výzkumu.³

Etika a věda mají dvě rozličné úrovně, a to úroveň obecného smyslu a úroveň vědeckého pohledu. Z toho vyplývá, že neuznávání etiky ve jménu vědy vede k cynismu a k až nepřijatelné manipulaci s lidskými bytostmi, a naopak popírání vědy etickými stanovisky by vedlo k nesmyslnosti a škodě. I přes ohromné úspěchy medicínskému výzkumu a jeho aplikace se vytvořily dva protichůdné tábory s různým pohledem na úlohu bioetiky. Jeden, který s mnohými postupy ve výzkumu a medicínské praxi nesouhlasí a pokládá je v řadě případů za eticky nepřijatelné a nehumánní, druhý pak vzhledem k cílům, které si kladou, za zcela oprávněné. A tak

se zrodila otázka: je etika v medicíně a výzkumu rušivým faktorem anebo nepopiratelnou nutností?

Existují tři skupiny vědců a lékařů s různým postojem k bioetice:

1. Lékaři a badatelé vyznávající tzv. přístrojovou medicínu a člověka posuzující jako „biologický stroj“. Usilují jen o pokrok a bioetika brzdí jejich snahu.

2. Ortodoxní etici a vyznavači alternativní medicíny jednoznačně odsuzují prvě jako specialisty propadlé pokroku, kteří přehlížejí člověka a nejsou ochotni tento svůj postoj změnit, pokud k tomu nejsou právně nuceni.

3. A konečně je tu skupina lékařů a vědců (s jejich náhledem se ztotožňují), kteří vidí smysl v medicínsko-etickém dialogu. Jejich postoj nese s sebou i potíže - i zde existuje nesouhlas. Je nutné pokusit se o jeho odstranění, nebo alespoň vlastní moment rozporného mínění a konání objasnit. Je to důležité, neboť se přinejmenším jedná o posouzení další orientace v medicíně.²

Etika nechce být rušivým faktorem v medicíně s výjimkou těch případů, kdy je dotčena integrita a důstojnost člověka, kde etika jako rušivý faktor působí a působit má. Kdykoliv se stane předmětem výzkumu člověk, vzniká napětí mezi svobodou vědeckého bádání a nedotknutelností lidské osoby.³ Proto je nutné respektovat etická pravidla mezi jedincem zařazeným do výzkumu a badatelem. Nezastupitelnou úlohu mají etické komise, a to při schvalování výzkumu před jeho zahájením a v jeho průběhu. Postup je stejný, ať již jde o zkoušení nových léků, zavádění diagnostických a léčebných metod, nebo preventivních studií. Obtížné může být etické rozhodování tam, kde výzkum přinese nesporný prospěch, ale může mít i některé negativní důsledky. Zde se uplatňuje zásada, při které se vyžaduje, aby očekávaný příznivý efekt byl větší než předpokládaný negativní důsledek.²

U nás je nejčastější oblastí klinického výzkumu zkoušení nových léčiv.⁶ Jeho etické principy vycházejí ze základních lidských práv, což znamená absolutní respektování psychické a fyzické integrity osob, na nichž má být klinické zkoušení provedeno. Etika musí brát v úvahu i skutečnost, že toto zkoušení musí mít význam nejen pro jedince zařazeného do určité studie, ale i pro celou společnost. Nikdy však zájem společnosti nesmí převážet nad zájmem jednotlivce. Považuje se za žádoucí, aby účinnost a bezpečnost každého léku byla prokázána pečlivě provedeným klinickým pokusem. Etice přímo odporuje, aby jakýkoliv lék byl v praxi široce používán jen na základě tzv. klinických dojmů. Řádně provedený kontrolovaný klinický pokus je mnohem etičtější než nekontrolované experimentování s nevyzkoušenými léky.

Závěr

Z uvedeného vyplývá, že etické problémy se v medicíně a ve výzkumu vyskytovaly odedávna, a i dnešek ukazuje, že biomedicínský výzkum musí vzít etický přístup na vědomí. Všichni cítíme, že se medicína bez etiky neobejde a musíme dbát na to, aby své postavení v medicíně nadále upevňovala. Nesmíme dopustit, aby se

opakovaly zvěřstva, které na nevinných lidech páchali nacističtí antilékaři a anti-
vědci.

Literatura

- ¹ *Encyklopedický slovník, Encyklopedický dům Odeon, Praha, 1993, s. 1207.*
- ² *Šetka, J.: Etika ve výzkumu, Praktický lékař 75, 1995, suppl. 2, s. 13-15.*
- ³ *Šoltes, L.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky, Bratislava, Univerzita Komenského 1994.*
- ⁴ *Astanov, A., Šišinová, J.: Medicína na scestí, Praha, Avicenum 1981.*
- ⁵ *Slabý, A.: Pastorální medicína a zdravotní etika, Praha, Univerzita Karlova 1991.*
- ⁶ *Modr, Z.: Etické aspekty klinického zkoušení nových léčiv, Praktický lékař 75, 1995, suppl 2, s. 16-18.*
- ⁷ *Morselli, P. L., Cazor, J. L.: The benefit/risk ratio during development of a new drug. Recent trends in clinical pharmacology, 205, 1991, s. 175-186.*

MOTTO: ČLOVĚK ČLOVĚKU VLKEM (NEURÁŽEJTE VLKA!)

Anna Burgerová

Lékař, člověk, který má v celém civilizovaném světě poslání pomáhat a chránit zdraví lidí, se může stát jeho pravým opakem. Škůdcem a katem člověka.

Je potom tragedií, když pod rouškou euthanazie lékař - zločinec rozhoduje o životě a smrti lidí.

Projekt „euthanasie“ byl realizován na přímý Hitlerův rozkaz v letech 1939-1941 za hojného přispění německých lékařů, zvláště psychiatrů. Podle zhoubné představy nacistů o „životě nehodném života“ dal směr k vyvraždění německých občanů Adolf Hitler ve své knize „Mein Kampf“. „Stát musí prohlásit každou osobu zjevně nemocnou nebo zatíženou dědičnou chorobou za neschopnou rozmnožování a musí všemi prostředky zabránit tomu, aby ohrozila své potomstvo“.

Počet obětí této „euthanasie“ se odhaduje na více než sto tisíc německých občanů trpících „neléčitelnou“ duševní poruchou. Rovněž zabíjení novorozenců s vrozenými vadami bylo časté. Při likvidaci psychiatrických pacientů byl poprvé použit plyn - oxid uhelnatý. Vše se odehrávalo za asistence a přispění SS-lékařů.

Ještě v době hlubokého míru v r. 1934 Adolf Hitler ve svém projevu motivoval zločineckou roli lékařů v Osvětlení slovy: „Musíme zabránit, aby se v těle našeho národa nezvětšilo množství cizí krve. Přiznávám, že hrozba tohoto vlivu nezeslábné, obsadíme-li v blízké budoucnosti území se značným procentem slovanského obyvatelstva. Jsme nuceni vyhlazovat obyvatelstvo, tím chráníme naše obyvatelstvo. Budeme muset rozvinout techniku pro vyhlazování obyvatelstva. Vyhlazováním obyvatelstva rozumím ničení rasových celků. A právě to se chystám uskutečnit. Příroda je tvrdá a také my jsme oprávněni být tvrdými. Posílám-li výkvět německého národa do pekla války a prolévám bez nejmenší lítosti drahocennou německou krev, mám právo zničit miliony lidí nižší rasy“. Dále cituji ze stejné knihy: „Každý, kdo chce vyléčit svou dobu, která je veskrze nemocná a prohnílá, musí především sebrat odvahu vyjasnit příčinu této nemoci. Méněcenné národy byly nižším živočišným druhem, jakousi nákazou, která infikovala německý národ. Po vyhlazení těchto národů se nemocná Evropa opět uzdraví“.

Představa o zabíjení jedinců nebo celých lidských skupin, národů a ras v zájmu domnělého léčení vlastního společenství po nástupu fašismu v Německu se stala realitou. V zájmu „čisté a vyšší rasy pověřené zvláštním posláním“ se začaly zřizovat

vyhlazovací koncentrační tábory, které sloužily k fyzické likvidaci Židů, Romů, Poláků, Rusů, Čechů a jiných skupin a národů.

V Osvětimi za spolupráce lékařů bylo zavražděno na čtyři miliony lidí. Za aktivní účasti diplomovaných lékařů, docentů a vědců se prováděly neuvěřitelná zvěrstva. Lékař, člověk, který má v celém civilizovaném světě poslání a povinnost pomáhat lidem a chránit jejich zdraví, byl v Osvětimi oficiálním a exekutivním katem.

- Soustavně se tito lékaři dopouštěli zločinů proti lidskosti;
- proti vůli člověka a bez jeho souhlasu zkoušeli na zdravých i nemocných lidech prostředky a používali metody, které způsobily škodu na těle i na životě;
- při příchodech transportů se zúčastnili aktivně selekcí vězňů, kde slabší, starší, ženy a děti posílali do plynových komor;
- při použití Cyklonu B v těchto plynových komorách dohlíželi na předepsané použití tohoto jedovatého plynu;
- za celé období trvání koncentračních táborů SS-lékaři vyhledávali zesláblé a nemocné vězně a usmrcovali je injekcemi fenolu. Na úmrtním listě pak uvedli nemoc rychle způsobující smrt;
- přerušovali těhotenství u žen cizích národů do pátého měsíce těhotenství;
- prováděli pokusy s dvojčaty (Dr. Mengele);
- prováděli sterilizaci žen, rentgenovými paprsky ničili rozmnožovací orgány židovských žen.

Tzv. léčba v koncentračním táboře vypadalo takto: Předstoupil-li nějaký nemocný vězeň před esesáckého lékaře, byl v bezprostředním ohrožení svého života, nebo se stal předmětem esesácké frašky. Lékaři v Osvětimi se nezabývali léčením nemocných. Léčili pouze administrativně a pro každý případ si opatřovali alibi vypisováním vymyšlených chorobopisů. Tito na oko počestní docenti, profesori a lékaři ochotně propůjčovali své znalosti nacismu a aktivně se zúčastňovali vyhlazování evropských národů.

Směrnicemi a pokyny je řídila „Velkoněmecká říše“ a „lékaři“ poslušně plnili jediný cíl, vyhlazovat a ničit všemi prostředky.

Nacistická říše, nejvulgárnější státní banditismus, jim - „lepším lidem“ - slibovala lehký život a vládu nad jinými národy. Většina esesáků a lékařů měla v Osvětimi i jiné zájmy. Šlo jim o co největší obohacení zlatem a brilianty.

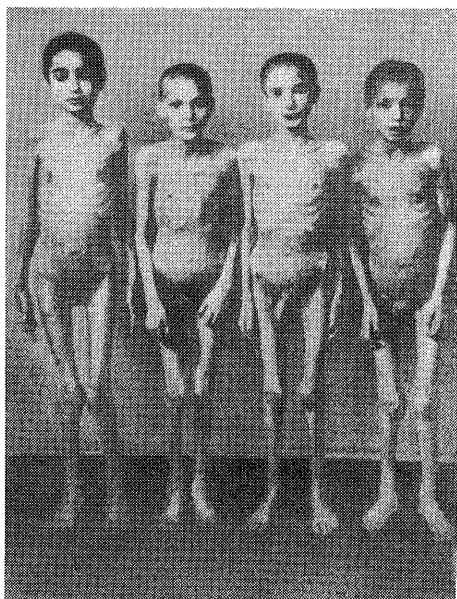
Do koncentračního tábora Osvětimi přijížděly neustále nové a nové transporty. Každý deportovaný musel své kufry a tašky odevzdat na nádražní rampě. Zatímco přijíždějící končili v plynových komorách, jejich věci po rozřídění putovaly do velkoněmecké říše. Když vezmeme v úvahu, že v Osvětimi přišlo o život čtyři miliony lidí, dá se odhadnout, jaké rozměry měly zásilky s naloupenými věcmi. (Ukázka jednoho takového seznamu naloupených věcí na str. 94-95). Při čtení - např. 22 000 párů dětských střevíčků a 1 vagon = 3000 kg ženských vlasů - člověka jímá hrůza. V seznamu však nejsou zlaté šperky, které si nakradli SS lékaři.



*SS-Brigadenführer,
Prof. Dr. Carl Clauberg.
V bloku 10 v Osvětimi
prováděl zločinné pokusy
na ženských vězeňkyních.
Zkoušel pomocí rentgenu
docílit sterilizaci žen.*



*SS-Hauptsturmführer,
Dr. Josef Mengele.*



*Pseudolékařské pokusy
Dr. Mengeleho
na dvojčatech v Osvětimi.*



Karl Brandt



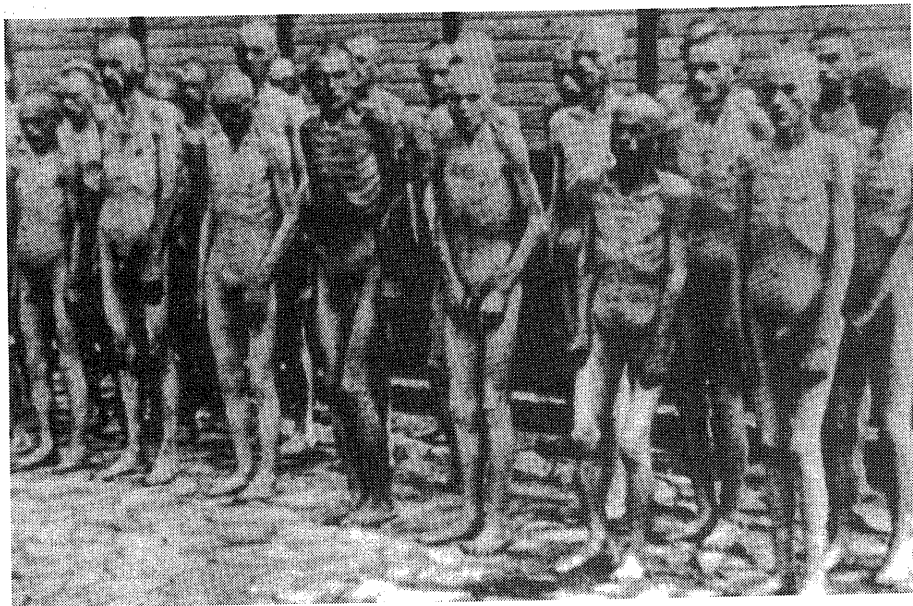
Adolf Pokorný

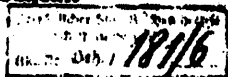


Joachim Mrugowski

Lékaři SS, specialisté pro sterilisaci a vyhlazování

Vězňové v koncentračním táboře po šesti týdnech mezi životem a smrtí - muslimani





Přehled

o odeslaném množství textilu a starého materiálu z tábora Lublin a Osvětim na příkaz hlavní hospodářské správy

1. Říšské ministerstvo hospodářství

Staré mužské oblečení bez prádla
 Staré ženské oblečení bez prádla
 Ženské hedvábné prádlo

97 000 kompletů
 76 000 kompletů
 89 000 kompletů

Celkem: 34 vagónů

Hadry	400 vagónů	2 700 000 kg
Peří	130 vagónů	270 000 kg
Ženské vlasy	1 vagón	3 000 kg
Starý mat.	5 vagónů	19 000 kg
		Celkem: 2 992 000 kg

536 vagónů

Celkem: 570 vagónů

2. Centrální úřad pro Němce

Mužské oblečení:

Kabáty	99 000 ks
Saka	57 000 ks
Vesty	62 000 ks
Kalhoty	62 000 ks
Spodky	38 000 ks
Košile	132 000 ks
Svetry	9 000 ks
Šály	2 000 ks
Pyjama	6 000 ks
Límce	10 000 ks
Rukavice	2 000 párů
Punčochy	10 000 párů
Boty	31 000 párů

Dětské oblečení:

Kabáty	15 000 ks
Chlapecké saka	11 000 ks
Chlapecké kalhoty	3 000 ks
Košile	3 000 ks
Šály	4 000 ks
Svetry	1 000 ks
Spodky	1 000 ks
Dívčí šaty	9 000 ks
Zástěrky	2 000 ks
Dívčí košilky	5 000 ks
Podvazky	5 000 ks
Punčochy	10 000 párů
Boty	22 000 párů

Ženské oblečení:

Kabáty	155 000 ks
Šaty	119 000 ks
Saka	26 000 ks
Košile	125 000 ks
Blůzy	30 000 ks
Svetry	60 000 ks
Kalhotky	39 000 ks
Podvazky	60 000 ks
Pyjama	27 000 ks

Prádlo atd.:

Povl. na peřinu	37 000 ks
Prostěradla	46 000 ks
Povl. na polštáře	75 000 ks
Utěrky	27 000 ks
Kapesníky	135 000 ks
Ručníky	100 000 ks
Ubrusy	11 000 ks
Ubrousky	8 000 ks
Vlněné šátky	6 000 ks

Podprsenky	26 000 ks
Kombiné	22 000 ks
Šátky	85 000 ks
Boty	111 000 párů

Kravaty	25 000 ks
Gum. boty a hol.	24 000 párů
Čepice	9 000 ks

Celkem: 211 vagonů

3. Říšské vedení mládeže - venkovská služba

starší mužské šaty	4 000 garnitur
mužské pláště	4 000 garnitur
mužská obuv	3 000 párů
starší dámské šaty	4 000 garnitur
dámské pláště	4 000 kusů
dámské spodní prádlo	3 000 garnitur
dámské pulovry	20 000 kusů
dámské zástěry	5 000 kusů
různé druhy šálů	6 000 kusů
dámská obuv	3 000 párů

4. Podnik „HEINRICH“

starší mužské šaty	2 700 garnitur
--------------------	----------------

5. I. G. Farben industrie Osvětim

starší mužské šaty	4 000 garnitur
--------------------	----------------

6. Organizace „TODI „ - Riga

starší mužské šaty	1 500 garnitur
--------------------	----------------

7. Generální inspektor vedoucího pro automobilovou dopravu

starší mužské šaty	1 000 garnitur
mužské spodní prádlo	1 000 garnitur
mužská obuv	1 000 garnitur
mužské pláště	1 000 garnitur

8. Koncentrační tábory

mužské kazajky	28 000 kusů
mužské kalhoty	25 000 kusů
mužské vesty	7 000 kusů
mužské košile	44 000 kusů
mužské spodní kalhoty	34 000 kusů
mužské pulovry	1 000 kusů
mužské pláště	6 000 kusů
dámské pláště	25 000 kusů
mužská obuv	100 000 párů

Celkem 44 vagonů
Úhrnem 825 vagonů

Za správnost vyhotovení:
 SS-Hauptsturmführer

Závěr

Dějiny nás učí, že mnohé z toho, co bylo zneužito, mělo původně sloužit prospěchu lidí. Lékařsko-biologické výzkumy pro rozvíjení, zkoušení a sledování důsledků použití zbraní hromadného ničení, neurotoxinů, prostředků psychologické války a hromadného stresování obyvatelstva, to vše za určitých podmínek může sklouznout na rovinu krajního nebezpečí pro lidstvo této planety.

Stále hrozí nebezpečí, že některé skupiny lékařů se mohou za určitých podmínek stát vrahy a že se překročí hranice humanity, jež je největším přestupkem proti lékařské etice. Že se výsledků medicíny použije místo k zachování zdraví a léčení k masovému ničení lidských životů.

Poučení, které si v tomto případě můžeme vzít z historie, zní, že je naší povinností chránit humánní cíle a uplatnění medicíny.

TEXTY

Vladimír Špalek

EDMUND HUSSERL A PROBLÉM ČASU

„Vím to, když se mě na něj nikdo netáže, ale mám-li to někomu vysvětlit, nevím.“ Touto případnou větou z Augustinových Vyznání, ponechanou v originálním latinském znění, začíná Edmund Husserl svoji fenomenologii vnitřního časového vědomí. Věta je první Augustinovou odpovědí na Augustinovu otázku. Ta otázka zní: „Co je tedy čas?“

Ne náhodou poukazuje Husserl na tuto odpověď, neboť dnešní doba, tolik hrdá na svoje vědění, v řešení otázky příliš nepokročila. Zásadou fenomenologie a jejího zakladatele však nesporně zůstane to, že díky nim dnes můžeme otázku po čase klást s větším porozuměním.

U Augustina, kterého studovat, jak nabádá Husserl, musí i dnes každý, kdo se chce vážně zabývat problémem času, nacházíme mnoho znepokojujících a hlubokých myšlenek, které nenechávají na pochybách nikoho, kdo je čte, že se týkají také jeho *osobně*. „Nebyl by minulý čas, kdyby nic nemýjelo, nebyl by budoucí, kdyby nic nenastávalo, nebyl by přítomný, kdyby nic netrvalo. Ale jak existují ony dva časy, minulý a budoucí, když minulý už není a budoucí ještě nenastal? Nicméně kdyby přítomný čas byl stále přítomný a neměnil se v minulý, nebyl by to čas, nýbrž věčnost. Musí-li se tedy přítomný čas proměnit v minulý, aby byl časem, jak potom můžeme o něm říci, že jest, když důvod jeho bytí je v tom, že nebude?..“ Pro ilustraci aktuálnosti myšlenek obsažených v Augustinových Vyznáních alespoň tolik.

Radikální uchopení právě uvedených myšlenek, ale také bezpočtu dalších, ještě pozoruhodnějších, se otevírá právě v těchto

naším čtenářům předkládaných Husserlových analýzách vnitřního časového vědomí.

Zůstaňme na chvíli u jedné Husserlovy věty, která obdobně jako věty Augustinovy vyvolává nejen tok spleťtých úvav, ale také estetický prožitek, dosahovaný zdánlivou paradoxností celku, jehož části jsou průzračně zřejmé. „Všechno, co je, to bude, jak je zcela evidentní a samozřejmé, v důsledku toho, že bylo, a je v důsledku toho, že je, v budoucnu to, co bylo.“ Jak je zřejmé, ve větě se pojednává o čase. Všimněme si však jakým zvláštním způsobem. Slovo čas v ní v žádném případě nemůžeme najít, protože se v ní nevyskytuje. A přece o čase pojednává. Zdá se tedy, že o čase není nutno hovořit tak, že jméno čas skloňujeme, nýbrž že o čase můžeme říci více, když se budeme snažit ve své reflexi času být časově, tj. když naše vědomí času získá vědomí, že je *časové vědomí*. To je pak vidět v naší větě v tom, že o čase vypovídá v žilvu bytí, v němž je čas domovem. Slovně to pak vyjadřujeme tak, že se pohybujeme v žilvu slovesa býtí a to časujeme, to znamená například říkat *byli jsme, jsem, budou*. Všimněme si ještě jedné zajímavé věci, neříká se, že to, co je, to nebude, nýbrž se říká, že *bude*, bude tím, co bylo. Abychom čtenáři nepředkládali v této souvislosti interpretace, o nichž bychom nemohli říci nic více než to, že jsou snad pravděpodobné, řekněme jen s básníkem, že „v duchovém světě se ničeho neztrácí...“.

V naznačených souvislostech se nyní dotazujeme samotné otázky, která se nám výše vynořila v podobě „co je čas?“. Měli-li bychom po filosofických vkladech fenomenologického dotazování být schopni klást otázku s větším porozuměním, musíme podrobit zkoumání samotnou otázku „co je čas?“. Poučení Heideggerem víme, že otázka svou intencí, kterou vnitřně má, spoluvytváří a podmiňuje způsob odpovídání. Neboli, že máme co činit s vnitřní korelací, která způsobuje, že se otázka bytostně podílí na tom, jaká bude odpověď. Známe dokonce i takové otázky, které způsobí to, že dostaneme odpověď na něco jiného, než jsme v otázce zamýšleli. To pak znamená, že jsme se vzdor dobrému úmyslu ptali neodpovídajícím

způsobem. Tedy i ve filosofii může být cesta do pekel dlážděna samými dobrými úmysly. V případě otázky, co je čas, můžeme postupovat obdobně jako u otázky, co je metafyzika. Určující složkou otázky je právě ono nevině se tvářící „co“. V obecném smyslu na otázku „co“ mohu dostat pouze odpověď „něco“, neboli nějakou věc v obecném slova smyslu. Máme však na mysli „něco“ nebo věc, ptáme-li se na čas? Když se zeptáme takto přímo, těžko bychom odpověděli kladně. Ale ono nevině „co“, vkrade-li se do otázky, způsobuje, že se při vypracovávání odpovědi chováme tak, jako bychom byli na právě vznesenou otázku odpověděli kladně. Čas se stává najednou „něčím“, věcí, a my se dostáváme do bludiště, v němž jsme nechtěli být, aniž si to vlastně uvědomujeme. To bludiště pak můžeme popisovat v přímé souvislosti s dějinami metafyziky. Co z toho všeho vyplývá? To, že otázka po čase musí být *vypracována*. Právě tím, kdo na této práci zanechal svůj nesmazatelný podíl, byl Edmund Husserl.

Edmund Husserl, jeden z řady slavných moravských rodáků, se narodil dne 8. dubna 1859 v Prostějově. Jeho otec vlastnil továrnu na galanterní zboží. Rodina Husserlových byla židovská a ve své době německy orientovaná. Tak se stalo, že se mladý Edmund česky neučil. Lze se však domnívat, že určité povědomí, jak to bývá ve smíšených prostředích, o češtině měl. Víme, že Husserl měl více sourozenců. Samo jméno Husserl je zajímavé tím, že v jazyce jidiš znamená Israel. Základní školu absolvuje Husserl v Prostějově, gymnasium pak roku 1876 v Olomouci. V téměř roce pak odchází studovat do Lipska astronomii a matematiku. V Lipsku se seznamuje s T. G. Masarykem a navazuje s ním přátelský vztah, který zůstává po celou dobu jejich života. Jeho učitelem matematiky v Lipsku byl K. Weierstraß, snad největší matematik druhé poloviny devatenáctého století, který se o Husserlovi vyjádřil jako o schopném a velmi slibném matematikovi. V roce 1882 obhájil disertaci z oboru matematiky. Někakou dobu je také asistentem u Weierstraße. Studoval rovněž na univerzitách v Berlíně a ve Vídni. Ve Vídni se seznamuje s F. Brentanem, pod jehož vlivem se původní matematik

svým zájmem obrací k logice, psychologii a filosofii. Roku 1887 konvertuje Husserl k luteránství. Svoji univerzitní a filosofickou kariéru začíná Husserl v Halle roku 1887 jako soukromý docent. V roce 1901 je jmenován profesorem univerzity v Göttingen, kde působí do roku 1915. Od roku 1916 pak působí jako profesor ve Freiburgu až do roku 1928. V tomtéž roce odchází na odpočinek. Slovo odpočinek však v Husserlově případě nelze chápat doslovně, vždyť např. spis Formální a transcendentální logika vychází až o rok později, nemluvě již o Karteziánských meditacích, Krizi evropských věd a spisu Zkušenost a soud. Husserl umírá ve Freiburgu 27. dubna 1938.

První velkou Husserlovou prací je Filosofie aritmetiky z roku 1891, pak následují monumentální Logická zkoumání ve dvou dílech v roce 1900 a 1901, dále Filosofie jako přísná věda 1911, Ideje k čisté fenomenologii a fenomenologické filosofii 1913, v témže roce začíná vydávat Ročenky pro filosofii a fenomenologické bádání. V Ročence vychází první díl Idejí, druhý a třetí až v roce 1952. Zde předkládané Přednášky k fenomenologii vnitřního časového vědomí vyšly v roce 1928. V roce 1929 pak Formální a transcendentální logika, dále Karteziánské meditace, nejprve ve francouzském překladu roku 1930, pak německy 1950. Musíme jmenovat alespoň ještě dva spisy, Zkušenost a soud, který vyšel v Praze roku 1939, a slavnou Krizi evropských věd vydanou 1956. Husserlova rukopisná pozůstalost činí 45.000 stran stenografických záznamů. Kritická vydání Husserlových děl jsou realizována v prestižní edici Husserliana (Haag).

Ve svých deníkových záznamech si 25. září 1906 Husserl poznamenal: „Potřebujeme nejen poznání cílů, směrnic, záměrů, metod, stanovisek k jiným poznatkům a vědám. Potřebujeme i skutečné provedení. Musíme po těchto cestách sami kráčet. Musíme krok za krokem řešit jednotlivé problémy. Tady je především nutné pojednání fenomenologie rozumu, krok za krokem, a na jeho základě skutečné osvětlení logického a etického rozumu ve formě oboustranných principů a základních pojmů. Zde stojí na prvním místě problémy fenomenologie vněmu, fantazie,

času a věci.“ Zatímco Ideje k čisté fenomenologii a Karteziánské meditace představují soustavný pokus o nastínění oblasti fenomenologického bádání a jeho cílů, a tak jsou současně nastíněním programu Husserlovy filosofie, a totéž lze po výtce říci i o Krizi evropských věd, představuje fenomenologie vnitřního časového vědomí právě jeden z takových pokusů o skutečné provedení na poli problému času.

Husserlovou asistentkou v letech 1916 až 1918 byla vynikající, talentovaná a Husserlovi nadmíru oddaná žena, žel se smutným osudem mučednice, dnes slavná Edith Steinová, Janem Pavlem II prohlášená 1. května 1987 za blahoslavenou. Edith Steinová se pohybovala ve sférách, které bychom mohli bez nadsázky nazvat vrcholy filosofie našeho století. Jejím nejlepším přítelem byl Max Scheler, dalším přítelem Roman Ingarden, k tomu blízké kontakty s Husserlem, L. Landgrebem, M. Heideggerem a dalšími. E. Steinová zaměřila své úsilí ve Freiburgu na to, aby Husserlovy rukopisy byly uvedeny do takového stavu, aby byly schopny uveřejnění, to znamená aby dostaly takovou podobu, ve které by mohly být přiblíženy veřejnosti. V jednom z dopisů Ingardenovi si posteskla, že musela mistra i pobízet k tomu, aby rukopis doplnil a upřesnil a aby si našel čas na společnou redakci přepisu. Uvádí dále, že v rukopisu dělá minimum redakčních úprav a přepracování v Husserlových intencích. Mluvíme samozřejmě o Přednáškách k fenomenologii vnitřního časového vědomí. Heideggerovo, tj. vydavatelovo vyjádření, že se jedná o text z roku 1905, není zcela výstižné, protože Husserl v té době něco vyřadil a něco přidal. To, co Husserl přidal, však byly pouhé lístečky s poznámkami, které přirozeně vyžadovaly redakční zpracování. Výsledek redakčního zpracování, za něž vděčíme Steinové, vypadá přibližně takto. Z úvodu a čtyřiceti pěti paragrafů, které první díl obsahuje, vychází jen úvod a čtrnáct paragrafů a k tomu čtyři další jen zčásti z původního rukopisu přednášek z roku 1905. To ve vydání z roku 1928 činí asi čtyřicet z asi osmdesáti dvou tiskových stran. Steinová se snažila sjednotit terminologii úvodu a paragrafů a formulovala nadpisy paragrafů.

Na jaře roku 1926 navrhl Husserl Heideggerovi, aby se ujal zveřejnění jeho zkoumání k fenomenologii vnitřního časového vědomí z období jeho působení v Göttingen, a to v podobě, kterou zpracovala Edith Steinová. Husserl a Heidegger tehdy strávili společně jarní prázdniny v Todtnaubergu ve Schwarzwaldu, kde měl Heidegger chatu. Při příležitosti Husserlovy návštěvy ukázal Heidegger Husserlovi téměř hotový rukopis svého díla *Bytí a čas*, které zamýšlel Husserlovi věnovat, což se v roce 1927 také stalo. Ukázání rukopisu bylo bezprostředním podnětem k uvedenému Husserlovu návrhu. Heidegger návrh akceptoval s tím, že jej bude moci uskutečnit teprve po vyjití *Bytí a času* a zpracování manuskriptu nemůže vzít na sebe, protože je do podzimu 1927 vytížen působením na univerzitě v Marburgu. Husserl Heideggerovi předal nikoli své stenografické manuskripty, nebo lépe řečeno rukopis, který měla k dispozici E. Steinová, nýbrž rukoписné zpracování Edity Steinové z roku 1917. A tak se Heidegger musel spokojit s pečlivým přehlédnutím rukopisu E. Steinové, do něhož učinil nepatrné zásahy, ačkoli se zdálo, že by důkladné zpracování nebylo Husserlovi proti mysli. Text byl připraven pro tisk v roce 1928 a vyšel v Halle v témže roce jako devátý svazek *Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung*. Na jaře 1928, ještě před definitivním uzavřením textu, předložil Heidegger rukopis předmluvy Husserlovi ke schválení. Husserl se později často odvolává na vydání z roku 1928 jako na „mé přednášky o fenomenologii vnitřního časového vědomí vydané Martinem Heideggerem“. Autorizace verze vypracované E. Steinovou je tedy nepochybná. Verze vypracování E. Steinové má původ v její iniciativě, a tak je vlastně také jejím dítkem.

Když jsme naznačovali výše, že čas je domovem v žilvu bytí, nelze nevpomenout na tomto místě podobného náznaku Husserlova v paragrafu 81 *Idejí k čisté fenomenologii a fenomenologické filosofii* z r. 1913. Toto připomenutí je potřebné z toho důvodu, že ve zde předkládaných analýzách časového vědomí vzhledem k jejich specifčnosti není jedna ze sjednocujících intencí zájmu tolik patrná. V *Ideen* se říká, že *čas* je,

jak z dalšího zkoumání vyplyne, titul pro zcela uzavřenou sféru problému, a sice takovou, která je obzvlášť obtížná. Ukáže se, že naše dosavadní znázornění do jisté míry zamlčelo jednu celou dimenzi a nutně to zamlčet muselo, aby to podrželo v nezmatené podobě, to, co je vidět zprvu jen ve fenomenologickém hledisku a co tvoří uzavřené pole zkoumání, nepřehlédneme-li k nové dimenzi. Transcendentální absolutno, které jsme takovou redukcí vypreparovali, není vpravdě to poslední, je něčím, co se samo v jistém hlubokém a zcela zvláštním smyslu konstituuje a má svůj prazdroj v posledním a pravém absolutnu. Husserl přiznává, že byla zamlčena jedna celá dimenze. Na kterou Husserl myslí? Fenomenologické zkoumání se pokoušelo založit absolutno vědomí a pominulo dimenzi pravého absolutna. Důvodem tohoto opomenutí byla obava z nevyslovitelnosti. O těchto problémech je lépe tiše mlčet. Pokusem o útok na uvedenou nevyslovitelnost jsou předkládané analýzy.

Ve fenomenologii vnitřního časového vědomí máme před sebou ukázkou konkrétních analýz daností, v nichž program překračuje sebe sama ve svém naplňování. V časových analýzách se Husserlovi čas ukázal jako to, co umožňuje styk s celkem všeho, co jest, čas se ukázal jako světový horizont.

Náš jediný znalec fenomenologie Jan Patočka, současně také žák, spolupracovník a přítel Husserlův a Heideggerův, rozpoznává, že Husserl v analýzách času ještě nedosahuje opravdu posledního dna; že však na cestě k němu je nutné tyto analýzy o to pečlivěji studovat, o tom lze předpokládat jeho souhlas. Tento náš překlad má pak jeho souhlas explicitní z roku 1970, to jest brzy po svém prvním vydání v tomtéž roce.

Čtenáře, který by chtěl pro četbu Husserla opravdu kompetentní poučení, je potřeba upozornit na titul: Jan Patočka, Úvod do studia Husserlovy fenomenologie, Praha 1966, vyšlo jako skripta Filosofické fakulty UK. Tentýž text také vycházel ve Filosofickém časopise, jedná se o poslední dvě čísla ročníku 1965 a v roce 1966.

Od Husserla vyšly česky ještě Karteziánské meditace (2×) a Krize evropských věd.

Autor příspěvku, PhDr. Vladimír Špalek, vyučuje filosofii na 3. LF UK. Uvedený příspěvek je doslovem ke knize Edmunda Husserla „Přednášky k fenomenologii vnitřního časového vědomí“, kterou dr. Špalek přeložil koncem 60. let a která nyní nově vychází v nakladatelství JEŽEK.



Nakladatelství J E Ž E K vydává ve svých edičních řadách zejména texty z oblasti filosofie, psychologie a pedagogiky, kromě toho občasně publikuje poetickou a experimentální tvorbu v edici "Malé básně". Otevřeným projektem zůstává tzv. "Volná řada".

NAKLADATELSTVÍ **j e ž e k** VYDALO DOSUD NÁSLEDUJÍCÍ TITULY:

A) FILOSOFICKÁ ŘADA:

EDMUND HUSSERL:
**PŘEDNÁŠKY K FENOMENOLOGII
VNITŘNÍHO ČASOVÉHO VĚDOMÍ**

Evropské lidství moderního věku je poznamenáno krizí kultury a vědy. Práce filosofie je v tomto období zaměřena na analýzu základní struktury lidského pobývání a lidské existence. Primárním momentem této struktury je bezesporu *časovost*.

Filosofem, který otevřel zcela nově a perspektivně problém času v evropské filosofii, je zakladatel fenomenologie, prostějovský rodák *Edmund Husserl*.

V "Přednáškách o fenomenologii vnitřního časového vědomí" (které v původním vydání redigoval Husserlův žák a pokračovatel *Martin Heidegger*), zkoumá Husserl pomocí fenomenologické metody „nejhlouběji ležící intelektuální akty: vněm, fantazii, obraznost, vzpomínku, časový názor“. Rozvádí zde i některá svá zkoumání o *časovém vědomí*, související s individuálním problémem. Rozhodujícím momentem je vytyčení *intencionálního časového vědomí a objasnění intencionality* vůbec.

Přes obtížnost vykládané problematiky zachovává kniha styl a srozumitelnost přednášky, včetně neustále se opakujících důležitých analýz.

JIŘÍ PEŠEK:
**PROMĚNY ČASU
VE VZTAHU
K BYTÍ A JEHO MOŽNÉMU SMYSLU**

Čas se podílí na *bytí člověka* zcela elementárně. Je tomu tak proto, že člověk je zvláštním typem jsoucna: je to takové „něco“, které nejen bezděčně *jest* (podobně jako např. zvíře nebo kus kamene), ale k tomuto svému *bytí* se vždy nějak chová, má k němu určitý poměr. Tento poměr ovšem není stále strnule a bezčase stejný, ale právě naopak: *trvá a mění se*. Je tudíž *spoluurčován časovostí*.

Proto jsou výsledky filosofických bádání na poli časovosti lidského pobytu naprosto zásadními pro orientaci moderního člověka ve světě.

Celá tradiční filosofie nahlíží čas z jeho objektivního rozměru. Teprve novověká filosofie naznačuje ono druhé pojetí času - času ve vztahu ke jsoucnosti, resp. ve vztahu k člověku a jeho bytí. Zásadní zkoumání v tomto ohledu učinili však teprve v tomto století *E. Husserl* a *Martin Heidegger*.

Předkládaná kniha uvádí přehledný a srozumitelný výklad historických kořenů problému časovosti. V podrobných rozbořech se věnuje zejména *problému času u Leibnize a Kanta*, ovšem se zvláštním důrazem na *interpretace a analýzy Heideggerovy*.



JOLANA POLÁKOVÁ:
FILOSOFIE DIALOGU
(EBNER, BUBER,
LÉVINAS, ROSENZWEIG)

Zhruba od dvacátých let tohoto století se v evropské filosofii rozvíjí tzv. *dialogické myšlení - filosofie dialogu* (Hermann Cohen, Ferdinand Ebner, Martin Buber, Franz Rosenzweig, Emmanuel Lévinas).

Nejedná se zde ovšem o žádnou analýzu dialogu jako určitou metodu poznávání pravdy. Právě naopak: dialog - jako "místo setkání" - je zde něčím, co teprve otevírá skutečný vztah. Filosofie dialogu hovoří o *neredukovatelné jinakosti a nekonečnosti* každého takového vztahu.

Nejde zde tedy o dialog jako "nástroj", ale o dialog sám - o samu vztahovou vzájemnost. Filosofie dialogu je v pravém slova smyslu filosofie *ve vztahu a ze vztahu*.

Tato filosofie rozvíjí zejména problém „*druhého*“ v souvislosti s ustavováním Já, problém *nepřevoditelnosti* tohoto vždy již asymetrického vztahu.

„Dialog není zkušenost setkání lidí, kteří spolu mluví. Dialog je událost ducha přinejmenším právě tak neredukovatelná a stará jako ‚cogito‘. Ve Vztahu existuje nerovnost, dyssymetrie. Bez možnosti vyhnoutí, jako by k tomu bylo vyvoleno, jako by pro to bylo nenabraditelné a jediné, je Já jako Já služebníkem Ty v Dialogu. ... Dialogický vztah se děje od Já k Druhému v setkání tváří v tvář.“

Emmanuel Lévinas

CATHERINE CHALIEROVÁ:
TŘI KOMENTÁŘE
K FILOSOFII E. LÉVINASE A H. JONASE

Zasvěcená autorka Catherine Chalierová ve svých třech komentářích postihuje některé zásadní pasáže z díla dvou velkých myslitelů tohoto století, Emmanuela Lévinase a Hanse Jonase, v nichž se podle jejího názoru objevují nově formulované otázky pro současnou filosofii.

Centrálním textem knížky je autorčina interpretace filosofického traktátu Hanse Jonase „*Bůh po Osvětlení*“. V něm je vysloveno zásadní stanovisko, přehodnocující postavení Boha v poválečném světě - tedy v takovém světě, který má za sebou zkušenost genocidy a vyhlazovacích koncentračních táborů. Hlavní otázka, kterou Jonas klade, zní: „*Proč Bůh nezasáhl?*“ V odpověď na tuto otázku pak klade požadavek a zároveň nutnost přehodnocení pojmu Bůh od samého jeho základu.

To je také důvod, proč Chalierová nazvala tento svůj komentář „*Bezmocný Bůh*“. Jedná se o fascinující výklad proměny vztahu člověka a Boha, o nutnosti znovuporozumění Boží lásky a aktu stvoření a zejména pak o vyvození závazků a nároků, které toto nové porozumění na člověka nevyhnutelně klade.

Další dva komentáře knihy jsou věnovány výkladu *významu druhého a analýze strachu, odpovědnosti a zrození*.



**FRANZ ROZENZWEIG:
NOVÉ MYŠLENÍ
(KOMENTÁŘ KE KNIZE
„HVĚZDA VYKOUPENÍ“)**

Komentář své filosofie pod názvem „*Nové myšlení*“ napsal Rosenzweig čtyři roky po vydání svěstěžejní práce „*Hvězda vykoupení*“ (*Der Stern der Erlösung*, 1921). Komentář se pokouší podat odpovědi na nejzávažnější otázky a námitky, které se po vydání "Hvězdy vykoupení" objevily. Z tohoto důvodu je - byť napsaný až po vlastní knize - výbornou příležitostí k uvedení do filosofova specifického a náročného myšlení.

Rosenzweigovo "nové myšlení" - jak je sám nazývá - je inspirováno centrálními biblickými motivy: otázka „Kde jsi, Adame?“ je pro Rosenzweiga klíčovou otázkou, která z lidského Já činí Ty oslovené Bohem a tímto povoláním jménem uvádí Já do vztahu. V tomto smyslu předznamenává Rosenzweigovo myšlení např. základní polohu myšlení Lévinasova. Podle Rosenzweiga převáděla dosavadní filosofie neoprávněně "to, co se jeví" na "Celek, jenž se nejeví" 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. Myslíci individuům tudíž nemůže samo sebe překonat žádnou myšlenou totalitou a 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.

**KAREL SKALICKÝ:
BLOCHOVA FILOSOFIE NADĚJE**

Filosofické dílo Ernst Blocha upoutává na sebe stále větší pozornost filosofů i teologů. V teologii dalo vzniknout celému jednomu teologickému proudu, zvanému *teologie naděje*. Ve filosofii pak zůstává bohatým myšlenkovým materiálem, jenž, jak se zdá, dosud čeká na své plné docenění a rozpracování. Práce K. Skalického podává zasvěcený a ucelený výklad Blochova filosofického díla, shrnovaného Blochem samým pod názvem "*filosofie naděje*".

Pro tento výklad autor v první části volí metodu, kterou sám nazývá „metodou mozaiky citací“. Touto metodou se mu daří zachytit nejen samotnou hlavní myšlenku, ale i její osobitý způsob vyjádření, jenž u Blocha není podružný. V druhé části knihy pak předkládá souhrn kritických připomínek a možných výkladů Blochova díla.

Prof. Karel Skalický studoval, působil a publikoval na Luteránské universitě v Římě. V letech 1966-69 zastával místo druhého sekretáře kardinála Josefa Berana (až do jeho smrti). Od roku 1967 do roku 1990 byl šéfredaktorem významného exilového teologického časopisu *Studie* (vyd. Křesťanská akademie v Římě). V roce 1994 přesídlil zpět do vlasti, v současné době působí jako farář na Hluboké. Kromě jiných prací je také autorem průkopnického díla *Teologia fondamentale* (*Fundamentální teologie*).



B) PSYCHOLOGICKÁ ŘADA:

ZDENĚK EIS:
STAROST A STAROSTI

Psycholog dr. Zdeněk Eis je veřejnosti známý nejen ze svých předchozích publikací, ale zároveň jako zakladatel „Linky důvěry“, která již po léta spolehlivě poskytuje odborné i lidské služby lidem, ocitajícím se v nejrůznějších krizích, těžkých životních traumatech a zdánlivě neřešitelných situacích.

V knize „Starost a starosti“ podrobně rozebírá příčiny, průběh a následky tohoto nejběžnějšího a zároveň nejnevýhnutelnějšího fenoménu, který patří k lidskému životu.

Autor nejprve analyzuje existenciální rozměr starosti tak, jak jej vymezuje moderní evropská filosofie (Heidegger, Sartre, Camus, Buber, Lévinas) - ukazuje tedy starost jako jedno z vymezení lidského bytí vůbec.

V druhé, hlavní části knihy si pak všímá "starostí" v množném čísle, tedy tak, jak se jimi zabývá psychologie a jak se s nimi setkáváme v každodenní zkušenosti.

Důraz je ve výkladu položen zejména na starosti jako na určitý specifický problém, který - je-li dlouho přehlížen a banalizován - může přerůst do skutečného a vážného konfliktu či krize. Odpovědí na toto riziko je podle autora zejména neustálá snaha člověka *rozumět sobě samému* - jak své lidské, tak i životní situaci.

C) EDICE MALÉ BÁSNĚ:

JAN K. ČERVENKA:
BÁSNICKÉ VERŠE POEZIE

Hry a hříčky, kterých nás zdánlivě napadnou stovky. Problém je v tom, že nás napadnou „dobře“. Autor těchto krátkých básní si však zakládá na tom, že se mu daří ony tzv. „dobře“ či „správné“ veršičky deformovat: „okrášlit“ je drobnými vadami a kazy, nepatrnými posuny a významovými odchylkami, ba v jednom z případů dokonce i falešným autorstvím. To vše dohromady pak vytváří podivné, na první pohled nedokonalé, krkolomné a kostřbaté útvary, které se však v některém z dalších pohledů začnou podezřele podobat našemu "dobře známému" světu.

Tato deformace či odchylka je přítom v každé básni poněkud odlišná, každá spočívá v jakémsi "jiném" handicapu - tak jako každý z nás kulhá, šilhá, šišlá či se obdobně pitvoří vždy jedinečně a jinak - v marné snaze dovršit své bytí kýženou dokonalostí. A přitom: co dokonalejšího tento svět zná, než právě onu jedinečnou nedokonalost každého toho kterého z nás...?



ZE STARŠÍ PRODUKCE NAKLADATELSTVÍ VYBÍRÁME:

MEDARD BOSS:
NÁRYS MEDICÍNY A PSYCHOLOGIE
(ÚVOD DO FENOMENOLOGICKÉ
DA-SEINS ANALÝZY)
1. - 3. DÍL

Jedná se o stěžejní dílo rakouské psychoanalytické školy, rozpracovávající praktické možnosti a důsledky fenomenologické filosofie E. Husserla a M. Heideggera z hlediska jejich 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 obeznámen s Husserlovou i Heideggerovou filosofií, jeho psychoanalytické kořeny pak nalezneme nejspíše u Freuda a Junga, ačkoliv Boss je v celém svém myšlení více jejich nekompromisním kritikem než následovníkem. Metodu da-seinsanalýzy ukazuje autor velice podrobně na jediném psychiatrickém případě (tímto mnohemu čtenáři zřejmě připomene Freudovy slavné studie o hysterii).

Tuto stěžejní Bossovu práci, která je vynikajícím úvodem do fenomenologického i do psychoanalytického myšlení, lze bezesporu považovat za bázní text pro všechny, kdo se podrobněji zabývají psychologií či filosofií. Neměla by však uniknout ani pozornosti laiků, kteří mají zájem objevně pohlédnout na problém lidské situace ve světě a jejím odrazu v zákoutích naší psychiky.

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. Uvěř-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, neskončit 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.



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 prvo-křesťanské i reformační dozvuky."

V poutavě psaných a široce založených přednáškách provádí 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".

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

Představitel morální a ekologické filosofie, americký universitní profesor českého původu, Erazim Kohák, se po svém celoživotním nedobrovolném exilu v USA vrátil v roce 1990 do Prahy jako profesor University Karlovy s cyklem zásadních přednášek, stavějících proti postmodernímu světu skepse a rezignace, jenž v závěru tisíciletí ovládl západní myšlení, ryze českou filosofickou tradici "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 neváží 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."



**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. Buber a F. Rosenzweiga.

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, jíž se představuje existence či spíše existující.

Jeho brilantní styl se přitom neustále opírá o dvojí vášeň: vášeň po člověku a po transcendenci. To činí z Lévinasova myšlení jistě ne přímo existencialismus, za to však jednu z nejvýznamnějších moderních filosofii existence."

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

**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, určovaný 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 konstituace 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.

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

