

**vitae  
nos  
-tra**

**1 - 2 / 96**  
**časopis**  
**3. lékařské**  
**fakulty**  
**university**  
**karlovy**  
**praha**

**r e v u e**

VITA NOSTRA REVUE 1 - 2 / 96  
sborník statí, článkú, dokumentú, komentářú a textú 3.  
lékařské fakulty University Karlovy v Praze.

Cena dvojčísła: 30 Kč, pro studenty 10 Kč.  
Předplatné na 1 rok: 60 Kč.  
Složenkú k předplacení obdržíte na děkanátě fakulty.

Redakce:

Pavel Gregor, Radana Königová, Jiří Ježek, Jiří  
Šimek, Milan Kment, Vladimír Špalek

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 prodejně skript  
v budově děkanátu 3. LF UK.

<b>Rozhovor s děkanem fakulty Prof. MUDr. Cyrilem Höschlem, DrSc.</b>	<b>5</b>
---	----------

## FAKULTA

<b>Reforma curricula lékařství</b>	<b>10</b>
<i>Vypracovala skupina 3. LF UK</i>	
<b>Kolik lékařských fakult potřebuje Česká republika?</b>	<b>19</b>
<i>Jiří Horák</i>	
<b>Hodnocení prázdninové praxe posluchačů 3. LF UK po 4. ročníku ve školním roce 1994/95</b>	<b>26</b>
<i>Jaroslav Fiala</i>	
<b>Studentská anketa - vhodný nástroj evaluace studia?</b>	<b>37</b>
<i>Hana Provazníková, Jitka Patočková</i>	
<b>Výsledky ankety „Hodnocení přednášek“ posluchačů 1. - 5. ročníku 3. LF UK ve školním roce 1995/96</b>	<b>39</b>
<i>Jaroslav Fiala</i>	
<b>PŘEDSTAVUJEME PRACOVIŠTĚ 3. LF UK A FN KV V PRAZE:</b>	
<b>Rozhovor s doc. MUDr. J. Bartoníčkem, CSc., přednostou Ortopedické kliniky</b>	<b>58</b>
<i>Připravil Pavel Gregor</i>	
<b>Traumatologie a její problémy</b>	<b>61</b>
<i>J. Bartoníček</i>	

## ZE ZAHRANIČÍ

<b>Global Medical Conference / Psychiatriy</b>	<b>66</b>
<i>Cyril Höschl</i>	
<b>148. výročí zasedání Americké psychiatrické asociace</b>	<b>74</b>
<i>Cyril Höschl</i>	
<b>3. University of Cork</b>	<b>77</b>
<i>Richard Rokyta</i>	

## AKTUÁLNÍ OTÁZKY

<b>Council of Europe on the competence of the patient</b>	80
<i>Milan Kment</i>	
<b>THE 5<sup>th</sup> SYMPOSIUM ON MEDICAL ETHICS: INFORMED CONSENT &amp; DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP</b>	85
<b>Stávka lékařů a lékařská etika</b>	86
<i>Jiří Šimek</i>	
<b>Informovaný souhlas u psychiatrických pacientů a u nemocných v psychoterapeutické péči.</b>	94
<i>Jiří Šimek</i>	
<b>„Do not resuscitate“ orders and withheld or withdrawn treatment</b>	99
<i>Radana Königová</i>	
<b>NETOPÝR:</b>	
<b>Přepis televizní diskuse na téma "Euthanasie"</b>	106
<i>Redigoval Cyril Höschl</i>	
<b>Esenciální grafofobie</b>	121
<i>Jiří Horák</i>	

## SESTRÍČKY

<b>Informace o návrhu koncepce transformace vzdělávání zdravotnických pracovníků</b>	124
<i>Eva Šiplová</i>	

## STUDENTI

<b>Zdraví vysokoškolských studentů</b>	130
<i>H. Provazníková, N. Štulerová, M. Berkovičová</i>	
<b>TAJEMSTVÍ čili Docela malá úvaha o velké věci</b>	141
<i>Halina Votinská</i>	

## TEXTY

<b>Sebeodkazování a smysl v běžném jazyce</b>	146
<i>Karl R. Popper</i>	

## Zeptali jsme se ...

Vzhledem k tomu, že názory děkana 3.LFUK se objevují běžně v denním tisku (naposledy Nedělní Lidové noviny 2.3.96, s.1 a Ekonom), zatímco přímo na fakultě (VNS) jen občas, položili jsme prof.Höschlovi několik otázek:

**VNS:** *Pane děkane, Vaše volební období tohoto roku končí. Jaký máte ze svého porevolučního působení na 3.LFUK pocit?*

**Prof.Höschl:** Celkově velmi dobrý. Je to ovšem pocit nikoli ze sebe, ale z nejbližších spolupracovníků. Nazval bych je nejlepším kolegiem mého života. Nikdy už nebudu zřejmě obklopen tolika tak obětavými a vzájemně si rozumějícími lidmi; prošli jsme spolu uplynulé náročné a konfliktní období doslova bez jediného projevu hostility nebo nesouladu. Byli a jsou všichni nadšení a obětovali 6 let života pro fakultu.

**VNS:** *Myslíte, že se Vám podařilo vše, co jste si předsevzal?*

**Prof.Höschl:** To je frázevotná otázka. Když si předsevzete málo nebo nic, vždycky to splníte.

**VNS:** *Myslíte, že se fakulta pod Vaším vedením nějak výrazně vylepšila?*

**Prof.Höschl:** To by museli posoudit zejména jiní. Je to věc měřítka, perspektivy. Když naši fakultu sám porovnám s tou, kterou jsem znal jako hygienickou, tak je pokrok nesporný. Zásahu všeobecného pokroku lze ovšem při takovém hodnocení eliminovat tím, že ji porovnáte s ostatními fakultami UK, které Vám běží po boku. Jak si stojíme, to posuďte sami. Často se sejdu s kolegy z jiných lékařských fakult, kteří nám leccos závidí a veřejně to říkají.

**VNS:** *Mnozí studenti jsou ale velmi nespokojeni s úrovní některých předmětů, zejména s výukou hygieny a chirurgie. Na jiných fakultách taková nespokojenost není.*

**Prof.Höschl:** To je pravda. Ovšem na jiných fakultách, pokud vím, se o tom se studenty prostě nebaví. Na rozdíl od nás tam vyučují klasickou hygienu.

**VNS:** *Chcete říci, že by se fakulta o tom neměla se studenty bavit?*

**Prof.Höschl:** To mi nerozumíte. Chci tím říci, že diskuse o úrovni výuky, které na fakultě permanentně probíhají a které vedly k výrazné redukci výuky hygieny v minulých letech, k vyprojektování preventivního lékařství propojeného s praktickou medicínou, k proniknutí klinické přípravy do preventivního lékařství (vedoucím "výživy" v Centru preventivního lékařství je prof.Anděl, jinak přednosta II.interny), k propojení preventivního lékařství s výukou lékařství praktického a s poradenstvím, a nakonec k radikální reformě celého curricula, která nemá ve střední Evropě v posledních sedmdesáti letech obdoby, nebyly zbytečné. V tom ohledu vděčíme mj. i otevřené atmosféře fakulty, na jejíž transformaci se významně podíleli senátní studenti, o něž jsem se vždy opíral a shora navrhovaná omezení jejich pravomocí vždy brzdil, za pokrok, kterého se podařilo dosáhnout a za náskok vůči ostatním fakultám.

**VNS:** *Studentům se to však jeví jinak: zdá se jim, že se nic nezměnilo a že na celé řadě výuk ztrácejí mnoho drahocenného času.*

**Prof.Höschl:** Pak mají v rámci přirozené konkurence možnost přestoupit na libovolnou jinou lékařskou fakultu. V tom je ohromná výhoda dosavadní plurality. Zatím jsem slyšel spíše o případech, kdy tomu bylo naopak. Naposledy minulé týden.

**VNS:** *Vy jste tedy se současným stavem spokojen?*

**Prof.Höschl:** Rozhodně ne. To ovšem nebudu nikdy. Celý život je neustálým zápasem o něco, většinou o nějaké zlepšení tu či onde. To přece nebude nikdy hotovo, jak Vás to vůbec může napadnout?

**VNS:** *Některým studentům se zdá, že jste k jejich požadavkům zcela hluchý.*

**Prof. Höschl:** To se může zdát někomu, kdo o tom nic neví. Jinak ovšem je dobře, že i ze strany studentů stále přicházejí zpětnovazební signály a podněty ke zlepšení. Tak je tomu všude na univerzitách a má to tak být. Studenti vidí věci z jiného úhlu a jsou to oni, kdo si přejí, aby jejich škola byla dobrá. Jsou to oni, kdo ztrácejí čas, nestojí-li výuka za nic. Na druhou stranu ovšem pedagog ztrácí čas, když student o nic nedbá a látku ignoruje. Není totiž potomek, o čem se bavít. Představte si, že na posledním povinně volitelném kurzu biologické psychiatrie většina lidí měla 4 a více absencí, neobtěžovala se omluvit a i ti výjimečně přítomní zcela ignorovali zadání práce, téma zapomněli a podklady, které jsem zvláště pro ně namnožil, ztratili nebo prostě nepřinesli. O čem si ti lidé myslí, že to tady je? Zdá se, že přirozenou snahou studenta je minimalizovat úsilí a projít cestou nejmenšího odporu. Budeme muset zjistit, zda podobné chování vede v jiných kurzech k úspěchu (to by byl malér). Věřím, že neudělení zápočtu (není totiž co "započítat": ani prezenci, ani práci) bude mít dlouhodobě příznivý efekt na celkovou úroveň povinně volitelných kurzů a samostatnost studentů.

**VNS:** *Ehm ... Co považujete za uplynulých 6 let za největší úspěch?*

**Prof. Höschl:** Vybudování první moderní počítačové sítě na univerzitě, první spojení všech zájemců z fakulty Internetem (už před lety), snížení administrativy (celá fakulta má dohromady jen asi 30 pracovníků administrativy, to nemá na UK obdoby!), spolupráci s několika laureáty Nobelových cen a jinými významnými osobnostmi, založení Nadace PROBIMED, která bude sloužit studentům (stipendia až se prosadí školně), založení Ceny Margaret Bertrand, ze které jsme udělili odměny nejlepším studentům ještě před tím, než s tím začala univerzita. Dále považuji za úspěšnou pro-publikační politiku fakulty, nekompromisní personální politiku a ekonomii v současných velmi oblíbených vnějších podmínkách. Za významné považuji i pořádání koncertů fakulty, nejprve v koleji Jednota se studenty, po jejich odchodu po promoci pak v Karolinu, což většinou obstarává vlastní sbor a v posledním roce v CM klubu v Portheimce, kde pořádáme přímé přenosy na RADIO CLASSIC FM. Založení CM klubu považuji také za úspěch; uvidíme, jak se prosadí. Také se domnívám, že fakulta má pozitivní "vizibilitu" ve sdělovacích prostředcích.

**VNS:** *Právě to zviditelnění by však mohlo být úspěšnější, ne?*

**Prof. Höschl:** Porovnáno s čím? Představitelé fakulty jen v loňském roce vystoupili 50x v televizi, vždy pro fakultu pozitivně. 40x v rozhlasu, vesměs ve vyhledávaných diskusních pořadech k závažným celospolečenským problémům. Proděkan Svoboda je prezidentem České lékařské komory, prof. Anděl je členem Rady vlády pro vědu a technologii, doc. Provazníková, prof. Kršiak, prof. Anděl jsou členové vědecké rady MZČR, jejímž jsem předsedou a která pro IGA rozděljuje půl miliardy na výzkum. Všichni sedíme v redakčních radách různých novin a časopisů - zkrátka větší "viditelnost" než má 3.LF UK by v současných podmínkách snad už ani nebyla produktivní, neřku-li vkusná. Jsme především univerzita.

**VNS:** *Nezdá se Vám divné, že přijímací pohovory řeckých studentů se konají v Athénách zvláště, a to za účasti děkana?*

**Prof. Höschl:** Pro všechny zúčastněné včetně fakulty je daleko levnější, když 3 pedagogové jedou do Řecka než když 100 Řeků jede do Prahy, zejména uvážíme-li, že třeba 60 z nich zkoušku neudělá. Pobyt pedagogů v Athénách až dosud vždy platila řecká premedical school a Gerani, takže to fakultu nic nestálo. Naopak uspořádat přijímačky zde je vždy velmi nákladné a organizačně náročné. A v termínu s Čechy se to udělat nedá, protože v Řecku mají jiné termíny přihlášek, hlásí se často jinam a na naše termíny přistupují nejdříve až v červenci. Tou dobou chtějí mít čeští studenti již prázdniny. Námítka, že by to zde řečtí uchazeči zaplatili, je lichá, protože oni by sem především s rizikem 60%

úmrtnosti prostě v tom počtu nikdy nepřijeli. Takže dosavadní způsob je neekonomičtější a osvědčil se. Kromě toho pro kolegy i pro mne to znamená příjemné vytržení ze stereotypu, neboť mimo přijímaček jsou to 2-3 dny "prázdnin" u moře, které si, myslím, zasloužíme. Fakultu to nic nestojí.

A proč tam jezdím osobně? Původně to bylo z nedůvěry: bál jsem se korupce, čachrů s testy, protekcí apod., což je transkulturně modifikováno. Měl jsem pocit, že to musím osobně uhlídat, ustát. Teď tam jezdím už jen z lásky k Řecku a také proto, že jsme s Jitkou Kouteckou, panem děkanem Kouteckým, Hanou Provazníkovou a Evou Samcovou prima parta, na kterou budu vždy s láskou vzpomínat. Tak se netvařte jako bubák a přejte nám to. Ta výhoda zkoušek "na místě" je dokonce taková, že je tak uskutečňujeme i v Kanadě, kde fakultu zastupuje (zadarmo) prof. Grof, čímž ušetříme za letenky. Ostatně USA organizují své nostrifikační zkoušky (USMLE, VNR 3-4/95:49-50) např. v Budapešti, takže nemusíte létat až do New Yorku; uvažují racionálně, stejně jako my. Mimochodem - přijímaček českých studentů v Praze se rovněž zúčastňují osobně.

**VNS:** *Dobrá, ale nemělo by dojít ke sjednocení výuky samoplátců a českých studentů?*

**Prof. Höschl:** Sjednocujeme ji, jak to jen jde. Nikdy to však nebude možné úplně, neboť u samoplátců běží mj. anglické curriculum. Nemůžete ve dvojřídce učit dvěma sobě nepodobnými jazyky. To je nesmysl.

**VNS:** *Žijete velmi rychle, program máte nabitý. Kolik hodin denně máte čas na kulturu, sport?*

**Prof. Höschl:** (smích) To nemyslíte vážně. Vstanu v 6:30 a pak to jde po minutách až do noci, končím u počítače každý den mezi 00 a 02 hod ráno. Kdybyste se zeptal, zda mám čas se nasnídat, to bych chápal. Ale kulturu? Co Vás nemá.

**VNS:** *Přináší Vám tedy vůbec něco radost?*

**Prof. Höschl:** Rodina, moje 4 děti, kolegium děkana a někteří další spolupracovníci, CM-klub, občas schůzky v Amálce, někdy chod kliniky v PCP. A různá osobní přátelství.

**VNS:** *Co Vás tíží?*

**Prof. Höschl:** Stav ducha této společnosti. A také do absurdity vyjevované ono české "před pány stýská si, za vraty výská si".

**VNS:** *Stávkoval jste?*

**Prof. Höschl:** Styděl bych se. Ani na chvíli mne to nenapadlo.

**VNS:** *Zažil jste v poslední době něco nepřijemného?*

**Prof. Höschl:** To zažíváme všichni stále. Ale na jednu nedávnou věc si vzpomínám. Přednášel jsem tuhle čtvrtému ročníku psychiatrii. Přednáška, zdálo se mi, nebyla těm kolegům bez užítku, měli jsme docela dobrý kontakt, mne alespoň to velice bavilo a někteří měli "plamínky" v očích. Po skončení jsem se ptal, jako obvykle, na fakultu a chtěl slyšet jejich dojmy a připomínky. Tu vystartovala jedna taková napruděná činovnice a okřikla mne, že to nemá cenu, že na takové hovory "teď není čas ani prostor". Nestačil jsem se divit: ona mi zakazovala mluvit se spolužáky. Věřil byste tomu? Poučila mne, že ve věci připomínek studentů za mnou přijde kolega Dzivjak, který mi vše sdělí. Chabě jsem se bránil, že bych rád mluvil i s jinými studenty než jenom s Dzivjaky. Briskně opáčila, že Dzivjak je jejich voleným zástupcem (sic!). To stvoření má v genech to, čemu se na vojně říká štábní kultura. To nemůže být naučené, vždyť už to moc nezažila, leda by to bylo z rodiny. Zeptal jsem se, zda smím promluvit i s jiným studentem než s Dzivjakem. Nakonec svolila a tak jsem směl ještě prohodit s několika lidmi pár slov, ale očividně se jí to nelíbilo.

**VNS:** *Omluvila se Vám?*

**Prof. Höschl:** Ani nápad. Takové stvoření ani neví, že nemá "Kinderstube". Nejspíš se ještě cítí dotčena.

**VNS:** *A Vy se cítíte jak?*

**Prof.Höschl:** Spíš poučen a trochu pobaven, ne dotčen. Je zajímavé pozorovat ty děti, jejich motivace, jejich odhodlání, jejich oddanost tomu, kdo se jim otevře, jejich naivitu a přitom určitou poctivost a elán, které se později v životě, jak víme, většinou již nevrátí.

**VNS:** *Vy jste v GENU řekl, že člověk se stále domnívá, že vše se dá ještě nějak změnit, že ten hlavní život teprve přijde. Čeká na to, a pak pojednou zjistí, že to, co žije, už je ono, že už nelze film pustit zpátky...*

**Prof.Höschl:** Často na to tváří v tvář studentům myslím. Mám je až sentimentálně rád: vidím v nich sebe, svého bratra, své děti dnes. S některými zůstaneme přáteli nadosmrti. Vidím, jak oni ještě nevědí, že to není nanečisto, že už to je opravdu ten hlavní život. A bývá mi jich proto líto. Ovšem jen do chvíle než zalžou nebo ukradnou tekuté mýdlo z WC.

**VNS:** *Je dnes mládež zkaženější, než byla Vaše generace?*

**Prof.Höschl:** V žádném případě. Lidé jsou stále stejní. Ovšem intelektově schopnější. Dnešní studenti jsou celkově mnohem lepší než jsme byli my, umí toho mnohem víc, mají neuvěřitelné znalosti už ze středních škol.

**VNS:** *Myslíte?*

**Prof.Höschl:** .....

**VNS:** *Dovolte mi, pane děkane, poslední otázku. Kdo si myslíte, že bude po Vás děkanem 3.LFUK?*

**Prof.Höschl:** Podívejte, nemá smysl nic halit mlhou: jako kandidáti přicházejí v úvahu jak dosavadní proděkani, tak každý, kdo se o to bude ucházet. Budc to napínavé a předem to opravdu nikdo neví.

**VNS:** *Jakou roli budete na fakultě po svém odchodu z funkce děkana hrát?*

**Prof.Höschl:** Jakou mi vedení přisoudí. Umím se stáhnout, to mi věřte.

**VNS:** *Prý pomýšlíte na senátorské křeslo?*

**Prof. Höschl:** To s tím nesouvisí. Kandidatura do senátu je věc, ke které mám ambivalentní postoj. Nevymyslel jsem si ji já, ale souhlasím s jejími iniciátory, že je naše povinnost nejenom stále kritizovat, ale také něco ve prospěch věci dělat. Neuvolnit prostor zlovolným škarohlídům. Tak jsem do toho šel. Ovšem s podmínkou, že moje působení na univerzitě nebude nijak dotčeno. Sám si myslím, že opravdu nebude. Ostatně z řad nynějších univerzitních funkcionářů se nám ještě další senátoři vyklubou, uvidíte.

**VNS:** *Děkuji za rozhovor.*

**Prof.Höschl:** Rádo se stalo.

*(Za VNS se ptal Jaroslav Krístek)*



# FAKULTA

# REFORMA CURRICULA LÉKAŘSTVÍ

---

Vypracovala skupina 3. LF UK  
Zahrádky u České Lípy, 4. - 6. března 1996

---

Vzhledem k chystaným zásadním změnám výuky lékařství na 3. lékařské fakultě UK uveřejňujeme první hrubý návrh curricula. Návrh bude ještě dále připomínkovan a dolaďován. V současné době je detailně implementován vedoucími programů 1. a 2. ročníku až na úroveň rozvrhu.

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.  
děkan 3. LF UK

**Motto:**

**„Studenta na teoretických oborech nejvíce zajímá,  
„k čemu to je“ (klinika)  
a na klinických oborech, „proč to je“ (teorie).**

**Ctirad John**

*Přítomni:*

*Prof.MUDr. Cyril Höschl, DrSc. (předseda VR MZČR a děkan 3.LF UK), Prof.MUDr. Richard Rokyta, DrSc., Prof.MUDr. Jiří Horák, CSc., Doc.MUDr. Hana Provazníková, CSc., (3.LF UK), Doc.MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc. (prezident ČLK), Prof.MUDr. Josef Stingl, CSSc., (3.LF UK) Prof.MUDr. Michal Anděl, CSc. (Rada vlády pro vědu a technologii, VR MZ ČR), Doc.MUDr. Jan Bartoníček, CSc., Doc.MUDr. Vlasta Rychterová, CSc.,(3.LFUK) Doc.MUDr. Milan Jíra, CSc., Doc.RNDr. Eva Samcová, CSc. (3.LF UK, AS 3.LF a AS UK), Hana Novotná, Hana Jarošová (3.LF UK).*

# ROZVRH TŘÍDENÍHO ZASEDÁNÍ BYL STRUKTUROVÁN TAKTO:

1. den: Přehled literatury, podkladů, zkušeností z ciziny; Brainstorming; Diskuse;
  2. den: Hrubý nárys zcela nového, nepřijatého curricula;
  3. den: Vypracování trojstuňového curricula, implementace prvních dvou let; Harmonogram prací a rozdělení úkolů.
- Celé jednání řídil prof. Höschl. Účastníci přijeli předem připraveni.*

## POUŽITÁ LITERATURA:

### Studijní plány:

The University of Birmingham - Faculty of Medicine and Dentistry - Velká Británie;  
The University of British Columbia - Canada;  
National University of Athens School of Medicine - Řecko; University of California, San Diego - USA;  
Yale University Medical School - USA;  
College of Medicine, University of Kentucky - USA;  
Columbia-Presbyterian Medical Center - USA;  
Lékařská fakulta Oporto - Portugalsko;  
Lékařská fakulta University v Montpellier - Francie;  
Lékařská fakulta Univerzity v Heidelbergu - Německo;  
Lékařská fakulta Univerzity v Lundu - Švédsko;  
University of California - Irvine - USA;  
Universita Justuse Liebiga v Giessenu;  
Francouzské univerzity;  
Harvard Medical School - USA;  
New Jersey - Robert Wood Johnson Medical School - USA;  
Harvard medical School Curriculum (směr Health Science and Technology) - USA;  
Univerzita Limburg - Holandsko.

### Další materiály:

Training of doctor in the Netherland - blueprint 1994;  
Educating Medical Students (AAMS - USA - sdružení lékařských fakult USA);  
Approbationsurndnung frerzte a Budesrzteordnung - Německo;  
Advisory committee of medical training (doporučení vypracované skupinou expertů pro ES pro pregraduální výuku v ES;  
článek děkana Harvardské fakulty, 1990);

- článek prof. Charvát (CHARVÁT J.: Lékařské studium v severní Americe. Čas. Lék. čes., 87, 1947, s. 213 - 219);  
World Summit on Medical Education - Edinburgh - 1993;  
King's Fund Centre: Conference on the future of undergraduate medical education (Curriculum 90. let) - Londýn 1991;  
RAŠKOVÁ J.: Studium na lékařských fakultách v USA. Předneseno na VR 3. LF UK dne 4.3.1993;  
SVOBODA B.: Údaje, které má k dispozici Lékařská komora o počtu lékařů a lékařských míst v ČR. Předáno kolegiím 2. a 3. LF UK dne 9.3.1993;  
VYŠOHLÍD J.: Rozvoj lékařských fakult ve světě - problémy a skutečnosti. Alma Mater, 2, 1991-1992,1: 15-2;  
„Willkommen im Labyrinth“. Der Spiegel, 16/1993, s.80-101;  
WORLD DIRECTORY OF MEDICAL SCHOOLS. WHO, GENEVA 1988; KREJČÍKOVÁ J., LIŠKOVÁ J., MALOUŠKOVÁ H., RADOVÁ J., VYŠOHLÍD J.: Analýza a vývoj demografické a kvalifikační struktury lékařů v České Republice. Praha, ILF, 1991;  
Možnosti evaluace lékařských fakult. 2. a 3. LFUK, Praha 1993.

## Návrh nového curricula

### Preamble:

1. a 2. ročník - Integrované studium
3. a 4. ročník - Problémově orientované studium
5. a 6. ročník - Klinická příprava

### I. A II. ročník

#### A. Struktura a funkce lidského těla

1. opora těla a pohyb
2. látková výměna. Tvorba a skladování energie
3. rozvod živit a kyslíku (plíce, srdce, cévy a krev)
4. paměťové a regulační systémy (neurologie, endokrinologie, imunitní systémy)
5. reprodukce

Prof. Stingl navrhuje: přesunout poslední tři kapitoly syllabu takto:

#### A. Struktura a funkce lidského těla

1. opora těla a pohyb
2. Látková výměna. Tvorba a skladování energie
3. Reprodukce
4. Rozvod živin a kyslíku (plíce, srdce, cévy a krev)
5. Paměťové a regulační systémy (neurologie, endokrinologie, imunitní systémy).

Podílejí se obory: anatomie, histologie, embryologie, biochemie, fyziologie, imunologie, etika, gynekologie

Zkouška: „Struktura funkce a lidského těla“ po 4. semestru.

Vedoucí programu: Prof. Stingl

### **B. Biologie buňky a genetika**

1. struktura
2. vývoj a diferenciacie
3. obecná genetika
4. genealogie
5. metab. buňky

podílejší se obory: biochemie, biologie, histologie a embryologie, molekulární biologie, imunologie.

Zkouška: „Biologie buňky a genetika“ po 2. semestru

Vedoucí programu: Dr. Markoš

### **C. Metodologické základy medicíny**

1. molekulární biologie
2. chemické, biochemické a toxikologické
3. biostatistika
4. epidemiologické
5. funkční vyšetřovací metody
6. zobrazovací vyšetřovací metody
7. psychologické vyšetřovací metody (rozhovor, testy)
8. fyzikální vyšetřovací metody
9. informatika

podílejší se obory: molekulární biologie, chemie, biochemie, biofyzika, preventivní lék., radiologie, psychologie, fyziologie, patologická fyziologie, SVI - tajemník, etika

Zkouška: „Metodologické základy medicíny“ ve 3. semestru.

Vedoucí programu: Prof. Rokyta

### **D. Ošetřovatelství**

1. obecné (péče o nemocné, organizace zdr. péče)
2. první pomoc
3. vztah lékař - pacient I.

Podílejší se obory: interna, chirurgické obory, ARO, psychologie, preventivní lékařství, etika

Zkouška: „Ošetřovatelství“ po 4. semestru

Vedoucí programu: PhDr. Štěpánková

Kurs z Lékařské terminologie (latina) se zkouškou po 1. ročníku.

### III. a IV. ročník Předměty A,B,C,D

#### A. Teoretické základy klinické medicíny

(učí se 1 semestr)

obecná patologie

mikrobiologie

obecná farmakologie

Učí se 1 semestr

Pozn. Jíra: Nedomluvili jsme se na 2 semestrech?

1. obecná patologie

2. mikrobiologie

3. obecná farmakologie

4. imunologie

5. obecné základy behaviorální medicíny

6. primární prevence

7. právo, legislativa (ekonomika - nepovinná).

Podílejí se obory: patologie, mikrobiologie, farmakologie, preventivní lékařství, soudní, právník, patofyziologie, imunologie, antropologie, molekulární biologie, psychologie (psychiatrie)

Zkouška „Teoretické základy klinické medicíny“ po 5. semestru

Vedoucí programu: Doc. Rychterová

#### B: Klinická propedeutika

(učí se 2 semestry)

1. interní propedeutika

2. chirurgická propedeutika

3. kožní propedeutika

4. neurologická propedeutika

5. propedeutika ORL

6. oční

7. gynekologie

8. psychiatrie a psychologie

9. pediatrie

Podílí se obory: interna, chirurgie, kožní, neurologie, ORL, oční, gynekologie, psychiatrie, psychologie, pediatrie

Zkouška „Klinická propedeutika“ na konci III. ročníku

Vedoucí programu: Prof. Gregor

## C: Základní klinické problémy

(učí se 6., 7., 8, semestr - 8. semestr zkouška)

1. dušnost a bolest na hrudníku
2. břišní potíže
3. změny psychiky
4. bolest
5. poruchy lokomoce
6. zánět a horečka
7. únava a hubnutí (prof. Anděl doporučuje: obezita a úbytek váhy)
8. otoky
9. krvácení
10. úrazy
11. stárnutí a umírání
12. poruchy reprodukce a vývoje
13. poruchy základních životních funkcí
14. vztah lékař - pacient II.

Prof. Horák navrhuje následující změnu:

1. Zánět a horečka
2. Bolest
3. Změny psychiky
4. Dušnost a bolest na hrudníku
5. Břišní potíže
6. Únava a hubnutí
7. Otoky
8. Krvácení
9. Kožní změny
10. Poruchy lokomoce
11. Jiné a neurčité potíže
12. Poruchy základních životních funkcí
13. Úrazy
14. Poruchy reprodukce a vývoje
15. Stárnutí a umírání

viz: Podílejí se obory: interna, chirurgie, kožní, neurologie, ORL, oční, gynekologie, psychiatrie, psychologie, pediatrie, patologie, patologická fyziologie, infekce, ortopedie, urologie, popáleniny, etika, KAR, mikrobiologie, farmakologie, klinická biochemie, imunologie  
(obory doplnil prof. Horák doc. Rychterová).

Zkouška: Základní klinické problémy, 8. semestr

Vedoucí programu: Prof. Horák

## **D. Volitelné kursy (electives)**

Nechat kursy jak jsou - průběžně

Zkoušky ve III. a IV. ročníku:

Vedoucí programu: Doc. Provazníková

## **V. a VI. ročník**

Programy A,B,C,D,E,F

### **A. Program interních oborů - 23 týdnů výuky**

onkologie

kožní

pediatrie

infekce

neurologie - část

prevence

1. Pracovní lékařství, Interna (prof. Anděl doporučuje: Základní obory vnitřního lékařství)

2. Onkologie

3. Kožní

4. Pediatrie

5. Infekce

6. Neurologie - část

7. Prevence

8. Pracovní lékařství

Podílejí se: interní klinické obory a preventivní lékařství.

Státní závěrečná zkouška z interny

Vedoucí programu: Prof. Anděl

### **B. Program chirurgických oborů - 19 týdnů výuky**

urologie

plastika

popáleniny

oční

ORL

ortopedie

1. Chirurgie

2. Urologie

3. Plastika

4. Popáleniny

5. Oční

6. ORL

7. Ortopedie

8. Stomatologie

9. ARO (medicína katastrof)

10. Prevence



Podílejí se: chirurgické klinické obory a preventivní lékařství

Státní závěrečná zkouška z chirurgie.

Vedoucí programu: Doc. Bartoníček

### **C. Gynekologie a porodnictví - 8 týdnů výuky**

1. Gynekologie a porodnictví

2. Pediatrie (neonatologie)

3. Prevence

Podílejí se: Gynekologie a porodnictví, pediatrie, preventivní lékařství.

Státní závěrečná zkouška z gynekologie a porodnictví.

Vedoucí programu: Doc. Svoboda

### **D. Primární péče - 8 týdnů výuky**

prevence

rodinné lékařství

část pediatrie

1. Epidemiologie, rodinné lékařství

2. Pediatrie (část)

3. Epidemiologie

4. Prevence

Podílejí se: pediatrie, praktičtí lékaři, preventivní lékařství.

Zkouška Státní závěrečná

Vedoucí programu: Prof. Provazník

### **E. Neurobehaviorální vědy - 8 týdnů výuky**

psychiatrie

neurologie (část)

psychologie

sociální psychologie

1. Psychiatrie

2. Neurologie (část)

3. Psychologie

4. Sociální psychologie

5. Prevence

Podílejí se: Psychiatrie, psychologie, neurologie, normální a patol. fyziologie, preventivní lékařství.

Státní závěrečná zkouška

Vedoucí programu: Prof. Höschl

### **F. volitelná stáž v 5. nebo 6. ročníku - 2 týdny**

Vedoucí programu: Doc. Provazníková

Zkouška

# Implementace I. a II. ročníku - základní proporce výuky

Tady by měla být časová osa výuky těchto 4 předmětů v I. a II. ročníku:

## Harmonogram:

### Program:

1.semestr, 2. semestr, 3. semestr 4., semestr

Celkem

### 1. Struktura a funkce lidského těla

200 h, 110 h, 220 h, 340 h

870 h

ZK

### 2. Biologie buňky a genetika

70 h, 150 h

220 h

ZK

### 3. Metodologické základy medicíny

70 h, 80 h, 120 h

270 h

ZK

### 4. Ošetřování nemocných

60 h, 60 h, 60 h, 60 h

240 h

ZK

### 1. Struktura a funkce lidského těla

Běží 4 semestry - zkouška po 4. semestru.

(po jednotlivých semestrech 200, 110, 220, 340 hodin - celkem 870 za 2 roky)

### 2. Biologie buňky a genetika

Běží 2 semestry - zkouška, po semestrech 70, 150 - celkem 220 hodin

### 3. Metodologické základy medicíny

Běží 3 semestry - zkouška, po semestrech 70, 80, 120 - celkem 270 hodin

### 4. Ošetřovatelství

Běží 4 semestry - zkouška, 60, 60, 60, 60 - celkem 36240 hodin

4Cca 400+50 hodin na semestr (1 týden = 30 hodin). 50 hodin je rezerva na kurzy, volitelné, nepovinné, jazyky atd.

# KOLIK LÉKAŘSKÝCH FAKULT POTŘEBUJE ČESKÁ REPUBLIKA?

Jiří Horák

## Hrozba lékařské nezaměstnanosti

Poměrem lékařů k počtu obyvatel 1:280 se Česká republika řadí na jedno z předních míst ve světě. Ministerstvo zdravotnictví v r. 1992 odhadlo, že by u nás brzy mohlo být až 7000 nezaměstnaných lékařů a ačkoliv dosud lékařská nezaměstnanost prakticky neexistuje, absolventi lékařských fakult rok od roku obtížněji nacházejí uplatnění. Podle demografické analýzy lékařů, kterou provedla Česká lékařská komora, se nebezpečí vysoké lékařské nezaměstnanosti nezdá být reálným: mnoho praktikujících lékařů je v důchodovém věku a rovněž vysoká feminizace vytváří určitou nárazníkovou rezervu, umožňující absorpci volné pracovní síly. Přesto je zřejmé, že můžeme v příštích letech očekávat spíše nadbytek než nedostatek lékařů a z různých stran se již ozývají hlasy navrhuující snížení počtu lékařských fakult. Situace je ovšem komplikována dlouhou latencí, s níž se veškeré zásahy do počtu studentů medicíny projevují: omezení počtu přijatých studentů v r. 1994 by mělo za následek snížení počtu absolventů v r. 2000 a snížení počtu kvalifikovaných lékařů kolem r. 2005.

## Současná situace

V České republice je sedm lékařských fakult, z toho pět na Karlově univerzitě (tři v Praze, dále v Hradci Králové a v Plzni) a po jedné lékařské fakultě má Masarykova univerzita v Brně a Univerzita Palackého v Olomouci. Lokalizace fakult je tedy při pohledu na mapu celkem rovnoměrná a na naprosté většině našeho území je v okruhu 100 km alespoň jedna lékařská fakulta. Kam se poměrem počtu obyvatel a lékařských fakult řadí ČR v mezinárodním kontextu ukazuje tabulka č. 1.

**Tabulka 1.** Počet lékařských fakult vztažený k počtu obyvatel ve vyspělých zemích světa (údaje WHO 1988)

země	počet obyvatel připadající na jednu lékařskou fakultu (mil.)
Irsko	0,71
Belgie	0,89
Finsko	0,98
Norsko	1,03
Izrael	1,06
Švýcarsko	1,29
Švédsko	1,39
ČR	1,47
Francie	1,49
Japonsko	1,5
Austrálie	1,55
Kanada	1,58
Španělsko	1,66
USA	1,67
Dánsko	1,7
Holandsko	1,8
Itálie	1,84
Velká Británie	1,95
Německo (záp.)	2,1
Rakousko	2,52

Z tabulky je zřejmé, že se Česká republika hustotou lékařských fakult v poměru k počtu obyvatel nachází velmi blízko mediánu (pořadového středu) 20 vyspělých zemí světa. Současný počet lékařských fakult lze tedy v porovnání se světem považovat za odpovídající. Hlavním problémem našich lékařských fakult však není jejich počet, nýbrž počet jejich studentů.

### Velikost lékařských fakult

Optimální velikost lékařské fakulty je obtížné objektivně určit. Odhady obvykle uvádějí počet 80 - 120 studentů v ročníku jako nejlepší z hlediska kvality výuky, vztahu studentů a učitelů, celkové atmosféry i z hlediska manažerského. Ukazuje se však i ekonomická výhodnost menších fakult: v r. 1992 byly mzdové náklady přípa-

dající na jednoho studenta na třech pražských fakultách přímo úměrné velikosti fakulty a na fakultách menších činily jen asi 70% fakulty největší. V zahraničí se průměrná velikost lékařských fakult mezi jednotlivými zeměmi liší až desetkrát, velikost jednotlivých fakult pak téměř stokrát (tab. 2).

**Tabulka 2.** Průměrná velikost lékařských fakult ve vyspělých zemích světa (s výjimkou ČR údaje WHO 1988)

země	počet studentů prvního ročníku	
	průměr	rozmezí
Irsko	65	55 - 102
Izrael	69	52 - 93
Norsko	82	37 - 146
Finsko	105	90 - 135
Japonsko	106	60 - 131
Kanada	118	56 - 248
USA	130	24 - 331
Velká Británie	133	78 - 216
Austrálie	138	46 - 250
Švýcarsko	149	98 - 238
Švédsko	174	86 - 330
ČR	196	99 - 307
Dánsko	209	136 - 313
Belgie	220	75 - 305
Francie	291	66 - 1334*
Německo (záp.)	346	24 - 788
Španělsko	349	100 - 838
Itálie	565	32 - 2297
Rakousko	720	314 - 1429

\* počet promujících lékařů

Velké rozdíly v průměrné velikosti lékařských fakult jsou dány odlišným historickým vývojem. Obecně platí, že v anglofonní oblasti, Japonsku a skandinávských zemích jsou fakulty převážně či výlučně malé, zatímco velké až obří fakulty jsou typické pro Itálii, Francii, Španělsko a německou jazykovou oblast s výjimkou Švýcarska. Pozoruhodná a pro naše úvahy významná je značná velikost fakult rakouských. Zřejmě z dlouhého společného soužití pramenící tradice vzbuzuje v části naší lékařské veřejnosti podvědomou touhu po přizpůsobení se rakouskému modelu, zde se - analogicky

vídeňské situaci - projevující voláním po jediné velké pražské fakultě. Podobné snahy by měly být tlumeny často opomíjenou skutečností, že i v Praze byly do r. 1939 dvě lékařské fakulty a že Vídeň již dávno není Mekkou světové medicíny, za niž mohla být považována do počátku tohoto století. Světový standard dnes určují výhradně fakulty menší (tab. 3).

**Tabulka 3.** Velikost některých známých lékařských fakult (vzhledem k homogení velikosti kolem 100 studentů v ročníku neuvádíme japonské fakulty)

fakulta	počet studentů prvního ročníku
Mayo Med. Sch.	40
Stanford	84
Irvine	92
Cambridge	100*
Mount Sinai Sch. Med.	100
Oxford	100
Royal Free Hospital	100
McMaster Univ.	101
Cornell Univ.	102
St. Batholomew's Hospital	108
Loma Linda	113
Johns Hopkins	117
La Jolla	122
Tufts	140
Basilej	150
Columbia Univ.	150
McGill Univ.	157
Harvard	161
Baylor College	168
Göteborg	168
Albert Einstein Coll. Med.	179
Universidad Complutense (Madrid)	500
Erlangen	543
Heidelberg	657
Montpellier	1341
Vídeň	1429
La Sapienza (Řím)	2297

\* v klinických ročnících, teorii studuje 316 studentů

Velikost českých lékařských fakult ukazuje tab. 4. Je třeba zdůraznit, že se počet přijímaných studentů od r. 1989 zřetelně snížil a to v průměru asi o třetinu.

**Tabulka 4.** Počty studentů zapsaných do prvního ročníku na lékařských fakultách ČR v r. 1992 (bez samoplátců)

fakulta	počet přijímaných studentů		
	všeobecný směr	stomatologie	celkem
1. LF UK	280	27	307
2. LF UK	99	—	99
3. LF UK	126	—	126
LF UK Hradec Král.	160	26	186
LF UK Plzeň	97	17	114
LF MU Brno	249	34	283
LF UP Olomouc	182	74	256
celkem	1193	178	1371
průměr	170	26	196

Jedna z největších postav české medicíny tohoto století profesor Charvát napsal v r. 1947 na základě své studijní cesty po řadě prominentních lékařských fakult v USA a Kanadě, že optimální velikost lékařské fakulty činí asi 100 studentů v ročníku, neboť se tím umožňuje individuální výchova. Téměř o padesát let později není k tomuto poznatku co dodat.

## Jedna anebo více lékařských fakult v Praze?

Z řady povolanych i méně povolanych úst, mezi nimi však i nejvyšších představitelů Karlovy univerzity v posledním roce opakovaně zazněl názor, že tři lékařské fakulty v jednom městě je nikde neexistující anomálie, nad kterou se pozastavují zahraniční návštěvníci. Radikálnější hlasy dodávají, že tento stav je třeba odstranit. Realita je však odlišná: ve vyspělých zemích světa lze nalézt nejméně 25 měst se dvěma a dalších 13 měst se třemi nebo více lékařskými fakultami (tab. 5).

**Tabulka 5.** Některá města se třemi a více lékařskými fakultami

město	počet lékařských fakult
Boston	3
Brusel	3
Madrid	3
Praha	3
Řím	3
Washington	3
New York	5+
Osaka	5
Chicago	6
Philadelphia	6
Paříž	8
Londýn	10
Tokio	13

\*bez Bronxu a Brooklynu, kde jsou další fakulty

Ačkoliv na základě samotné skutečnosti, že i v mnoha jiných světových městech je více než jedna lékařská fakulta, nelze tvrdit, že tomu tak má či musí být i v Praze, je zřejmé, že tři pražské fakulty nejsou ničím mimořádným. V poslední době některými činiteli navrhované sloučení tří pražských fakult v jednu by bylo zřejmým krokem zpátky, nejen však do r. 1952, kdy v Praze vznikly dvě nové lékařské fakulty, ale svým způsobem až před rok 1882, kdy se Karlova univerzita včetně lékařské fakulty rozdělila na část německou a českou. Existence tří lékařských fakult ve více než milionovém městě není žádnou anomálií a Praha se z tohoto hlediska nachází ve vybrané společnosti.

### Směr dalšího vývoje

Je pozoruhodné, že zatím spíše propaganda než diskuse o potřebě, počtu, velikosti a rozmístění lékařských fakult v ČR se dosud pohybovala pouze v oblasti pocitů a přání jednotlivých zainteresovaných subjektů a nikoliv v oblasti fakt. Z analýzy současné situace a jejího porovnání se zahraničím lze vyvodit následující závěry:



- počet sedmi lékařských fakult v ČR je vyhovující a jejich umístění je geograficky rovnoměrné,
- existence tří lékařských fakult v Praze není ničím neobvyklým,
- nejprestižnější lékařské fakulty v zahraničí jsou vesměs menší, obvykle kolem 100, nejvíce asi do 160 studentů v ročníku. Průměrná velikost lékařských fakult v ČR je přibližně dvojnásobná.

Další vývoj lékařských fakult v ČR by se tedy neměl ubírat směrem zvyšování či snižování jejich počtu, nýbrž směrem regulace množství přijímaných studentů v závislosti na seriózní analýzou podepřené prognóze potřeby lékařů v příštích desetiletích. Snižování počtu studentů připadajících na jednoho učitele a jistá kompetice mezi fakultami může být kvalitě našich budoucích lékařů jen ku prospěchu.

# HODNOCENÍ PRÁZDNINOVÉ PRAXE POSLUCHAČŮ 3. LF UK PO 4. ROČNÍKU VE ŠKOLNÍM ROCE 1994/95

---

Jaroslav Fiala

---

## 1. CÍL ANKETY

Cílem ankety bylo zhodnocení efektivity prázdninové praxe pořádané 3.lékařskou fakultou UK pro studenty po čtvrtém ročníku studia na interních a chirurgických odděleních nemocnic v ČR případně v zahraničí.

## 2. PROVEDENÍ ANKETY

### 2.1. PODMÍNKY PROVEDENÍ

V době od 5. do 12. prosince 1995 byl posluchačům 5. ročníku předložen dotazník zaměřený na průběh letní prázdninové praxe. Respondenti hodnotili přístup pracovníků nemocnic, přínos z hlediska získání teoretických poznatků a praktických dovedností a vyjadřovali se k způsobu hodnocení aktivity studentů vedením nemocnice. Sběr dat byl prováděn při praktické výuce. Formulář dotazníku viz příloha.

### 2.2. ÚČAST PROSLUCHAČŮ NA ANKETĚ

Ve školním roce 1995/96 je v 5. ročníku zapsáno 144 posluchačů. Vzhledem k tomu, že účast na praktických cvičeních je povinná, měli by teoreticky na anketní otázku odpovědět všichni studenti 5. ročníku.

Tabulka č.1 informuje o účasti posluchačů na lekcích praktické výuky. Z tabulky vyplývá poměrně značná neúčast na praktické výuce v den, kdy byl prováděn sběr dat. Zajímavý je i rozdíl mezi údajem studijního oddělení o počtu posluchačů ve studijní skupině a představou posluchačů o tomto počtu.

## 2.3. ZPŮSOB UMÍSTĚNÍ POSLUCHAČŮ DO JEDNOTLIVÝCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Posluchači měli 2 možnosti:

- a) nastoupit do nemocnic doporučených fakultou,
- b) pracovat v nemocnici dle vlastního výběru.

Obě možnosti se týkaly jak pracovišť v ČR, tak nemocnic v zahraničí. Výjimečně byla povolena v ČR kombinace obou možností.

Z tabulky č.2 vyplývá, že 69 (77,5%) respondentů nastoupilo do nemocnic doporučených fakultou, 17 (19,1%) praktikovalo v nemocnicích dle vlastní volby a 3 (3,4%) respondenti kombinovali obě možnosti.

## 3. SBĚR DAT

### 3.1. FAKTICKÉ UMÍSTĚNÍ V KONKRÉTNÍCH NEMOCNICÍCH

Respondenti byli požádáni, aby uvedli nemocnici, v níž praxe proběhla.

Z tabulky č.3 vyplývá, že místo, kde se nemocnice, v níž respondenti praktikovali, nachází odmítlo uvést 12 posluchačů (13,5%). Zbývajících 77 posluchačů praktikovalo v 34 nemocnicích buď v ČR nebo zahraničí.

### 3.2. PODPIS DOTAZNÍKU

Formulář anketního dotazníku předpokládal, že respondent uvede své jméno. Z tabulky č.4 vyplývá, že 10 (11,3%) studentů dotazník nepodepsalo. Podpis řady posluchačů byl nečitelný, což výrazně znesnadňovalo hodnocení.

## 4. VLASTNÍ VÝSLEDKY ANKETY

Efektivitu praxe v nemocnicích hodnotilo celkem 12 otázek (zvláště pro interní a chirurgické oddělení). Věrohodností vyjádření o studentovi tak, jak bylo vypracováno interním a chirurgickým oddělením nemocnice, se zabývala otázka 3.

### 4.1. SOUHRNÝ PŘEHLED ODPOVĚDÍ

Tabulka č.5 podává souhrný přehled odpovědí všech 89 respondentů na 12 otázek. U otázek 1 a 2 bylo možno zvolit dvě odpovědi, u otázky 3 bylo možno zvolit pouze 1 odpověď.

U otázek 1 a 2 jak na interním, tak na chirurgickém oddělení převažuje kladné hodnocení. U odpovědi „možnost aktivní účasti na provozu, doplnění teoretických vědomostí a získání praktických dovedností“ nejsou významné rozdíly mezi efektivitou praxe na interních a chirurgických odděleních. 31 respondentů (34,8 %) ale udává, že praxe na chirurgickém oddělení nepřispěla k doplnění a rozšíření vzdělání. Na interních odděleních takto negativně hodnotilo praxi pouze 12 respondentů (13,5 %).

Pokud jde o odpovědi na otázku 3 (hodnocení aktivit praktikantů v posudku nemocnice), i zde vcelku nejsou podstatné rozdíly ve stanoviscích respondentů k vyjádřením z interních a chirurgických oddělení nemocnic. Překvapí však, že té-

měř 25 % posluchačů udává, že neumí posoudit, zda lze pokládat hodnocení jejich aktivity nemocnicemi za věrohodné.

#### 4.2. SROVNÁNÍ HODNOCENÍ PRAXE PODLE ZPŮSOBU VÝBĚRU NEMOCNIC

Hodnocení efektivity praxe v nemocnicích na základě individuální volby (tab.č.6) je v některých bodech příznivější než ve skupině nemocnic doporučených fakultou. Pokud jde o praxi v zahraničí, závěry nejsou tak jednoznačné. Zjišťujeme lepší výsledky na interně ale horší hodnocení aktivního přístupu lékařů ke studentům na zahraničních chirurgických odděleních.

Nápadný rozdíl mezi 3 skupinami je v hodnocení konečného efektu, zda praxe přispěla k doplnění a rozšíření vzdělání respondenta. Celkem 41 negativních vyjádření najdeme ve skupině fakultou doporučených pracovišť proti 1 ve skupině nemocnic na základě volby studenta a 1 pro praxi v zahraničí.

Tyto výsledky mohou být zkresleny tím, že ve skupině individuální volba a zahraniční praxe je malý počet respondentů.

Jak již jsme uvedli překvapující je zjištění relativně vysokého počtu respondentů, kteří uvádějí, že neumí posoudit, zda hodnocení jejich aktivit, které vypracovala interní a chirurgická oddělení jsou věrohodná. Je to zvláště nápadné ve skupině těch, kteří praktikovali v nemocnicích, které si sami zvolili (35,7 % na interních odděleních, 42,9 % na chirurgii).

#### 4.3. VÝSLEDKY HODNOCENÍ EFEKTIVITY PRAXE SKUPINOU ANONYMNÍCH RESPONDENTŮ

Pokládali jsme za vhodné shrnout zvláště výsledky hodnocení 10 anonymů. Jde o respondenty, kteří participují ve všech skupinách sledovaných anketou. (zařazení do nemocnic podle doporučení fakulty, na základě individuální volby, praxe v zahraničí). Proč chtěli respondenti zůstat anonymní, není jasné. Obvykle mají tendenci zůstat v anonymitě ti, kteří mají vyhraněná kritická stanoviska a obávají se případné represe za vyjádřená negativní stanoviska. Tomu ovšem u 10 našich anonymů tak není. Jejich hodnocení lze pokládat za velmi pozitivní jak v otázkách zaměřených na organizaci, tak obsah praxe. Většina respondentů- anonymů považuje hodnocení své aktivity pracovištěm za věrohodné, pouze 1 respondent pokládá hodnocení na obou odděleních za nevěrohodné.

#### 4.4. HODNOCENÍ KONKRÉTNÍCH NEMOCNIČNÍCH ZAŘÍZENÍ

Pokládali jsme za účelné vyhodnotit samostatně jednotlivé nemocnice, v nichž prázdninová praxe proběhla. Byly hodnoceny odpovědi na otázky 1 a 2 jak pro interní tak chirurgická oddělení. Kladná odpověď u každé z těchto otázek byla oceněna 1 bodem. Jak interní oddělení, tak chirurgická oddělení mohla získat tedy maximálně 4 body, nemocnice 8 bodů. Bylo provedeno oddělené zpracování pro

a) 20 nemocnic v ČR, v nichž praktikovalo 61 posluchačů na základě doporučení fakulty

b) 8 nemocnic v ČR, v nichž proběhla praxe 9 posluchačů na základě individuální volby

c) 6 pracovišť v zahraničí, kde praktikovalo 7 posluchačů.

Vyřazení byli respondenti, kteří nekonkretizovali pracoviště své praxe.

Nemocnice jsou seřazeny v abecedním pořádku, odděleně jsou uvedena bodová ohodnocení interních a chirurgických oddělení, poslední sloupec znamená celkové ohodnocení nemocnice součtem bodů obou oddělení (tabulka č.7,8,9,10).

K tabulkám 9 a 10 je připojen pořadník nemocnic podle počtu získaných bodů. Toto hodnocení je obvykle výsledkem posouzení efektivity nemocniční praxe jediným respondentem.

Bylo by chybou vytvořit pořadník k tabulce 7, kde hodnocení 20 nemocnic je výsledkem vyjádření 61 respondentů. Výsledky hodnocení, jak uvádí tabulka 7, jsou totiž v některých případech dány bodovým ohodnocením jediného praktikanta, u jiné nemocnice jsou průměrem z hodnocení až 9 účastníků prázdninové praxe. Míra objektivitvy výsledného bodového ocenění může tedy být značně rozdílná. Proto jsme rozdělili tuto skupinu nemocnic do tří kategorií podle počtu hodnotitelů:

skupina 1 (9 - 4 účastníci)

skupina 2 (3 - 2 účastníci),

skupina 3 (1 účastník), bodové hodnocení má značně subjektivní povahu

Z tabulek 7, 8, 9, 10 vyplývá, že v hodnocení efektivity praxe na interních a chirurgických odděleních v téže nemocnici může být rozdíl, který ukazuje na odlišný přístup pracovníků těchto oddělení ke studentské praxi. Zjistit faktický důvod takových diferencí by ovšem předpokládalo znalost konkrétní situace v oněch nemocnicích.

Poslední tabulka č.11 přináší porovnání průměrných hodnot bodového ocenění nemocnic ve 3 anketních kategoriích (přidělené fakultou, individuální volba, zahraniční nemocnice), t.j. celkem u 34 různých nemocnic. Z tabulky č.11 vyplývá v průměru lepší ohodnocení těch nemocnic, které si studenti měli možnost sami vybrat a nemocnic zahraničních, než nemocničních zařízení, která byla doporučena fakultou.

## **5. ZÁVĚR**

### **5.1. SHRNU TÍ**

Byl proveden pokus o vyhodnocení efektivity prázdninové praxe po 4. ročníku posluchačů 3.LF UK ve školním roce 1994/95.

Hodnocení vycházelo z anketního dotazníku vypracovaného fakultou. Odpověď byla získána od 89 posluchačů, t.j. od 61,8 % celkového počtu posluchačů nynějšího 5. ročníku.

Výsledky byly shrnuty do 11 tabulek, k nimž byly připojeny stručné komentáře v textu.

### **5.2. NEDOSTATKY STUDIE**

Anketa charakterizuje názory pouze 61,8 % posluchačů 5. ročníku. Porovnávání 3 skupin (doporučení fakultou, vlastní volba nemocnice, praxe v cizině) jsou početně značně nerovnoměrné.

Uvedené nedostatky nedovolují k některým sledovaným otázkám formulovat jednoznačnější závěry.

**Tab. 1****ÚČAST POSLUCHAČŮ NA ANKETĚ**

číslo studentské skupiny	počet posluchačů	odhad počtu podle posluchačů	účast	%
1	16	13	10	62,5
2	16	15	12	75,0
3	14	13	10	71,4
4	18	14	10	55,6
5 + 9	15 + 15	16?	20	66,7
6	17	16	9	52,9
7	15	14	8	53,3
8	18	16	10	55,6
144			89	61,8

*Poznámka:*

*Kroužek 5 a 9 byl z technických důvodů sloučen pro praktickou výuku v epidemiologii a dětském lékařství.*

**Tab. 2****ZAŘAZENÍ POSLUCHAČŮ DO NEMOCNIC**

Umístění posluchačů		Počet studentů	
		absol.	%
ČR	a) doporučená fakultou	68	76,4
	b) individuální volba	11	12,4
	kombinace a) + b)	3	3,4
Zahraníčí	a) doporučená fakultou	-	-
SR	b) individuální volba	5	5,6
ostatní	a) doporučená fakultou	1	1,1
	b) individuální volba	1	1,1
celkem		86	100%

**Tab. 3**

## ÚDAJE O OZNAČENÍ PRACOVISŤE NA NĚMŽ PRAXE PROBĚHLA

země	typ umístění	celkový počet prkt.	pracoviště udalo			neudalo	
			počet	%	nemocnic	počet	%
ČR	fak.	68	61	68,5	20	7	7,9
	indiv.	11	9	10,1	8	2	2,2
	f.+ i.	3	-	-	-	3	3,4
zahr.	indiv.	6	6	6,7	5	-	-
	fak.	1	1	1,1	1	-	-
	celkem	89	77	86,5	34	12	13,5

**Tab. 4**

## PODPIS DOTAZNÍKU

skupina	podpis uveden		podpis odmítnut		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
doporuč. fak.	61	68,5	7	7,9	68	76,4
indiv. volba	10	11,2	1	1,2	11	12,4
fak. + ind.	3	3,4	-	-	3	3,4
zahraničí	5	5,6	2	2,2	7	7,9
celkem	79	88,7	10	11,3	89	100,1

**Tab. 5**

## SOUHRNNÉ VÝSLEDKY HODNOCENÍ U 89 RESPONDENTŮ

odd. nemoc.	označení otázky	počet kladných odpovědí	
		počet	% (100% = 89)
Int.	1 PŘÍSTUP		
	a aktivní	64	71,9
	b pasivní	29	32,6
	c nevěnovali	1	1,1
	2 OBSAH		
	a teoret.v.	38	42,7
	b prakt.d.	64	71,9
	c nepřispěla	12	13,5
	3 HODNOCENÍ VĚROHODNÉ		
	a ano	29	32,6
	b částečně	30	33,7
	c ne	9	10,1
d nevím	20	22,5	
Chir.	1 PŘÍSTUP		
	a aktivní	60	67,4
	b pasivní	38	42,7
	c nevěnovali	5	5,6
	2 OBSAH		
	a teoret.v.	38	42,7
	b prakt.d.	66	74,2
	c nepřispěla	31	34,8
	3 HODNOCENÍ VĚROHODNÉ		
	a ano	24	27,0
	b částečně	28	31,5
	c ne	16	18,0
d nevím	21	23,6	



Tab. 6

## HODNOCENÍ EFEKTIVITY PRAXE PODLE VÝBĚRU NEMOCNIC

počet odpovědí	Fakult.		Individ.		Zahraničí	
	počet	%	počet	%	počet	%
89	68		4		7	
<b>INTERNA</b>						
<b>PŘÍSTUP</b>						
- aktivní	50	73,5	10	71,4	4	57,1
- pasivní	18	26,5	7	50,0	4	57,1
- nevěnovali	1	1,5				
<b>OBSAH</b>						
- teoret.v.	28	41,1	6	42,9	4	57,1
- prakt.d	46	67,6	12	85,7	6	85,7
- nepřispěla	11	16,2	1	7,1		
<b>HODNOCENÍ VĚROHODNÉ</b>						
- ano	19	27,9	5	35,7	5	71,4
- částečně	25	36,8	4	28,6	1	14,3
- ne	9	13,2				
- nevím	14	20,6	5	35,7	1	14,3
<b>CHIRURGIE</b>						
<b>PŘÍSTUP</b>						
- aktivní	42	61,8	12	85,7	1	14,3
- pasivní	32	47,1	4	28,6	6	85,7
- nevěnovali	5	7,4	2	28,8		
<b>OBSAH</b>						
- teoret.v.	26	38,2	7	50,0	5	71,4
- prakt.d.	49	72,1	11	78,5	6	85,7
- nepřispěla	30	44,1	1	14,3		
<b>HODNOCENÍ VĚROHODNÉ</b>						
- ano	17	25,0	3	21,4	4	57,1
- částečně	25	36,8	2	14,3	1	14,3
- ne	12	17,6	3	21,4	1	14,3
- nevím	14	20,6	6	42,9	1	14,3

**Tab. 7****NEMOCNICE - NA ZÁKLADĚ DOPORUČENÍ FAKULTY (20 nemocnic)**

nemocnice (abecedně)	počet studentů	počet bodů		
		interna	chirurgie	celkově
Beroun	4	2,5	1,3	3,8
Brandýs n.L.	4	1,8	2,0	3,8
Česká Kamenice	1	3	3	6
Česká Lípa	1	2	3	5
České Budějovice	2	2,5	2,0	4,5
Český Brod	9	2,3	2,3	4,7
Český Krumlov	1	3	2	5
Jindřichův Hradec	6	2,0	2,0	4
Klatovy	3	2,0	2,3	4,3
Mělník + Prachatice	1	2	2	4
Opava	1	1	2	3
Pelhřimov	6	2,0	2,7	4,7
Písek	2	2,5	2,0	4,5
Příbram	1	2	2	4
Rakovník	1	2	2	4
Říčany	5	1,6	1,8	3,4
Slaný	2	3,5	2,5	6
Sušice	6	2,0	2,0	4
Ústí n.L.	2	2,0	2,0	4
Vimperk	3	2,0	2,0	4
20 nemocnic	61	2,2	2,1	4,3

**Tab. 8****NEMOCNICE - INDIVIDUÁLNÍ VOLBA**

nemocnice (abecedně)	počet studentů	bodování (event. průměr)		
		interna	chirurgie	celkově
Kladno	1	2	3	5
Opočno-Rychnov	1	3	3	6
Ostrava	1	3	2	5
Pardubice	2	2	2	2
Sokolov	1	3	2	5
Ústí n.L.	1	4	2	6
Střešovice-Praha	1	4	3	7
Vsetín	1	3	3	6
celkem	9	2,9	2,4	5,3

## POŘADÍ NEMOCNIC

1. ÚNV Střešovice 7 bodů
- 2.- 4. Opava 6  
Vsetín  
Ústí n.L.
- 5.- 7. Kladno 5  
Ostrava  
Sokolov
8. Pardubice 4

**Tab. 9**

### NEMOCNICE - ZAHRANIČÍ

nemocnice (abecedně)	počet studentů	bodování (event. průměr)		
		interna	chirurgie	celkově
SR				
Bojnice	1	3	5	8
Nitra	1	3	2	5
Nové Zámky	1	2	2	4
Rimavská Sobota	2	3	2	5
ostatní zahr.				
Vídeň	1	4	3	7
Birmingham	1	2	2	4
celkem	7	2,9	2,6	5,4

## POŘADÍ NEMOCNIC

1. Bojnice 8 bodů
2. Vídeň 7
- 3.- 4. Nitra 5  
Rimavská Sob.
- 5.- 6. Nové Zámky 4  
Birmingham

**Tab. 10**
**POŘADÍ NEMOCNIC DOPORUČENÝCH FAKULTOU**  
 (kategorie podle počtu praktikantů)

kategorie - počty praktikantů	body	nemocnice	počet praktik.	skupina
9 - 4	5	Sušice	6	1
	4,7	Český Brod	9	
	4,7	Pelhřimov	6	
	4,0	Jindřich.Hradec	6	
	3,8	Beroun	4	
	3,8	Brandýs n.L.	4	
	3,4	Říčany	5	
3 - 2	6,0	Slaný	2	2
	4,5	Přísek	2	
	4,5	České Buděj.	2	
	4,3	Klatovy	3	
	4,0	Ústí n.L.	2	
	4,0	Vimperk	3	
1	6,0	Česká Kamenice	1	3
	5,0	Mělník	1	
	5,0	Český Krumlov	1	
	5,0	Česká Lípa	1	
	4,0	Rakovník	1	
	4,0	Příbram	1	
	3,0	Opava	1	

**Tab. 11**
**SROVNÁNÍ BODOVÉHO OCENĚNÍ PODLE ZAŘAZENÍ DO NEMOCNIC**

typ zařazení	počet zařaz.	počet studentů	průměrné bod. hodnocení		
			interna	chirurgie	celkově
Fakultou	20	61	2,2	2,1	4,3
Individ.	8	9	2,9	2,4	5,3
Zahraničí	6	7	2,9	2,6	5,4

# STUDENTSKÁ ANKETA - VHODNÝ NÁSTROJ EVALUACE STUDIA?

---

Hana Provazníková, Jitka Patočková

---

Pedagogy všech stupňů škol, stejně jako je tomu přirozeně i v jiných profesích, zajímají výsledky vlastní práce. Na rozdíl od jiných profesí jsou však výsledky pedagogického snažení hůře měřitelné. Přesto existuje řada mechanismů, jak výuku na školách nepřímou hodnotit (dosažení vědeckých a pedagogických hodnot, množství a kvalita publikací, počet získaných a úspěšně vyřešených grantů). Tyto mechanismy se samozřejmě liší v závislosti na typu školy. Neexistuje žádný, všeobecně uznávaný, nástroj hodnocení kvality výuky.

Na vysokých školách v České republice byla po roce 1989 absence zpětné vazby pocíťována obzvláště silně a to jak pedagogy, tak studenty. Jako houby po dešti se začaly objevovat studentské ankety různého rozsahu, úrovně i původu. Na některých fakultách byly iniciovány výhradně pedagogy, na jiných šlo více méně o studentskou záležitost.

Po prvních, ne vždy zcela promyšlených krocích, kdy ankety byly živelné, nepravdělně konané a mnohdy příliš obsažné se jejich podoba začíná zvolna krystalizovat. Stejně tak výsledky anket, zpočátku možná až příliš otevřeně publikované a odvážně hodnocené často bez znalostí základních pravidel platných pro tento typ studií, se postupně dostávají do střízlivějšího světla, jak co do publicity tak i vyvozovaných závěrů.

Téměř každá vysoká škola má dnes svoji „studentskou“ anketu. Přehlednost, technická a obsahová úroveň, dostupnost, a další parametry jsou však velmi rozdílné. Rozdílná je jistě i výtěžnost těchto anket, která však nemusí přímo souviset s výše uvedenými parametry. Výtěžnost ankety je vedle její reprezentativnosti dána především jejím dalším zpracováním, interpretací a zajištěním zpětné vazby (anketa - pedagog).

Zpracování ankety by mělo probíhat ve spolupráci se statistikem (jistě ne vždy se tak děje) a již od počátku by mělo být jasné, jaké výstupy od ankety očekáváme. Odpovědi na konkrétní otázky v anketě by nám měly poskytnout rámcový a v čase

srovnatelný obraz o kvalitě výuky z hlediska studentů v daném semestru (ročníku). Cílem ankety by měla být vždy snaha po poznání a odstranění nedostatků ve výuce jednotlivých oborů nikoliv pouze pranýřování učitelů nebo méně atraktivních předmětů. Aby anketa byla ce největším přínosem pro obě zúčastněné strany - pedagogy i studenty - měly by se na její tvorbě obě strany podílet; jejich role je totiž nezastupitelná.

Na 3.lékařské fakultě UK první ankety připravili studenti. Jejich hodnocení povinně volitelných předmětů pomohlo při přípravě těchto kurzů pro další školní rok. Vedení fakulty se rozhodlo zavést postupně hodnocení výuky ( povinných předmětů, povinně volitelných kurzů, prázdninových praxí), které by probíhalo v každém školním roce. Výsledky pilotní studie, která měla ověřit možnosti spolupráce pedagog - student, ale i technické možnosti fakulty jsou obsahem následujícího článku. Přesto, že stejně jako na jiných vysokých školách a fakultách i tento první pokus o hodnocení výuky pomocí ankety má řadu nedostatků, jsou některé její výsledky zajímavé.

# VÝSLEDKY ANKETY „HODNOCENÍ PŘEDNÁŠEK“ POSLUCHAČŮ 1. - 5. ROČNÍKU 3. LF UK VE ŠKOLNÍM ROCE 1995/96

Jaroslav Fiala

## 1. ÚČEL STUDIE

Účelem studie bylo zjistit názory posluchačů 1. - 5. ročníku 3. LF UK na úroveň přednášek, které se konaly v zimním semestru v roce 1995 a to na základě ankety prováděné pomocí dotazníku (viz. příloha 1).

## 2. PLÁN PROJEKTU

V průběhu šesti týdnů zimního semestru 1995/96 byl u náhodně vybraných přednášek ve 36 předmětech rozdán všem přítomným posluchačům anonymní dotazník, kterým zhodnotili proběhlou přednášku z hlediska úrovně pedagogické, odborné, a zároveň uvedli celkový dojem z přednášky.

K hodnocení odpovědí byl použit systém klasifikace (1 = nejlepší hodnocení, 5 = nejhorší hodnocení). Pokud by se posluchač pokládal za nekompetentního pro hodnocení, mohl zatrhnout na formuláři u všech 3 otázek index 9 ve zvláštním sloupci. Pokyny k způsobu hodnocení byly uvedeny ve formuláři a byly zdůrazněny na začátku přednášky administrátorem dotazníků. Studenti na dotazníku označovali své pohlavy.

## 3. VLASTNÍ PROVEDENÍ

V uvedeném časovém termínu proběhl sběr dat u 31 přednášek 1. - 5. ročníku. Průzkum se nemohl uskutečnit v 5 předmětech (etika, chirurgie 2x, vnitřní lékařství, neodkladné stavy) z důvodu, že se nedostavil bez vysvětlení přednášející nebo byl nedostatečný počet přítomných posluchačů (1 - 3).

## 4. VÝSLEDKY

Výsledky ankety uvádějí tyto tabulky.

### 4.1. SOUBOR

Tab. 1 uvádí počet předmětů v jednotlivých ročnících, v nichž anketa proběhla a počty odevzdaných vyplněných dotazníků.

### 4.2. ÚČAST POSLUCHAČŮ NA PŘEDNÁŠKÁCH

Tab. 2 - 6 uvádějí přehled předmětů podle ročníků, v nichž se anketa uskutečnila a počty odevzdaných vyplněných dotazníků. Počet posluchačů zapsaných do ročníku je uveden v nadpisu každé tabulky.

Tab.7 shrnuje údaje o prezenci na přednáškách z tabulek 2 až 6 a umožňuje tak srovnání účasti posluchačů na přednáškách mezi jednotlivými ročníky.

Z uvedených tabulek vyplývá, že účast na přednáškách klesá od 1. ročníku (průměrná účast 68,5%). Ve 4. a 5. ročníku se pohybuje kolem 15%. Prezenci ovlivňuje jistě zájem posluchačů o konkrétní předměty, ale roli hraje i den a hodina přednášky. Některé termíny přednášek lze pokládat z hlediska prezence za nevýhodné:

**\*\* první ranní hodiny, zvláště v pondělí**

Př. 4. roč.	- interna	- 8.00 - 9.30 :	7 posluch.
	neurologie	- 9.45 - 10.30 :	22 posluch.
4. roč.	- stomatolog.	- 8.00 - 8.45 :	7 posluch.
	nukleární med.	- 9.00 - 10.30 :	25 posluch.

**\*\* odpolední hodiny, zvláště pozdnější**

Př. 5. roč.	- ORL	- 10.45 - 12.15 :	50 posluch.
	epidemiol.	- 13.30 - 15.00 :	5 posluch.
	neodkl. stavy	- 15.15 - 16.45 :	3 posluch.
5. roč. -	infekce	- 13.30 - 15.00 :	44 posluch.
	soudní	- 15.15 - 16.45 :	31 posluch.

**\*\* jako vysoce nevýhodné se ukazují přednášky v pátek a to i dopoledne, kdy studenti již zřejmě začínají svůj víkend.**

Př. 3. roč.	chirurgie	10.30 - 12.00 -	16 posluch.
5. roč.	prevent. lék.	10.45 - 12.15 -	13 posluch.
	gynekologie	10.45 - 12.15 -	16 posluch.

Důvodem odchodu během přednášky může být pro část posluchačů nestandartní typ přednášky. Stalo se tak při přednášce z ORL (5. roč). Přednášku o vyšetření vestibulárního aparátu přednesl host kliniky ORL ze Spolkové republiky Německo v angličtině. Během přednášky z 50 přítomných odešlo 8 posluchačů.



Na konci přednášky se administrátor dotázal, jak sami posluchači hodnotí své znalosti angličtiny.

Odpověď 30 dotázaných

známka	počet posluchačů	známkový průměr
1	4	2,73
2	6	
3	15	
4	4	
5	1	

Znalost angličtiny 8 posluchačů, kteří z přednášky odešli by pravděpodobně průměr ovlivnilo.

#### 4.3. VLASTNÍ HODNOCENÍ ÚROVNĚ PŘEDNÁŠEK

##### 4.3.1. POSTUP PŘI VYHODNOCOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ

Do pomocných tabulek byly pro každý předmět vypisovány z dotazníku známky 1 - 5 a to:

- pedagogickou úroveň;
- odbornou úroveň;
- celkový dojem.

Pro každou tuto kategorii byla vypočtena v každém předmětu průměrná hodnota. Odděleně byly sledovány hodnoty získané od mužů a od žen a vypočtena celková hodnota za obě pohlaví. Navíc byly vypočteny průměry z hodnot a, b, c pro každé pohlaví odděleně a celkový průměr z hodnot a, b, c za obě pohlaví.

Tato pomocné výpočetní tabulky z technických důvodů nejsou v této studii publikovány, tabulky jsou však z důvodů kontroly podobně jako vlastní anketní dotazníky archivovány a mohou být případným zájemcům předloženy k nahlédnutí.

##### 4.3.2. VÝSLEDKY - HODNOCENÍ PŘEDMĚTŮ

Tabulky 8 - 12 shrnují výsledky v ročnících 1. - 5. Tabulka uvádí jméno přednášejícího, předmět a průměrné hodnoty hodnocení úrovně pedagogické, odborné, hodnocení celkového dojmu a průměr z těchto hodnot. Jde o souhrnné výsledky hodnocení za obě pohlaví. Tabulky řadí přednášející do pořadníku podle hodnoty průměru celkového ohodnocení. (Pokud přednášející dosáhli stejné průměrné hodnoty, byl na vyšší místo pořadníku zařazen ten, pro nějž průměr byl stanoven z hodnocení vyššího počtu respondentů.)

*[Pozn. k tab.9: 7 posluchačů, kteří hodnotili přednášejícího doc.Borovanského (biochemie) spontánně označilo jmenovitě jiného vyučujícího týž předmět známkou 5 a to jak z pedagogického, tak i odborného a celkového hlediska.]*

Tabulka 13a) a její pokračování 13b) vytváří pořadník hodnocení přednášejících ve všech 31 předmětech. Nevýhodou takového pořadníku je, že slučuje výsledky hodnocení, které prováděli nestejné skupiny posluchačů (příslušníci ročníků 1 - 5, kdy během let se mohou měnit kritéria posluchačů; navíc jsou srovnávány výsledky z početně nestejných skupin. Proto tabulka uvádí ročník, v němž se přednáška uskutečnila, počet hodnotitelů a umístění přednášejícího v pořadí ročníku. V této poslední kolonce např. zlomek 1/4 značí: první z celkového počtu 4 hodnocených v ročníku.

#### 4.3.3. SOUHRNNÉ VÝSLEDKY HODNOCENÍ PODLE POHLAVÍ RESPONDENTŮ

Zajímalo nás, zda se v hodnocení přednášejících neprojeví určité rozdíly mezi hodnocením respondentů mužského a ženského pohlaví.

Pravidla kvantitativního hodnocení přednášejících jsou stejná jako v 4.3.2. V některých předmětech jsou celkové počty hodnotitelů poněkud nižší než v předchozí skupině (8 - 12), neboť přes opakovanou výzvu, aby respondenti označili na anketním lístku své pohlaví, část posluchačů tak neučinila. Takové anketní lístky byly proto z této části studie vyřazeny. Tabulky 14 až 18 odpovídají svým uspořádáním předchozím tabulkám 8 - 12, navíc v prvním sloupci udávají pohlaví přednášejícího. V tabulce č. 15 pro 2. ročník odpadl předmět filosofie, neboť na přednášce byli přítomni pouze 2 posluchači muži a nebylo s čím srovnávat. Jak je z tabulek zřejmé, někdy přísněji hodnotili respondenti muži, jindy ženy, v některých bylo hodnocení obou pohlaví prakticky identické. Nápadné rozdíly ve výsledném hodnocení obou skupin byly však spíše výjimkou.

V následující tabulce 19 jsme souhrnně podali přehled hodnocení všech přednášejících a to tak, že jsme v posledních 2 sloupcích „hodnocení mužů“, „hodnocení žen“ označili znaménkem plus, v které skupině bylo v průměru příznivější hodnocení přednášejícího (a to i tehdy, když rozdíly v hodnocení respondentů mužů a žen byly minimální, konkrétně v biofyzice a anatomii - 1. ročník; v biochemii - 2. ročník). Z údajů na tabulce 19 vyplývá, že respondenti muži hodnotili úroveň přednášejících v 18 případech příznivěji než ženy, ženy lépe ocenily 12 přednášejících.

V tabulce 20 jsme rozdělili výsledky z tab.19 podle pohlaví přednášejících. I zde je patrné, že respondenti muži příznivěji hodnotí přednášející a to bez ohledu na jejich pohlaví, než respondenty ženy. Je otázka, zda z této relativně malé sestavy lze vyvozovat, že mužští respondenti jsou benevolentnější než ženy a ženy respondentky naopak kritičtější a náročnější při hodnocení úrovně přednášek resp. přednášejících.

## 5. DODATKY

Podrobná analýza dotazníků umožnila některé další závěry.

### 5.1. PŘÍPADY NEHODNOCENÍ PŘEDNÁŠKY

Nabídnuté možnosti neprovést hodnocení úrovně přednášek, pokud by se respondent nepokládal za kompetentního pro odpovědné hodnocení, využilo 15 posluchačů v 17 otázkách.

ročník	předmět	počet anket. lístků	z toho 9 počet	poznámky
I.	biofyzika	59	2	obvykle odbornost
	první pomoc	50	2	
	biologie	61	4	
II.	fyzilogie	35	6	
V.	ORL	42	2	3x1 týž posluchač

Je možná překvapující, že i u posluchačů 1. ročníku, tedy na začátku studia (akce začala v listopadu 1995) vysoce převažoval pocit kompetentnosti posoudit jak pedagogickou, tak i odbornou úroveň většiny přednášek.

### 5.2. OPRAVOVANÉ HODNOCENÍ

Někteří posluchači své první hodnocení škrtnutím původní známky měnili na definitivní.

Tyto opravy se vyskytly v minimálním počtu případů (celkem 2,1 %)

Vysvětlení je obtížné (skutečná revize původního stanoviska, přepsání, v 1 případě zřejmě špatné pochopení instrukcí, neboť hodnotitel ze 3 známek 5 provedl přepsání na 3 známky 1).

### 5.3. UNIVERZITA 3. VĚKU

Během anketní akce se na přednáškách filosofie (2. ročník) a psychologie (3. ročník) setkali řádní posluchači těchto ročníků s frekventanty U 3V, požádal jsem i účastníky U 3V o vyhodnocení přednášky. V následující tabulce jsou srovnávány výsledky hodnocení v obou skupinách.

Předmět	U 3V					ŘÁDNÍ POSLUCHAČI				
	počet hodin	ped.	odb.	celk.	prům.	počet hodin	ped.	odb.	celk.	prům.
Filosofie	5	1,2	1,0	1,2	1,2	2	2	2	2	2
Psychologie	10	1,1	1,1	1,1	1,1	20	1,1	1,3	1,4	1,2

Ze srovnání je zřetelné, že hodnocení posluchačů obou předmětů je velmi příznivé v obou skupinách, u posluchačů U 3V je však ještě pozitivnější než u řádných posluchačů, neboť u posluchačů U 3V vysoce převažuje hodnocení číslem 1.

#### 5.4. POZDNÍ PŘÍCHODY

Koordinátor akce s jistým předvapením během průběhu ankety sledoval, že do řady přednášek posluchači přicházejí se značným zpožděním. Bohužel až celkem ke konci ankety se rozhodl kvantifikovat pozdní docházku. Jde tedy o zcela náhodný výběr navíc poměrně malého počtu případů, při nichž zaznamenal počty pozdě došlých.

ročník	předmět	počet přítomných	pozdní příchody	%
1.	biofyzika	59	2	3,3
	chemie	55	13	23,6
	první pomoc	50	13	26,0
	biologie	66	4	6,1
	anatomie	66	1	1,5
2.	chirurgie	32	11	34,4
3.	vnitřní lék.	7	3	42,9
4.	infekce	44	20	45,5
	gynekologie	16	8	50,0

Uvedené výsledky neumožňují jednoznačné hodnocení. Jelikož soustavnější pozornost byla věnována pozdní docházce do přednášek až v čase končící studie, bylo přesné určování rozsahu pozdních příchodů provedeno jen v relativně malém počtu předmětů. Je možné, že část pozdních příchodů by bylo možno řádně omluvit. Pozdní docházkou jsou zvláště postiženy přednášky v první ranní hodině a nemusí souviset tedy se zájmem či nezájmem o konkrétní předmět. Příznivěji v hodnocení v předchozí sestavě vycházejí ty předměty, kdy sám přednášející se dostaví se zpožděním. Pozdní příchody berou přednášející bez komentáře na vědomí (až na 1 výjimku). Někteří pozdně přichodí si přinášejí do posluchárny šálek kávy, zdržením byla tedy vinna fronta před kávovým automatem v hale děkanátu. Co lze z tabulky patrně jednoznačně vyvodit, že zlovyk pozdní docházky zřetelně stoupá s vyšší ročníku studia. Vzhledem k přítomné anketě nutno dodat, že pozdní příchod většího počtu posluchačů snižuje kvalitu jejich anketního hodnocení přednášky, protože část posluchačů nemohla posoudit úroveň celé přednášky.

**Tab. 1**

## ANKETNÍ DOTAZNÍKY

ročník	předměty	počet dotazníků
1	5	291
2	4	129
3	8	280
4	6	115
5	8	209
celkem	31	1024

**Tab. 2**

## ÚČAST - I. ROČNÍK (85 posluchačů)

předmět	počet posluchačů	%
Anatomie	66	77,6
Biologie	61	71,8
Biofyzika	59	69,4
Lék. chemie	55	64,7
První pomoc	50	58,8
	58,2 50 - 66	68,5 % 58,8 - 77,6

**Tab. 3**

## ÚČAST - II. ROČNÍK (105 posluchačů)

předmět	počet posluchačů	%
Biochemie	48	45,7
Histologie	44	41,0
Fyziologie	35	33,0
Filosofie	2	1,6
	32,2 2 - 48	30,3 % 1,6 - 45,7

**Tab. 4**

## ÚČAST - III. ROČNÍK (128 posluchačů)

předmět	počet posluchačů	%
Patologie	66	51,6
Imunologie	45	35,2
Patol. fyziol.	44	34,4
Mikrobiologie	38	29,7
Klin. proped.	27	21,1
Molekul. biol.	24	18,8
Psychologie	20	15,6
Chirurgie	16	12,5
	35,0	27,4
	20 - 36	12,5 - 51,6

**Tab. 5**

## ÚČAST - IV. ROČNÍK (135 posluchačů)

předmět	počet posluchačů	%
Farmakologie	47	34,8
Nukleární med.	25	18,5
Neurologie	22	16,3
Vnitřní lékař.	7	5,2
Hygiena	7	5,2
Stomatologie	7	5,2
	19,2	14,2
	7 - 47	5,2 - 34,8

**Tab. 6**

ÚČAST - V. ROČNÍK (142 posluchačů)

předmět	počet posluchačů	%
ORL	50	35,2
Infekce	44	31,0
Dětské	31	21,8
Soudní	31	21,8
Psychiatrie	27	19,0
Gynekologie	16	11,0
Preventivní lék.	13	9,2
Epidemiologie	5	3,6
Neodkladné stavy	3	2,1
Chirurgie	1	0,7
	22,1 1 - 50	15,5 0,7 - 35,2

**Tab. 7**

PREZENCE SOUHRNNĚ - PRŮMĚRY

ročník	počet posluchačů	počet účastníků		počet v%	
		absol.	kolísání	absol.	kolísání
1	85	58,2	50 - 66	68,5	58,8 - 77,6
2	105	32,2	2 - 48	30,3	1,6 - 45,7
3	128	35,5	20 - 66	27,4	12,5 - 51,6
4	135	19,2	7 - 47	14,2	5,2 - 34,8
5	142	22,1	1 - 50	15,5	0,7 - 35,2

**Tab. 8****PŘEDNÁŠEJÍCÍ - I. ROČNÍK**

přednášející + předmět	počet hodnocení	pedagog.	odbor.	celk.	průměr
Prim.Dr.Pokorný První pomoc	50	1,7	1,12	1,24	1,35
Prof.Stingl Anatomie	66	1,33	1,53	1,34	1,42
Dr.Rosina Biofyzika	59	1,52	1,65	1,42	1,51
Doc.Urban Chemie	55	2,19	1,49	1,91	1,83
Prof.Kubišta Biologie	61	2,7	1,45	2,30	2,23

**Tab. 9****PŘEDNÁŠEJÍCÍ - II. ROČNÍK**

přednášející + předmět	počet hodnocení	pedagog.	odbor.	celk.	průměr
Doc.Borovanský Biochemie	40	1,06	1,06	1,04	1,05
Dr.Špalek Filosofie	2	2,0	2,0	2,0	2,0
Dr.Halašková Histologie	44	2,33	2,75	2,39	2,45
Dr.Paul Fyziologie	35	2,64	2,35	2,83	2,62



**Tab. 10**

**PŘEDNÁŠEJÍCÍ - III. ROČNÍK**

přednášející + předmět	počet hodnocení	pedagog.	odbor.	celk.	průměr
Prof. Anděl Klin. propedeut.	27	1,11	1,19	1,11	1,14
Doc. Břicháček Psychologie	20	1,1	1,3	1,1	1,14
Doc. Rychterová Patologie	66	1,29	1,14	1,27	1,23
Dr. Pometlová Patol. fyziol.	44	1,7	2,3	1,9	1,9
Doc. Hrivnáková Chirurgie	16	1,67	2,17	2,38	1,95
Doc. Jíra Imunologie	45	2,44	2,17	2,38	2,33
Dr. Korabečná Molek. biologie	24	2,17	2,42	2,38	2,33
Prof. Schindler Mikrobiologie	38	4,11	3,16	3,97	3,74

**Tab.11****PŘEDNÁŠEJÍCÍ - IV. ROČNÍK**

přednášející + předmět	počet hodnocení	pedagog.	odbor.	celk.	průměr
Dr.Svoboda Neurologie	22	1,62	1,5	1,67	1,60
Dr.Bartáková Vnitřní lékař.	7	2,0	1,43	1,43	1,62
Prof.Kršiak Farmakologie	47	1,45	1,81	1,68	1,65
Dr.Kozák Stomatologie	7	1,57	2,0	2,71	2,10
Dr.Hrnčíř Hygiena	7	1,86	2,29	2,29	2,15
Dr.Chroustová Dr.Kolínská Nukleární med.	25	2,84	1,84	2,64	2,44

Tab. 12

## PŘEDNÁŠEJÍCÍ - V. ROČNÍK

prednášející + predmět	počet hodnocení	pedagog.	odbor.	celk.	průměr
Dr.Zicha Infekce	44	1,3	1,25	1,32	1,28
Prof.Anděl Preventivní lék.	13	1,07	1,46	1,31	1,28
Prof.Kaňka Gynekologie	16	1,19	1,5	1,38	1,35
Dr.Šrámková Epidemiologie	5	1,2	1,6	1,4	1,4
Prof.Štefan Soudní lék.	31	1,78	1,26	1,55	1,55
Doc.Filip Psychiatrie	27	1,7	1,56	1,59	1,62
Doc.Hahn ORL	42	2,02	1,71	1,74	1,78
Doc.Černý Pediatrie	31	2,52	2,0	2,31	2,28

**Tab. 13a**

**CELKOVÉ POŘADÍ PŘEDNÁŠEJÍCÍCH**

přednášející	předmět	průměr hodnocení	roč.	počet hodnotících	pořadí v roč.
Doc.Borovanský	biochemie	1,05	2	48	1/4
Prof.Anděl	klin.prop.	1,14	3	27	1/8
Doc.Břicháček	psychol.	1,14	3	20	2/8
Doc.Rychterová	patologie	1,23	3	66	3/8
Dr.Zicha	infekce	1,28	5	44	1/8
Prof.Anděl	prev.lék.	1,28	5	13	2/8
Dr.Pokorný	první pom.	1,35	1	50	1/5
Prof.Kaňka	gynekol.	1,35	5	16	3/8
Dr.Šrámková	epidemiol.	1,4	5	5	4/8
Prof.Stingl	anatomie	1,42	1	66	2/5
Dr.Rosina	biofyzika	1,51	1	59	3/5
Prof.Štefan	soudní	1,55	5	31	5/8
Dr.Svoboda	neurologie	1,6	4	23	1/6
Dr.Filip	psychiat.	1,62	5	27	6/8
Dr.Bartáková	vnitř.lék.	1,62	4	7	2/6
Prof.Kršiak	farmakol.	1,65	4	47	3/6
Doc.Hahn	ORL	1,78	5	42	7/8

**Tab. 13b**

CELKOVÉ POŘADÍ PŘEDNÁŠEJÍCÍCH - pokrač.

přednášející	předmět	průměr hodnocení	roč.	počet hodnotících	pořadí v roč.
Doc.Urban	chemie	1,83	1	55	4/5
Dr.Pometlová	pat.fyziol.	1,9	3	44	4/8
Doc.Hrivnáková	chirurgie	1,95	3	16	5/8
Dr.Špalek	filosofie	2,0	2	2	2/4
Dr.Kozák	stomatol.	2,1	4	7	4/6
Dr.Hrnčič	hygiena	2,15	4	7	5/6
Prof.Kubišta	biologie	2,23	1	61	5/5
Doc.Černý	pediatrie	2,28	5	31	8/8
Doc.Jíra	imunolog.	2,33	3	45	6/8
Dr.Korabečná	molek.biol.	2,33	3	24	7/8
Dr.Chroustová Dr Kolínská	nukl.med.	2,44	4	25	6/6
Dr.Halašková	histologie	2,45	2	44	3/4
Dr.Paul	fyzilogie	2,62	2	35	4/4
Prof.Schindler	mikrobiol.	3,74	3	38	8/8

**Tab. 14****HODNOCENÍ PODLE POHLAVÍ - I. ROČNÍK**

předn.	předmět	MUŽI					ŽENY				
		počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka	počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka
muž	Biofyzika	27	1,6	1,6	1,4	1,5	28	1,5	1,7	1,4	1,5
muž	Chemie	22	2,4	1,2	2,4	1,8	26	1,9	1,6	2,2	1,9
muž	První pomoc	20	1,6	1,2	1,4	1,4	30	1,3	1,0	1,1	1,1
muž	Biologie	26	2,4	1,1	1,9	1,8	35	2,9	2,1	2,5	2,5
muž	Anatomie	28	1,4	1,3	1,3	1,3	32	1,4	1,2	1,3	1,3

**Tab. 15****HODNOCENÍ PODLE POHLAVÍ - II. ROČNÍK**

předn.	předmět	MUŽI					ŽENY				
		počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka	počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka
žena	Histologie	23	2,3	3,0	2,5	2,6	21	1,9	2,6	2,3	2,3
muž	Biochemie	23	1,0	1,0	1,1	1,0	25	1,1	1,1	1,0	1,1
muž	Fyziologie	15	2,2	2,1	2,4	2,3	20	2,4	2,5	3,2	2,7

**Tab. 16**

HODNOCENÍ PODLE POHLAVÍ - III. ROČNÍK

předn.	předmět	MUŽI					ŽENY				
		počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka	počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka
muž	Psychologie	8	1,1	1,5	1,1	1,2	12	1,1	1,2	1,1	1,1
muž	Mikrobiolog.	14	4,4	3,6	4,2	4,1	24	3,9	2,5	4,0	3,4
žena	Patologie	22	1,5	1,3	1,5	1,4	44	1,2	1,1	1,2	1,1
žena	Pat. fyziol.	5	2,0	2,4	2,4	2,3	21	1,6	2,1	1,9	2,0
žena	Molek. biol.	7	2,6	2,9	2,9	2,8	17	3,1	3,1	2,9	3,0
muž	Imunologie	15	2,1	1,8	2,1	2,0	26	2,6	2,4	2,5	2,5
žena	Chirurgie	6	1,5	1,8	1,5	1,6	10	1,8	2,4	2,3	2,1
muž	Int. proped.	7	1,1	1,3	1,4	1,2	20	1,1	1,1	1,0	1,1

**Tab. 17**

HODNOCENÍ PODLE POHLAVÍ - IV. ROČNÍK

předn.	předmět	MUŽI					ŽENY				
		počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka	počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka
žena	Vnitřní lék.	5	2,2	1,6	1,6	1,8	2	1,5	1,0	1,0	1,7
muž	Hygiena	2	1,5	3,0	3,5	2,7	5	2,0	2,0	1,8	1,9
žena	Nukl. med.	10	2,7	1,8	2,6	2,3	15	3,6	1,9	2,7	2,6
muž	Neurologie	12	1,7	1,6	1,7	1,7	9	1,4	1,4	1,6	1,5
muž	Stomatologie	3	1,7	1,7	2,3	1,8	4	1,5	2,3	3,0	2,2
muž	Farmakologie	22	1,4	1,9	1,8	1,7	25	1,4	1,7	1,6	1,6

**Tab. 18****HODNOCENÍ PODLE POHLAVÍ - V. ROČNÍK**

předn.	předmět	MUŽI					ŽENY				
		počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka	počet hodnot.	pedag.	odbor.	celk.	známka
muž	Prevent. lék.	2	1,0	1,7	1,3	1,3	10	1,1	1,4	1,3	1,3
žena	Epidemiolog.	4	1,0	2,0	1,0	1,3	1	1,2	1,5	1,5	1,1
muž	ORL	13	1,3	1,7	2,3	1,7	23	1,7	1,8	1,9	1,8
muž	Soudní lék.	8	2,0	1,4	1,6	1,7	23	1,8	1,2	1,5	1,5
muž	Infekce	12	1,5	1,5	1,7	1,5	32	1,2	1,2	1,2	1,2
muž	Pediatric	13	2,4	2,5	2,9	2,5	16	2,5	1,6	2,1	2,1
muž	Gynekologie	3	1,0	1,3	1,3	1,2	13	1,2	1,5	1,4	1,4
muž	Psychiatrie	5	1,8	1,8	1,2	1,6	16	1,6	1,3	2,2	1,7

**Tab. 20****SOUHRNNÉ HODNOCENÍ PODLE POHLAVÍ PŘEDNÁŠEJÍCÍCH**

respondenti	výsledky hodnocení přednášejících			
	22 mužů		8 žen	
	+	-	+	-
muži	13	9	5	3
ženy	9	13	3	5



Tab. 19

## SOUHRNNÉ HODNOCENÍ PŘEDNÁŠEJÍCÍCH PODLE POHLAVÍ RESPONDENTŮ

ročník	předmět	přednášející	hodnocení mužů	hodnocení žen
1	Biofyzika	muž	27 +	28 -
	Chemie	muž	22 -	26 +
	První pomoc	muž	20 +	30 -
	Biologie	muž	26 -	35 +
	Anatomie	muž	28 +	32 -
2	Histologie	žena	23 +	21 -
	Biochemie	muž	23 -	25 +
	Fyziologie	muž	15 -	20 +
	Filosofie	muž	2	
3	Psychologie	muž	8 +	12 -
	Mikrobiologie	muž	14 +	24 -
	Patologie	žena	22 +	44 -
	Pat. fyziol.	žena	5 +	21 -
	Molekul. biol.	žena	7 -	17 +
	Imunologie	muž	15 -	26 +
	Chirurgie	žena	6 -	10 +
	Interní prop.	muž	7 +	20 -
4	Vnitřní lék.	žena	5 +	2 -
	Hygiena	muž	2 +	5 -
	Nuklear. med.	2 ženy	10 -	15 +
	Neurologie	muž	12 +	9 -
	Stomatologie	muž	3 -	4 +
	Farmakologie	muž	22 +	25 -
5	Psychiatrie	muž	5 -	16 +
	Prevent. lék.	muž	2 +	10 -
	Epidemiologie	žena	4 +	1 -
	ORL	muž	13 -	23 +
	Soudní	muž	8 +	23 -
	Infekce	muž	12 +	32 -
	Pediatric	muž	13 +	16 -
	Gynekologie	muž	3 -	13 +

# ROZHOVOR S DOC. MUDR. J. BARTONÍČKEM, CSC. PŘEDNOSTOU ORTOPEDICKÉ KLINIKY

---

Připravil Pavel Gregor

---

V našem cyklu rozhovorů s přednosty klinik 3.LF UK a FNKV pokračujeme rozhovorem s p.doc.MUDr.J.Bartoníčkem,CSc., přednostou ortopedické kliniky FNKV.

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

Ortopedická klinika vznikla poměrně nedávno, v roce 1985. Hlavní zásluhu na jejím založení měl její první přednosta, prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc. Podařilo se mu přesvědčit tehdejší vedení nemocnice, aby v původní budově Kliniky plastické chirurgie vznikla po rekonstrukci Ortopedická klinika, která tehdy ve Vinohradské nemocnici chyběla. Dostavba kliniky pokračovala i několik let po jejím otevření až do současné podoby. Jedním ze zakládajících členů byl i prof. MUDr. A. Sosna, DrSc., současný přednosta Ortopedické kliniky 1. LF UK a doc. MUDr. T. Trč, CSc., zástupce přednosta Ortopedické kliniky 2. LF UK.

**Mohl byste nám představit současnou podobu Vaší kliniky, pokud jde o její velikost, počet pracovníků a jejich strukturu?**

Klinika je tvořena 4 lůžkovými odděleními a JIPem s celkovou kapacitou 79 lůžek, z toho 44 pro traumatologii, 30 pro plánované ortopedické výkony, 5 lůžek intenzivní péče, dále úrazovou a chronickou ambulancí a 3 operačními sály. Na klinice pracuje 20 lékařů vysoce erudovaných v traumatologii pohybového aparátu a 1 internista. Nepřetržitá traumatologická služba je permanentně zajišťována 4 lékaři.

## **Jaké jsou současné úkoly Vašeho pracoviště?**

Klinika jako každé univerzitní pracoviště má tři hlavní úkoly, tj. léčit učit a bádát. Dominantu léčebné činnosti představuje ošetřování úrazů pohybového aparátu, které představuje přibližně 3/5 veškerého objemu operativy. Jako jediná ortopedická klinika ve státě ošetřujeme nepřetržitě všechna poranění pohybového aparátu včetně pánve a páteře. Jedinou výjimku tvoří poranění šlach na ruce a dále poranění končetinových cév a nervů, které ošetřuje Klinika plastické chirurgie, s kterou spolupracujeme i při replantaci končetin. V klasické ortopedii dominuje především chirurgie kyčelního, kolenního a ramenního kloubu a to v celém rozsahu včetně artroskopické techniky a totálních náhrad.

Na klinice probíhá pregraduální výuka lékařů a bakalářů. Dále zde pravidelně stáží lékaři v rámci postgraduální specializace v ortopedii či traumatologii pohybového aparátu. Součástí vzdělávání jsou samozřejmě i pravidelné semináře jak pro lékaře, tak pro sestry. K dispozici je i velmi dobře vybavená knihovna.

Co se týká vědecké činnosti publikovala klinika za 10 let své existence celkem 6 knižních monografií, 70 prací v časopisech, odpředneseno bylo více jak 200 přednášek, obhájeny 4 kandidátské a 3 habilitační práce. Mimochodem, vše toto je kromě přednášek uloženo v knihovně kliniky. Dále jsme zorganizovali 4 mezinárodní kongresy a 3 operační kurzy se zahraniční účastí.

## **Jakých dosažených cílů si nejvíce ceníte?**

Za prvé toho, že díky systematické činnosti od založení kliniky se z ní v poměrně krátké době podařilo vytvořit pracoviště, které má nejen veškeré vybavení pro špičkovou traumatologii pohybového aparátu a kostní operativu vůbec, ale i vysoce erudovaný tým lékařů a sester. Dále pak to, že se za naše výsledky nemusíme stydět ani doma, ani v zahraničí.

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

Kromě problémů, s kterými se dnes potýkají prakticky všechna pracoviště, tj. nedostatek financí, sester a pomocného personálu, je to především otázka gerontotraumatologie.

V současné době leží na klinice 18 pacientů vyžadujících pouze základní lékařskou či sociální péči, kterou supluje naše pracoviště. Je tedy blokována 1/4 lůžkové kapacity. Tím je snížena možnost příjmu chronických pacientů k plánovaným výkonům. Opakovaně jsme nuceni přebjdnávat plánované příjmy, protože pro ně není místo. I když ze čtyř oddělení je pouze jedno (30 lůžek) určeno pro plánované výkony, je i toto občas nuceno přijímat traumata, protože po službách, kdy je 6 až 10 příjmů za den, stávající kapacita traumatologických lůžek nestačí.

To je otázka, kterou sami nemůžeme vyřešit a obdivuji především naše sestry, že se za stávajících pracovních i platových podmínek starají o tyto pacienty na velmi slušné úrovni.

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

Je to především otázka počtu studentů a individualizace výuky. Jestliže se Vám na klinice sejde najednou až 40 studentů 5. a 6. ročníku včetně studentů zahraničních a někdy i bakalářů, pak to pracoviště není schopné kapacitně pojmout. Menší počet studentů, jejich daleko větší pracovní zapojení včetně asistencí na sále, práce u lůžku i v úrazových službách by přineslo vzájemný prospěch oběma stranám. Možná lze očekávat lepší časy v souvislosti s připravovanou reformou studia, ale nepředbíhejme.

Další problém je malá účast studentů na přednáškách. Všichni přednášející se na ně velmi pečlivě připravují a pak přijde jen několik studentů, přijdou-li vůbec. U SZZ jsou potom studenti velmi překvapeni, chceme-li po nich fakta, která v učebnicích nejsou, ale byla opakovaně přednášena.

### **Co si myslíte o postgraduální výuce a co by se v ní mělo zlepšit?**

Nemyslím si, že by vlastní postgraduální výuka měla zůstat v monomolním držení IPVZ (ILFu). Školení by měla probíhat na akreditovaných pracovištích a to by měly být především univerzitní kliniky. Na straně druhé, jako člen zkušební atestační komise pro ortopedii vidím velkou výhodu v tom, že atestace jsou zkoušeny na jednom místě. Umožňuje to udržet stejnou a dosti vysokou úroveň znalostí při zkouškách a současně získat přehled o úrovni oboru. Nežříkal bych se proto do budoucna existence koordinačního orgánu, který by úzce spolupracoval s odbornými společnostmi a Lékařskou komorou.

# TRAUMATOLOGIE A JEJÍ PROBLÉMY

J. Bartoníček

Při diskuzích o traumatologii, budování traumatologických center i perspektivě traumatologie ve FNKV se setkávám s různými názory na řešení tohoto problému. Některé z nich však ukazují, že diskutující neznají zcela přesně reálný stav věcí, resp. že vycházejí z představ, které jsou již historicky překonané. Z těchto důvodů považuji za užitečné věnovat tomuto problému následující řádky:

## DEFINICE TRAUMATOLOGIE

Pokud hovoříme o traumatologii, musí být jasné, co si pod tím představujeme. Vyjdeme-li ze současného oborového rozdělení medicíny, je součástí každého chirurgického oboru traumatologie příslušného systému. To se týká břišní, hrudní chirurgie, neurochirurgie, ale i očního, ORL apod. Ve většině těchto oborů je naprosto jasno. Nikdo se dnes nepodivuje, že úrazy oka patří do kompetence očního lékaře, že poranění břicha ošetřuje břišní chirurg, poranění hlavy neurochirurg. Určitou výjimku představuje traumatologie pohybového aparátu, která je již dlouhá léta předmětem určitých kompetenčních sporů.

Na základě výše uvedeného je proto nutné si uvědomit, že traumatologie, jako univerzální obor ošetřující poranění „celého člověka“ neexistuje. Proto pokud hovoříme o „traumatologii“ je nutné definovat její náplň.

## PROBLÉMY TRAUMATOLOGIE A POJEM LÉKAŘE-TRAUMATOLOGA

Vzhledem k pokračující specializaci v rámci jednotlivých chirurgických oborů je představa univerzálního lékaře-traumatologa, který umí stejně dobře ošetřit poranění hlavy, břicha či kyčelního kloubu, neudržitelná. Není v silách jednoho člověka obsáhnout dnes celý obor, natož oborů více, což by bylo v rámci „univerzální traumatologie“ nezbytné.

Cílem současné, moderní traumatologie, a to jakéhokoli systému, je ošetřit tato poranění co nejlépe. To může udělat pouze operatér, mající dostatek cviku a příležitosti. To znamená, že v dané oblasti operuje dnes a denně. Tuto příležitost mu může dát především plánovaná operativa. Příkladem může být srovnání chirurga a neurochirurga ošetřujícího subdurální hematom. Zatímco pro neurochirurga je otevření lebky v podstatě pouze zahájení operace, znamená stejná operace pro všeobecného chirurga, který ji provádí pouze jednou za čas, výkon někdy za hranicemi jeho možností.

Vytvářet univerzálního chirurga-traumatologa je tedy cesta proti proudu času.

Současná moderní koncepce traumatologie je proto založena na ošetřování traumat příslušnými specialisty.

Hlavní problém v ošetřování úrazů dnes nepředstavují ani tak izolovaná poranění jednotlivých systémů, ale **především polytraumata, či poranění sdružená**, kde je nezbytně nutná mezioborová spolupráce.

Zajištění této specializované péče je především úkolem organizačním, tedy úkolem pro traumatologická centra. Pod tím si nelze představovat tzv. traumatologická oddělení ani kliniky, ale skutečná centra. Jejich vytvoření si vynutila hlavně polytraumata. Ta představují **crux současné traumatologie**. Základem jejich úspěšného ošetřování je otázka příjmu a základní ARO-péče, neboli **emergency** v pravém slova smyslu. Po zajištění základních funkcí si pak pacienta mohou „rozebrat“ jednotliví specialisté.

Takováto centra schopná ošetřit jakékoli poranění mohou proto vznikat pouze v nemocnicích disponujícími patřičnými specializacemi. V optimálním případě to zahrnuje ARO, chirurgii břišní, hrudní, cévní, ortopedii, neurochirurgii, urologii, neurologii, radiologii (CT, subtrakce, event. MR), dále pak mikrochirurgii, kraniofaciální chirurgii, oční, ORL apod.

Ideální koncentraci uvedených specializací mohou dnes zajistit pouze některé fakultní nemocnice či některé bývalé krajské nemocnice.

Koncentrovat do nich veškeré ošetřování úrazů by však nebylo účelné ani z medicinského, ani z ekonomického hlediska.

Řešením je vytvoření základní sítě zařízení ošetřujících úrazy všeho druhu. Většina izolovaných, méně závažných poranění, především pohybového aparátu, může být ošetřována na nižší úrovni. Tím mám na mysli především poranění, která lze řešit ambulantně. Úrazy závažnější, vyžadující dokonalejší diagnostiku, hospitalizaci a většinou operační řešení, by měla být předávána směrem vzhůru, tedy do bývalých nemocnic II. typu, což splňuje řada nemocnic okresních. Ta nejzávažnější poranění (polytraumata, některá sdružená poranění, poranění páteře, pánve, hlavy, replantace) by pak měla směřovat do výše uvedených center.

S tím souvisí i otázka dosažitelnosti v určitém čase, tedy otázka organizace transportu, resp. záchranné služby.

## TRAUMATOLOGIE POHYBOVÉHO APARÁTU

Představuje již dlouhá desetiletí jablko sváru mezi chirurgy, ortopedy a traumatology. Má to své historické kořeny v tom, jak se jednotlivé chirurgické obory postupně vydělovaly z tzv. velké chirurgie.

V současné době jsou u nás traumata pohybového aparátu ošetřována čtyřmi skupinami odborníků:

- ortopedy
- chirurgy
- traumatology
- neurochirurgy (to se týká jen poranění páteře, zejména krční).

Rozdíl mezi chirurgem a tzv. traumatologem není v podstatě příliš velký. Oba mají minimálně I. atestaci z všeobecné chirurgie, většinou však II. atestaci. Podle současné koncepce chirurgie musí totiž umět všeobecný chirurg zvládnout i základy traumatologie pohybového aparátu. Traumatolog je specializovaný chirurg věnující se především traumatologii pohybového aparátu. Obvykle má I. a II. atestaci z všeobecné chirurgie a může, ale nemusí mít specializační atestaci z traumatologie (ta zahrnuje především pohybový aparát). Traumatologem je tak nazýván chirurg-specialista pracující buď v rámci daného chirurgického oddělení a nebo na samostatném traumatologickém oddělení.

Náplní tzv. traumatologického oddělení je především traumatologie pohybového aparátu a dále sdružená poranění a polytraumata.

Ortopedie se jako obor zabývá chirurgií pohybového aparátu a proto její řádnou a nedělitelnou součástí je traumatologie pohybového aparátu, tj. končetin, pánve a páteře. V principu je tedy ortoped proti všeobecnému chirurgovi specializován na chirurgii pohybového aparátu od samého počátku svojí odborné výchovy a tedy i detailněji.

Vzhledem k historickému vývoji jsou poranění pohybového aparátu ošetřována v různých zemích různě. Např. v anglosaských zemích, především USA, Velká Británie, severských evropských státech provádějí ošetření pouze ortopedi. V Rakousku díky tradici založené L. Böhlerem je většina úrazů pohybového aparátu ošetřována v tzv. úrazových nemocnicích nebo na traumatologických klinikách. Ve Švýcarsku či SRN je situace obdobná jako u nás, tedy o tato poranění se dělí chirurgové, ortopedi a traumatologové.

Z hlediska optimální péče o úrazy pohybového aparátu je třeba si uvědomit, že v ortopedii došlo během posledních let k nebyvalému kvalitativnímu i kvantitativnímu skoku. Zavedení technik jako artroskopie velkých kloubů, systému zevní osteosyntézy, zajištěného hřebování dlouhých kostí, vnitřních fixatérů pro stabilizaci páteře, aloplastiky velkých kloubů znamenalo další specializaci v rámci oboru. Přitom většina těchto technik se používá nejen pro traumata, ale i pro chronickou operativu. A právě ta poskytuje příležitost danou technikou dokonale zvládnout.

Navíc erudice z chronické operativy umožňuje vyřešit komplikované traumatické

stavy nebo jejich následky s dlouhodobým výhledem. Příkladem mohou být poranění v oblasti kyčle, kde lze při ošetřování zlomenin využít zkušenosti z aloplastik či osteotomií, tedy z tzv. elektivních ortopedických operací, které chirurg-traumatolog neprovádí. Naopak, pracuje-li ten na tzv. traumatologickém oddělení, je v podstatě odkázán pouze na náhodu, protože elektivní výkony nejsou náplní samostatné traumatologie.

Další významný faktor, je hygienická situace, tj. kvalita sálů pro kostní chirurgii. Na těchto sálech by se neměla provozovat jiná operativa vzhledem k možnosti infekčních komplikací. Rovněž v pooperačním období by neměli pacienti po kostních operacích ležet mezi pacienty po břišních či urologických operacích. Bohužel se to ještě na mnoha chirurgických pracovištích, zejména v menších nemocnicích děje.

Z výše uvedeného je patrné, že úrazy pohybového aparátu by měli ošetřovat především ortopédi. Reálná situace je však poněkud odlišná. Většina úrazů pohybového aparátu je ošetřována chirurgy. Síť chirurgických pracovišť i jejich lůžková kapacita je mnohem větší nežli pracovišť ortopedických. Tím, že ubylo klasické chirurgické operativy, se zájem mnoha chirurgů přesunul k traumatologii pohybového aparátu, která představuje trvalý a dosti vydatný přísun pacientů. Naopak, řada ortopedických pracovišť, a to i klinických, nemá o traumatologii pohybového aparátu zájem, i když ho o ni navenek deklamuje.

Elektivní ortopedie dnes umožňuje plánovaný příjem pacientů k vybraným, ekonomicky lukrativním výkonům, tedy „život bez výrazných stresů“. Naopak traumatologie vnáší na pracoviště „neklid“ a narušuje běžnou plánovanou činnost právě svou nahodilostí. Navíc je v současné době velmi nákladná z hlediska ekonomického. Nezanedbatelné je i zatížení ošetřujícího personálu nejen ošetřovatelskou náročností, ale i pracovním vyčerpáním prakticky po celých 24 hodin.

## ZÁVĚR

Vytvořit optimální koncepci traumatologie, zejména pak traumatologie pohybového aparátu, není a nebude jednoduchým problémem. Je totiž nutno vycházet z historického vývoje určujícího současný stav, tj. stávající síť nemocnic, resp. jednotlivých pracovišť, jejich personální, prostorové a materiální vybavení. Proto je nutné i do budoucna počítat s tím, že na traumatologii pohybového aparátu budou participovat jak chirurgové, resp. traumatologové, tak ortopédi. Je nutné, aby tato spolupráce skutečně směřovala ku prospěchu pacienta. V současné době je totiž traumatologie i výrazným politikem, protože traumatologický program bude představovat zdroj financí pro další stavební úpravy, vybavení přístroji, ohodnocení personálu, zajištění sfér vlivu apod. A vše bude vedeno právě *ku prospěchu pacienta...*

Jde však o to, abychom při vytváření fungující moderní koncepce nepřijali z důvodů ambic jednotlivých osob i zájmových skupin rozhodnutí, které by bylo krokem do minulosti.



# ZE ZAHRANIČÍ

## Global Medical Conference / Psychiatry

Eli Lilly and Comp., Indianapolis, Indiana, USA, 17. - 20. 5. 1995

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.

Intenzivní vědecký program, který připravila firma Eli Lilly, spočíval v přednáškách a diskusích řízených předními odborníky rozvoje programu CNS firmy Eli Lilly. Globální výzkum firmy Eli Lilly v oblasti centrální nervové soustavy představil vice-president výzkumných laboratoří *Steven M. Paul*. Firma kromě zmíněného programu formuluje také programy endokrinologické, infekčních nemocí, nádorových nemocí a kardiovaskulárního systému. Každý takový program obsahuje:

- |                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| a) vědecké inovace                 | d) biotechnologie          |
| b) prevence a zacházení s nemocemi | e) efektivita a organizace |
| c) cenová konkurenceschopnost      |                            |

V oblastech, jakou je např. program CNS, má firma celou řadu vnějších spoluprací, např. pro studium Alzheimerovy choroby se společností ATHENA a HYBRITECH, v oblasti excitačních aminokyselin se společností ALLELIX, v oblasti cholinomimetik s firmou NOVONORDISK, v oblasti neuronálních kalciových kanálů s firmou SIBIA atd. Součástí CNS programu je také studium serotoninu, neuroendokrinních poruch a dokonce též gastrointestinálního a genitourinárního traktu. Je pravda, že serendipity typu chlorpromazinu, imipraminu a lithia se v posledních letech nekojí. Zato se však hledají nové indikace pro staré léky.

Velkou pozornost nyní věnují v oblasti CNS světové farmaceutické firmy stále serotoninu. Serotonin zprostředkovává přenos zhruba u 2-3 % neuronů. Podílí se na řízení úzkosti, deprese, kognitivních pochodů, spánku, sexuality, sytosti, kardiovaskulárních regulací, bolesti, motility zažívacího traktu atd. Současná receptorová heterogenita serotoninergních vláken byla definována pomocí rekombinantních technik molekulární biologie. V současné chvíli jsou definovány tyto receptory:  $5HT_{1(A,B,D,E,F)}$ ,  $5HT_{2(A,B,C)}$  a  $5HT_{3-7}$ , přičemž  $5HT_{1B} = 5HT_{1D\beta}$  a  $5HT_{1D} = 5HT_{1D\alpha}$ . V souvislosti s podskupinami serotoninových receptorů se studují:

- **5HT<sub>1</sub>**: úzkost, deprese, migréna, poruchy hybnosti, sytost, bolest, sebevražedné chování, učení
- **5HT<sub>2</sub>**: deprese, schizofrenní příznaky, regulace likvoru, spánek, migréna, hypertenze, zažívací trakt, poruchy koronární tepen, agrese
- **5HT<sub>4</sub>**: migréna, močení, posílení kognitivních pochodů

- **5HT<sub>6</sub>**: antipsychotické účinky aj.
- **5HT<sub>7</sub>**: jet lag aj.

*Ray Fuller* přiblížil objev fluoxetinu a jiných serotoninergních látek. Nota bene serotonin byl v mozku objeven v roce 1953. Od té doby počet prací ve světovém písemnictví, které se věnují tomuto mediátoru, stoupl geometrickou řadou. Fluoxetin přesto, že vede ke specifické blokádě zpětného příjmu serotoninu do nervových zakončení, má za následek vzestup koncentrace serotoninu v oblasti štěrbiny pouze asi na trojnásobek, protože presynaptická zpětná vazba syntézu serotoninu zastaví. Mikrodialýza dnes umožňuje aplikaci zkoumané látky, (např. Fluoxetinu) přímo do mozkových jader a měření následných hladin serotoninu tamtéž. Tímto se způsobem se zjišťoval vzestup serotoninu po aplikaci fluoxetinu do striata. Farmakologický zásah se může přímo korelovat s behaviorálními projevy pokusných zvířat.

Také se vyvíjejí netradiční antipsychotika a léky proti epilepsii. Tak např. látka LY288513, která se zkouší při panických poruchách a schizofrenii, je antagonistou cholecystokininu (CCK<sub>B</sub>). LY300164 je antagonistou AMPA (excitační aminokyseliny) a zkouší se u epilepsie. *David Leander* představil agonistu 5HT<sub>1A</sub> receptorů, látku LY228729, která má účinky anxiolytické, antidepressivní a antiemetické. Tlumí nejenom anticipační zvracení, ale i zvracení nepodmíněné. Na rozdíl od Buspironu, který je parciálním agonistou 5HT<sub>1A</sub>, má LY228729 profil selektivního agonisty 5HT<sub>1A</sub>.

*Harlan Shannon* poukázal na současné přístupy ke studiu a ovlivnění Alzheimerovy demence. Z farmakologického hlediska je lze rozdělit zhruba do 4 skupin:

- a) agonisty nikotinových receptorů
- b) antagonisty M<sub>2</sub> muskarinových receptorů
- c) agonisty M<sub>1</sub> muskarinových receptorů
- d) inhibitory acetylcholinesterázy (IACHe)

Muskarinové receptory lze rozdělit dnes do 5 tříd, a to podle afinity pirenzepinu a podle typu druhotného posla (tab.1). V této souvislosti *Shannon* uvedl charakteristiku Xanomelinu, který je velmi afinní k receptoru M<sub>1</sub> (daleko více, než k M<sub>2</sub> a ostatním receptorům) a je vlastně selektivním M<sub>1</sub> agonistou. Studium cholinergních systémů mozku úzce souvisí s výzkumem zaměřeným na atrofickou demenci Alzheimerova typu (DAT). Dnes se ví, že prekursor amyloidu APP (Amyloid Protein Prekursor) se štěpí 2 hlavními způsoby, z nichž první (α-sekretázou) vede štěp tou částí, ze které by mohl vzniknout β-amyloid a dává tak vznik látkám, které nejenom že nejsou škodlivé, ale mají dokonce

neuroprotektivní účinky. Druhý typ štěpení (alternativní) zasahuje molekulu APP na jiném místě, takže potenciálně nebezpečná sekvence zůstává zachována a vznikají neurotoxické molekuly  $\beta$ -amyloidu ( $A\beta$ ).  $A\beta$  se za určitých okolností shlukuje (nachází se např. v amyloidních placích u DAT) a vytváří v neuronálních membránách kalciové kanály, kterými do buňky proudí kalcium ve směru gradientu. Proud může být tak silný, že intracelulární hladinu kalcia nelze upufrovat, a to má nakonec za následek buněčnou smrt. Xanomelin vede k preferenci té první, neuroprotektivní metabolické cesty štěpení  $\alpha$ -sekretázou.

Tab.1 Muskarinové receptory

Receptor	Afinita pirenzepinu	Druhotný posel
M <sub>1</sub>	↑	↑ PI
M <sub>2</sub>	↓	↓ cAMP
M <sub>3</sub>	↓	↑ PI
M <sub>4</sub>	±	↓ cAMP
M <sub>5</sub>	±	↑ PI

Larry Altstiel a spolupracovníci přednesli první výsledky klinických studií Xanomelinu na více než 260 nemocných s Alzheimerovou demencí. Příznivé výsledky byly závislé na dávce (25, 50, 75 mg). V případě studia Alzheimerovy demence dává informovaný souhlas ten, kdo se o dotyčného pacienta stará (care-giver), t.j. nejčastěji manžel či manželka nebo dítě.

Kurt Rasmussen přednesl sdělení o preklinických přístupech k objevům nových antipsychotik. Účinky nových (atypických) antipsychotik se dnes studují ve stále větší míře pomocí pozitronové emisní tomografie (PET). Rozdíl v působení jednotlivých antipsychotik na různé receptorové skupiny ukazuje tabulka 2.

Palba dopaminergních neuronů se v těchto studiích odlišuje od aktivity jiných neuronů nejenom osciloskopicky, ale m.j. také zvukově. Oscilace se převedou na zvukový signál, zesílí a reprodukují. Tento způsob zpracování neuronálního signálu Dr. Rasmussen publiku předvedl. Přesto, že je těžké vyvinout dnes antipsychotikum, které by nebylo antidopaminergní, řada firem se o to pokouší. V případě Lilly to bude možná právě preparát LY288513.

Tab 2. Vazba atypických neuroleptik: PET studie

Látka	D <sub>1</sub>	D <sub>2</sub>	5HT <sub>2</sub>
Haloperidol	nízká	vyšoká	nízká
Clozapin	střední	střední	střední
Risperidon	PET není	vyšoká	vyšoká
Olanzapin	PET není	střední	vyšoká

*John Heiligenstein* upozornil, že při klinickém psychofarmakologickém výzkumu by se neměla hodnotit jenom symptomatologie s použitím klasických škál, ale také kvalita života např. u starých depresivních lidí.

*Amy Chappell* se spolupracovníky ukázala, že firma se také věnuje zvláštním oblastem studia centrálního nervstva. Především jsou to léky na zmírnění bolesti. Všeobecně se ví, že analgetika-anodyna působí respirační depresi, mají velké nebezpečí návyku, tlumí vigilitu (působí somnolenci), působí zácpu a vertigo. Nesteroidní antiflogistika mohou zhoršovat nebo působit gastritidu, mohou vést k nefropatiím a mají celou řadu dalších nevíтанých účinků. Proto se firma nyní pokouší vyvíjet analgetika na bázi agonistů glutamatergických receptorů, M<sub>1</sub> receptorů apod. Tento tým se také věnuje problematice návyku vůbec, včetně kouření. Údajně pouze jedné desetiny kuřáků se podaří přestat. Abstinenci příznaky mizí po exponenciálně, tzn. nejrychleji v prvních dnech, ale přetrvávají ještě 180 a více dní po vynechání cigaret. Pro návyk na cigarety se podařilo vytvořit zvířecí model (navyknout krysy na kouř pomocí speciálních inhalátorů) a ukázat, že po odnětí nikotinu jsou krysy lekávější (měří se energie trhnutí - výskoku, které je reakcí na bílý zvuk a vyjadřuje se mikrovoltech). Lilly se pouští vyvíjet léky, které by tyto abstinenci příznaky oslabovaly.

*Charles Beasley* a spolupracovníci předvedli program firmy Lilly v oblasti antipsychotik. Upozornili, že ve Spojených státech dosahují veřejné výdaje spojené s výskytem schizofrenie 3 miliardy dolarů za rok. Populace schizofreniků není sice oproti jiným chorobám příliš početná, ale onemocnění je natolik dlouhodobé, že svou závažností si s jinými nezádá.

*David Pickar* z NIMH upozornil, že 25 % všech lůžek v nemocnicích ve Spojených státech je obsazeno schizofreniky, kteří spotřebují 20 % všech ošetrovacích dní a 20 % nemocenských dávek (celkem 33 mld. dolarů na rok). 20 - 30 % schizofreniků nereaguje na léčbu, 35 % jich realabuje častěji, než jednou za rok. V diskusi se opakovaně upozornilo na to, že u schizofrenií je celosvětově podceňováno nebezpečí suicidia a že suicidium není v učebnicích uváděno jako dominantní příznak u této psychózy. Ovšem skutečnost je varující! U schizofrenií přichází v úvahu také vyvíjet psychofarmakologické zásahy do oblasti excitačních aminokyselin (NMDA systému), což je ovšem velice obtížné kvůli závažným nežádoucím účinkům (paroxysmy).

Klinicky atypický profil antipsychotika je charakterizován:

- nižším výskytem extrapyramidových příznaků a tardivních dyskínéz
- absencí vzestupu prolaktinu po podání látky
- potlačením pozitivních příznaků, které jsou rezistentní na typická neuroleptika
- potlačením negativních příznaků
- zlepšením kognitivního deficitu, popř. prevencí kognitivního deficitu.

Charakteristické pro tyto látky jsou mechanismy účinku, které zahrnují větší antagonismus na 5HT<sub>2A</sub> receptorech než D<sub>2</sub> receptorech a větší antagonismus na D<sub>4</sub> receptorech než na D<sub>2</sub> receptorech. Jsou také antagonisty 5HT<sub>3</sub> receptorů a anatomicky jsou afinnější ke strukturám mezolimbickým či mezokortikálním než k nigrostriatálním. K tomu přistupuje také agonismus na glutamatergních receptorech a receptorech GABA<sub>A</sub>. Zatím posledním výkřikem módy v této oblasti, který uvede na trh firma Eli Lilly, je neuroleptikum Olanzapin, které se zkoušelo m.j. v Psychiatrickém centru Praha, jež se tak stalo koordinátorem největší klinické psychofarmakologické studie, jaká byla kdy zadána do států střední a východní Evropy. Výsledky budou teprve zveřejněny, ale data, která byla dodána Psychiatrickým centrem Praha a na kterých se podílela řada dalších českých pracovišť a spolupracovníků, byla podrobena nezávislému auditu holandské firmy a byla nyní vyhodnocena v ústředně v Indianapolis jako nejkvalitnější, jaká kdy byla dodána z ciziny. V případě Olanzapinu dokonce svou kvalitou předčila data obdržena z klinických pracovišť ve Spojených státech.

*Garry Tollefson a Lewis Judd* upozornili na závažnost programu Dekády mozku a na stav celého projektu uprostřed desetiletí. *Lewis Judd* upozornil, že 90% toho, co je známo o mozku, bylo objeveno v posledních 10 letech. K celosvětovému programu Dekády mozku vedla zejména ekonomická data získaná ve Spojených státech, která ukazují, že onemocnění mozku včetně mrtvic stojí Američany ročně 401,1 mld. dolarů a že onemocněním mozku trpí minimálně 50 miliónů Američanů. Z toho část jsou nemoci, které se dají označit jako psychické. Všeobecně se přijímá, že duševní nemoci mají vztah k mozku a že diagnóza je zásadní, neboť určuje léčbu a prognózu.

*Maurizio Fava* se ve svém sdělení věnoval studiu hněvu, agrese a deprese a poukázal na zajímavé biologické souvislosti těchto fenomenů.

- V likvoru agresivních osob je nižší koncentrace MHPG a 5HIAA.
- Hladiny HIAA v likvoru a příznaky hostility negativně korelují.
- Depresivní pacienti jsou překvapivě hostilnější než normální kontrolní osoby.
- Zdá se, že mezi počtem uvěznění pro násilné činy a otevřenou agresí a diagnózou dystymie je pozitivní korelace.
- Výbuchy hněvu bývají doprovázeny vegetativními projevy, které zahrnují pocení, tachykardii, návaly a pocit ztráty sebeovládání.

Tyto příznaky svědčí pro souvislost se serotoninergním mechanismem a zabírají na některá antidepresiva. Při hněvu je např. nižší odezva prolaktinu (PRL) po podání tyreoliberinu (TRH), což by svědčilo pro defektní serotoninergní řízení. Tato nižší  $\Delta$ PRL po TRH se upravuje fluoxetinem, který však u pacientů

nevykazujících hostilitu nemá na prolaktinovou odpověď po TRH vliv. Tento nález se interpretuje tak, že za normálních okolností je sekrece TRH blokována serotoninem, při jehož nedostatečném výdeji tedy dochází ke zvýšené stimulaci TRH a ta má za následek down-regulation receptorů na prolaktotropech, což potom vede k nižší odezvě prolaktinu na podaný TRH. Maurizio Fava nedokázal v diskusi odpovědět, proč jako indikátor neuroendokrinních vztahů používá odezvu prolaktinu po TRH a ne odezvu tyreotropinu po TRH. Za to upozornil na fenfluraminový test, o který se rozšiřuje současné armamentarium neuroendokrinologického mapování.

*Cornelius Katona* z londýnské lékařské fakulty podal přehled augmentačních strategií při léčbě farmakorezistentní deprese. Citoval *Kleina a Davise* z roku 1969, podle kterých 30 % pacientů s depresí nereaguje na antidepresiva v první linii a *Kellera a spol.* z roku 1984, kteří poukazují na to, že 21% depresivních nemocných má depresi i po dvou letech léčby.

Špatnými prognostickými známkami v této souvislosti jsou:

- výskyt panické poruchy v anamnéze
- selhání předchozí léčby
- stavy blízké psychóze
- věk pod 35 let
- současné tělesné poruchy
- nezvyklá farmakokinetika, která může být velmi individuální
- pozor na současnou jinou léčbu
- pozor na poruchy příjmu potravy
- pozor na současný výskyt obsedantně kompulsivní poruchy.

Zásadou léčby refraktorní deprese je maximální tolerované dávkování léčby, trpělivost při čekání na nástup účinku (10-12 týdnů) a používání dalších antidepresivních modalit (elektrokonvulze, inhibitory monoaminoxidázy - IMAO, nová antidepresiva, kombinace antidepresiv, psychochirurgie). Ve Velké Británii se se souhlasem nemocných a jejich příbuzných provádí u rezistentních depresí stereotaktické psychochirurgické zásahy, které mají údajně 50% úspěšnost. Z nežádoucích účinků je nejčastější výskyt epi paroxysmů, který se udává v 1 % případů. Mezi nejčastější kombinace antidepresiv k prolomení farmakorezistence se používá kombinace:

- MARI + IMAO\*
- MARI + T<sub>3</sub><sup>†</sup>
- MARI / IMAO + Trp
- MARI / IMAO + Li
- MARI / IMAO + NI
- MARI + SSRI
- Moclobemid + SSRI
- Buspiron (5HT<sub>1A</sub> parciální agonista) + SSRI
- Pindolol (5HT<sub>1A</sub> blokátor) + MARI

Podává-li se v augmentaci lithiium, pak terapeutické okno lithemie by mělo být 0,6 - 1,1 mekv/l.

*Alan Siegal* z University Yale přednášel o depresi ve vysokém věku. Upozornil, že ve věkové kategorii nad 60 let je výskyt deprese mnohem vyšší než v obecné populaci a odhaduje se na 15 - 20 %. Klasická tricyklická antidepressiva imipraminového typu jsou nevhodná pro tlumivé anticholinergní a další nežádoucí účinky. Podobně je nevhodný trazodon. U léků, které mohou vést k ortostatickým kolapsům, hrozí ve vyšších věkových kategoriích nebezpečí pádu a fraktury krčku, která může mít za následek stagnační pneumonii a smrt. Podobně nebezpečnými jsou také účinky výrazně tlumivé. Proto lze ještě připustit podávání demetylovaných preparátů jako je Dezipramin, Nortriptylin a Protriptylin, ale ani ty nejsou ideální. Měl by se podávat Fluoxetin, a to ne denně, nýbrž jen 3x týdně, popř. Sertralin či Paroxetin. Všechny SSRI mají ovšem své nevýhody:

- u Fluoxetinu je to výskyt nauzey, bolesti hlavy, průjmu, nervozity a nespavosti,
- u Sertralínu je to výskyt bolesti hlavy, nauzey, průjmu, nespavosti a sucha v ústech,
- u Paroxetinu je to výskyt nauzey, somnolence, sucha v ústech, bolesti hlavy a astenie.

President-elect Světové psychiatrické asociace, *Norman Sartorius*, který je profesorem psychiatrie na univerzitě v Ženevě a na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, přednesl globální pohled na vývoj medicíny a psychiatrie ke konci 20. století. Načrtl, v čem se liší obraz péče o duševní zdraví v zemích, které lze označit jako rozvinuté (Holandsko), rychle se rozvíjející (Korea), jiné rozvíjející se (Nigérie), východoevropské (Rumunsko) a nerozvinuté - „least developed“ (Bolívie). Upozornil na to, že celosvětově je produkce lékařů nadměrná. Např. v Kolumbii je 29 lékařských fakult, ve Španělsku je 30-40.000 nezaměstnaných lékařů. Ukázal, jak se medicína ve 20. století proměnila:

a) z poslání přes profesi v trh

\* MARI = mono amine reuptake inhibitors

<sup>†</sup> T<sub>3</sub> = trijodtyronin



- b) z individuálního objevování v industriální mašinérii  
 c) z koexistence (s léčiteli, šamany apod.) přes monopol na pravdu až po kompetici (s léčiteli, šamany apod.).

Změnu ideologie celé medicíny vyjadřuje tab.3.

Tab.3 Změna ideologie zdravotní péče ve 20.století

Dříve	Nyní
Zásady veřejného zdraví	→ Zásady individuálního zdraví
Práva společnosti	→ Práva jednotlivce (lidská práva)
Komunitní osvěta	→ Účast jednotlivce
Nañízení, vyhlášky a opatření	→ Péče na žádost pacienta
Povinnost žít	→ Právo na smrt
Sociální soustavy	→ Placená péče
Potlačení nemoci	→ Potlačení bolesti
Paternalismus lékaře (lékař-vládce)	→ Dohoda lékař-pacient (lékař-poradce)
Vymýcení chorob (eradikace)	→ Zacházení s chorobami (koexistence)

Medicína nevítězí nad světem, nýbrž po zdolání určitých cílů je vystavena novým; objevují se nové nemoci:

- HIV, EBOLA, Mississippi fever + 14 dalších
- dovezené nemoci
- toxikopatie z prostředí
- iatrogenní poškození a nemoci
- nový typ opuštěnosti
- tzv. „GP“ patologie, např. polymorfni psychosomatici („multiple complainers“)
- nedostačivost (retardace) z rostoucích nároků (počítačový věk)
- změny klinických obrazů (např. úbytek katatonie ap.), tzv. „Krankheitswanol“
- aj.

V souvislosti s transformací psychiatrické péče a rozvojem komunitních systémů upozornili diskutující na změnu obsahu pojmu komunita. Např. v Americe lze hovořit o jakési „elektronické rodině“, kdy jednotlivci její členové jsou sice geograficky rozptýleni, ale stráví několik hodin denně telefonováním mezi sebou. Problémem tedy je, co je to komunita a co se od té komunity ve vztahu k psychiatricky nemocným čeká. Všeobecně je přijímán názor, že komunitní péče je mnohem dražší než péče ústavní. Také se prokázalo, že při omezení nemocniční a kustodiální péče vždy vysoce stoupne sebevražednost psychotiků. Celkově posun v pojetí a ideologii medicíny vyjádřil profesor Sartorius v diskusi bonmotem: „In many aspects we are doing things better but feel worse“.

## 148. výroční zasedání Americké psychiatrické asociace

Miami Beach, Florida, 20.-25.5.1995.

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.

Setkání výroční konference Americké psychiatrické asociace je podnikem, který co do rozsahu, předčí téměř všechny světové psychiatrické kongresy. Je to setkání desítek tisíc amerických psychiatrů, kliniků v první linii, vědců, kurátorů a sociálních pracovníků. Novou prezidentkou Americké psychiatrické asociace se stala *Mary Jane Englandová*, která je předsedkyní washingtonské obchodní skupiny zdraví (WPGH), což je nonprofitní celonárodní organizace zabývající se zdravotní politikou a organizací výzkumu. Jejími členy jsou zaměstnavatelé představující všechny oblasti velkého amerického průmyslu. Dr. Englandová, která je absolventkou lékařské fakulty bostonské univerzity, prošla celou řadou významných postavení, včetně funkce 1. komisaře massachusettského úřadu sociálních služeb od 1979 do roku 1983. V této roli pomohla zřídit a rozběhnout novou státní agenturu pro rodinu, která poskytovala služby upevňující rodinu, napomáhající soudržnosti rodiny a posílení vážnosti, jaké se v Americe rodina jako sociální útvar těší. Budoucím prezidentem (president-elect) APA byl zvolen *Harold I. Eist*, který jednak vyučuje na katedře psychiatrie na Howardově univerzitní lékařské fakultě ve Washingtonu, jednak má také soukromou praxi zaměřenou na dětskou a dorostovou psychiatrii.

Jednu ze zahajovacích přednášek proslovl *Jordan J. Cohen* s podtitulem „A Helpful Profession is a Hopeful Profession“ (pomoci může pouze nadějná profese). Kohen parafrázoval 5 stupňů umírání podle Elizabeth Kübler-Rossově a řekl:

- 1) Nepopírejte potřebu změny, popírejte však rozklad našich tradic.
- 2) Nehněvejte se na realitu, hněvejte se na ty, kteří nás strhávají zpátky.
- 3) Neuzavírejte výhodný obchod pro zachování status quo. Buďte spravedliví a nedopusťte další oběti na cestě k úspěšné proměně.
- 4) Nepotlačujte váš afekt, potlačujte však touhu po sebeuspokojení.
- 5) Nepřijímejte upadající roli medicíny v naší společnosti, přijměte raději prvky obsažené „v sociální smlouvě“ s medicínou.

Název přednášky „Rebirth and Afterlife“ by se mohl přeložit jako „Znovuzrození a život po té“. Cohen poukázal na 4 stadia, kterými prošla medicína 20. století od doby, kdy byla (i) poprvé chápána jako věda, přes (ii) období obrovských investic do výzkumu (zejména po 2. světové válce), (iii) období všeobecné zdravotní péče a sociálního pojení medicíny až do současnosti, kterou nazval (iv) rozpočtovým obdobím („budget era“), kdy začínáme vyvažovat mezi tím, co bychom chtěli a mezi tím, co si jako společnost můžeme dovolit. Obsah

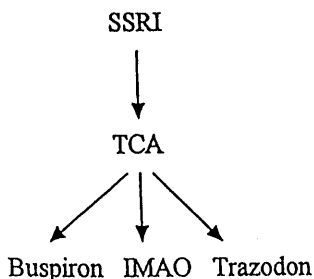
Cohenovy přednášky nám dává tušit, že problémy, s kterými se potýkáme v Česku, zdaleka nejsou pouze problémy našimi.

Z několika stovek symposií a přednášek APA vybírám to, které mi bylo svým zaměřením nejbližší: Symposium věnované depresi.

*Martin B. Keller* upozornil na to, že sebevražda je ve Spojených státech druhou nejčastější příčinou smrti. 15 % těch, kteří jsou alespoň jedenkrát v životě hospitalizováni pro depresi, spáchá nakonec sebevraždu. 13 % depresivních relabuje do půl roku po sledované epizodě, 75 % do 10 let. Zhruba 50 % depresivních nemocných je nedostatečně léčeno. Stejný počet pacientů nedostává profylaktickou nebo preventivní léčbu v posledním měsíci před rozvojem další epizody.

*Alan J. Gelenberg* upozornil na to, že chronická deprese neznamená neléčitelnou depresi, na což se někdy zapomíná. Chronická deprese může být buď chronifikovanou velkou depresí podle DSM-IV, dále tzv. double depresí (naroubovaná depresivní epizoda na dysthymní poruchu) anebo čistou dysthymii (tj. tou, které nepředchází epizoda velké deprese). Při volbě medikace je třeba vždy dbát předchozí účinnosti léku u téhož pacienta a „rodinné účinnosti“. Za dostatečné dávkování se u tricyklik považuje ekvivalent alespoň 150 mg imipraminu na den a u SSRI 20 mg fluoxetinu na den. Hrubý nárys algoritmu k léčbě chronické deprese viz schéma 1.

Schéma 1. Postup psychofarmakologické léčby u chronické deprese. Při neúčinnosti SSRI přejít na TCA atd.



*Mark A. Schuckit* upozornil na souvislost abuzu alkoholu a dalších látek s depresí. U depresivních nemocných by nás měla nejenom anamnéza, ale také biochemická vyšetření (např. gama-glutamyl transferáza nad 30) upozornit na možnost současného návyku. Abuzus alkoholu či látek totiž často začíná jako sebeléčba při rozvíjející se depresi.

*Karl Salzmann* se věnoval psychofarmakologické léčbě deprese u starých lidí. Poukázal na hlavní rozdíly mezi depresí a demencí. Zatímco depresivní pacienti si na ztrátu paměti stěžují, dementní nemocní ji opravdu ztrácejí. Zatímco afektivita u depresivních nemocných je skutečně depresivní, u dementních je labilní. U nemocných ve vyšším věku je třeba dbát zvláštní opatrnosti s ohledem na anticholinergní syndrom, který se může rozvíjet po podávání neuroleptik a tricyklických antidepresiv. Anticholinergní účinky mohou ještě dále prohlubovat demenci a působit i fyzické obtíže. Při léčbě deprese u starých lidí clomipraminem by se mělo dbát na dosažení terapeutických hladin v séru asi 200 - 250 ng/l. Pokud se k proražení farmakorezistence podává selegilin, měl by být aspoň v dávce 60 mg/den. Při podávání tricyklických antidepresiv je nebezpečí vyšších nezjištěných hladin hydroxymetabolitů, které zvyšují riziko kardiotoxicity. Tyto metabolity přitom nejsou terapeuticky aktivní. Proto bychom měli monitorovat pravidelně EKG.

*Michael E. Thase* se pokusil shrnout poznatky v oblasti zvládnání depresí rezistentních na léčbu. Upozornil, že neúspěch jednoho SSRI nevylučuje úspěch jiného. K *augmentaci* doporučuje lithium, T<sub>3</sub> (25-50 µg/den), kombinaci SSRI + TCA, SSRI + buspiron, IMAO + TCA (bezpečné [!], ale neví se, zda účinnější než inhibitory monoaminoxidázy samotné), bupropion + TCA či SSRI. Nejúčinnější léčbou deprese stále zůstávají elektrokonvulze (EKT). Jsou léčbou volby u psychotických či melancholických rezistentních depresí. Z dalších antidepresivních modalit, o které stojí za to se pokusit v případě neúspěchu předchozích, jmenujme alespoň stimulancia, kombinaci stimulancií s IMAO, clozapin, antikonzulziva, fototerapii, spánkovou deprivaci a kognitivní psychoterapii.

Výroční zasedání APA je mamutím podnikem, ve kterém se jednotlivci jenom velmi těžko orientuje. Je zaměřena především na celoživotní lékařské vzdělávání a *získávání* kreditů řadových amerických psychiatrů, na reklamu farmaceutického průmyslu a univerzální sociální hru „vidět a být viděn“\*. Z tohoto pohledu nepatří APA k nejatraktivnějším odborným událostem pro zahraniční účastníky. Nicméně americká pohostinnost a vážnost, s jakou američtí psychiatři pojmají svou disciplinu a její roli v současném světě, je jistě inspirující.

---

\* Jedním z témat postgraduálních kursů, které se počítají do kreditů, bylo „jak přežít televizní interview“. Účastníci byli trénováni ke zvládnání reportérů a televizních kamer, byli natáčeni, jejich vystoupení bylo znovu pouštěno a v diskuzi vychytávány nedostatky a poskytovány argumenty k vylepšení image psychiatrie a podpory priorit Americké psychiatrické asociace a nacvičení lepších komunikačních schopností.

### 3. UNIVERSTITY OF CORK

Richard Rokyta

Univerzita v Corku byla založena před 150 lety, v roce 1845. Předtím zde byla College Královny Viktorie. Cork je druhé největší město Irské republiky a třetí největší město na Irském ostrově po Dublinu a Belfastu. Má 140 000 obyvatel, přičemž Univerzita má 10 000 studentů, z toho 700 studentů medicíny. Je to poměrně velká univerzita a lékařská fakulta je srovnatelná s naší fakultou. Přitom je nutno říci, že univerzita v Corku patří k největším irským univerzitám a řadí se k univerzitám s dobrou pověstí i na Britských ostrovech.

Cork je malebné městečko při ústí řeky Lee, je nedaleko přístavu Cobb odkud vyplouvaly zaoceánské lodě. Mimo jiné z tohoto přístavu vyplula i loď Titanic. Ve městě se vaří výborné pivo Murphys, které je vedle Guinness nejčastějším pivem v Irské republice.

Univerzita v Corku je situována především v budovách klasického britského typu s krásným trojhranným nádvořím, kde jsou správní budovy, rektorát a jednotlivé děkány. Kolem nádvoří jsou další budovy v parku. Tvoří kampus, ve kterém je i většina zařízení lékařské fakulty. Ústavy filosofické fakulty jsou nedaleko ve městě. Lékařská fakulta univerzity v Corku je organizována podobně jako ostatní lékařské fakulty a jak už jsem zdůraznil má velice dobrou úroveň. Studenti se uplatňují nejen v Irské republice, ale i v ostatních částech Velké Británie a USA. Studium je organizováno jako jinde na Britských ostrovech, což již bylo v tomto časopise Vita Nostra Servis několikrát zmíněno, takže nemá cenu tento systém opakovat. Prakticky se systém výuky medicíny v Irské republice neliší od systému výuky ve Velké Británii.

Vždy zaujme způsob života na univerzitě a zejména způsob soužití studentů s univerzitními učiteli. Základem tohoto soužití je kampus (podle toho britského typu později vznikly kampusy ve Spojených státech a v dalších částech světa). Univerzitní kampus v Corku je velice dobře organizován. Ve studentském centru je výborná knihovna, která je přístupná na karty. Výstup je organizován samotnými studenty. Studenti mají možnost podobného vstupu i do výpočetního střediska. To má 80 osobních počítačů, 5 E-mailových computerů, 3 faxy, 3 kopírky. Studenti mohou na kartu vstoupit do střediska ale plně zodpovídají za jeho provoz. To je velmi důležité. Ve studentské prodejně se prodávají tužky, péra, trička s dlouhým i krátkým rukávem, košile, bundy, kravaty a dokonce i saka se znakem univerzity v Corku. Je překvapující

jak tyto produkty jsou drahé oproti třeba tričkám, které se dostanou běžně v obchodech. Studenti i zaměstnanci si však váží své značky. Ve studentském centru jsou i dvě banky, vynikající prodejna knih a další prodejna učebních pomůcek a papírnictví, kavárna a dokonce cestovní kancelář. Vše v režii univerzitní studentské organizace. V cestovní kanceláři je i Aerolingu (irská letecká společnost). V centru jsou 3 pěnížní automaty, 10 telefonů (z toho 8 na karty a 2 na peníze). Jsou zde 4 posluchárny - z nichž největší má kapacitu 200 - 250 lidí, tři ostatní po 120 - 140 lidech. Jídelny jsou rozděleny na jídelnu pro učitele, na jídelnu pro studenty a na jídelnu pro ostatní zaměstnance. V tom je Británie stále velice konzervativní. V celém prostoru univerzity však panuje velice přátelská a demokratická atmosféra, studenti jsou nesmírně milí a všichni zaměstnanci rektorátu a děkanátu jsou nesmírně kooperativní a usmívají se.

Irové jsou vůbec jako národ velmi sympatičtí. V této části Irska jsme se nesetkali s žádnými projevy nepřátelství k Britům, ať už s námi byli na kongresu (koneckonců to byl kongres British Physiology Society, kde byla většina Angličanů). Navíc je velmi intenzivní výměna mezi Velkou Británií a Irskem na poli vědy i výuky. Angličtí profesoři jezdí zkoušet do Irska a jsou zváni do různých irských komisí a podobně jsou zváni i irští kolegové do Anglie.

Irové si nesmírně váží své staré kultury, je to vysoce kulturní země s velkou katolickou tradicí. Staré památky jsou zachovány, protože u nich nebylo žádné revoluční hnutí, které by je bylo zničilo. Irové jsou skutečně opravdově věřící, což je vidět z výrazu v očích lidí, kteří se modlí v krásných kostelech s obrovsky vysokými gotickými klenbami.

Irská krajina je milá, v místech kudy jsme projížděli je především pastevectví, ale nicméně je to krajina velmi kultivovaná a hezká. Kromě Corku jsme navštívili Limerick pověstný svými glosami od Edwarda Leara, Tipperrary, Blaerny, Cashel a další krásné památky.

Dojem z Irska je krásný, je to země, která se liší od současné unifikující se Evropy jak svou krajinou, tak i povahou lidí. Irové jsou přátelštější, jsou přátelštější i k Angličanům. Stále však je v nich určitá výčitka na situaci, která nastala v minulém století, kdy Irsko několik let hladovělo potom, co jej postihla bramborová plíseň. V té době jim Anglie nepomohla. To se odrazilo i v politice Irska za druhé světové války, kdy Irsko de facto pomáhalo nacistickému Německu. Anglie ale doplácí na svou minulou koloniální politiku k této zemi a bude jistě trvat několik generací než dojde k úplnému zprátení těchto národů, obou členů Evropského společenství.

# AKTUÁLNÍ OTÁZKY

# COUNCIL OF EUROPE ON THE COMPETENCE OF THE PATIENT

Milan Kment

(Přednáška proslovená na 5. symposiu o lékařské etice „Informed Consent and Doctor-Patient relationship“, pořádaném Hastings Centre, New York a Ústavem pro humanitní studia I. lékařské fakulty University Karlovy v Praze ve dnech 16. - 17. února 1996 ve Faustově domě v Praze 2, Karlovo nám 40)

A lot of work in preparation of Bioethic convention has been done by the Steering Committee for Bioethics of the Council of Europe for a long time of more than 5 years. This group consists of legal and medical expert from all member States and several world organisations such as WHO, European court of human Rights and others. Many amendments, remarks and opinions to this draft was given by several states, institutions or organisations to improve and make clear the text and sense of the Bioethic convention which should come into general legislation of the States of the Council of Europe and other associated states in a short time.

Many discussions were considered to different problems. But, there are some specific problems which are still very painful and sensitive and foremost controversial like research on embryo, human genome and informed consent with special attention to people who are not fully competent for agreement to medical intervention, research or transplantation.

Who is an incapable person and to what extent is his or her incapability? Who is able and to which extent can be assessed quantitative and qualitative aspects of such incapability?

Many terms were often used and discussed under these conditions in several various aspects:

1. Which term is more appropriate: a negligible risk or better minimal risk of the procedure?



2. What is a minimal burden?

3. Which type of research is allowed or not on incapable people, non-therapeutic research or therapeutic research only?

4. Is the use of term incapable person acceptable by all countries?

For example, in Sweden it is difficult to say about anybody that he or she is generally incapable but only if he or she is not able to give his or her consent to any particular question or situation.

The rights for individuals in relationship to medical care are very complicated issues in consequences which are not mentioned in currently used rules or codes.

Ability of the person to decide which type of medical care (or intervention) to choose or better called **competence** of the person seeking for medical care has many factors which influence the decision making process of that person. About these factors is little known. The most important item is the reason for decision making and the degree of severity according to the later consequences. The other question is not only qualitative aspects of that problem but, and probably most interesting and important, is a quantitative assessment of patient's ability which is changing during the time. Some of these factors are loneliness or abandonment of the person which are temporary dependent and influenced differently the decision making process. Another factors are (according to J. Payne) a pain and/or suffering from somatic or cerebral disease, anxiety from the changing environment and difficult adaptation to that changes. Further important factors are coming death of such individual and its proximity but also the death of neighbour people from family or close friends. Very important factors are changes in brain function which are the result of age or organic changes in brain tissue or brain vessel. The competence can be divided according to different measures:

By age: The minors are not able to do legal decision because of unmaternity or their brain and body. These persons are legally incapacitated to do any decision. Various age is nominated for maturity age. In some cultures exists also problem of sexual inactivity: husband is the only responsible person for the further fate and any decision over his wife. For children's participation in the research is necessary also to hear the opinion of such minors (and for any other vulnerable person in a similar way) and to balance an opinion of such person. The generally accepted age in countries of western culture for such decisions is mostly calculated to 13 years. In these cultures these persons are considered to be sufficiently matured for such decision, which depends on education of individuals and community and the degree of information sources. In certain situations which take account of the nature and seriousness of the intervention as well as minors age and ability to understand the minors consent should increasingly carry more weight in the final decision. It is not impossible that the consent of the minor should be necessary or even sufficient for some intervention, but one should note the Convention on the Rights of the Child: „child who is capable of forming his or her own view the right to express those views freely in all matters affecting the child, the views of the child being given due weight in accordance with the age and maturity of the child“.

Furthermore, the participation in decision making process of adults not able to give to consent should not be totally ruled out. This idea is reflected in the obligation to involve the adults in the authorisation procedure whenever possible. That is necessary to explain to them the significance and circumstances of the intervention and then obtain their opinion even if this is not a determining factor.

This idea is coming from procedure of consent under normal condition.

The ability to decide can be influenced by mental state (only temporary) or disease (long lasting disorder which can be with progressive, stabile or variable course during the time) inherited or acquired or mental handicap which affect brain cognitive function and can be proved by objective methods (as inherited anomalies in metabolism or aquired disease proved by imaging methods) or disease which can be proved only by medical investigation of specialist - psychiatrist or psychologist. To that disorders we can generally count various type of psychosis many of them are of unknown etiology as a schizofrenia and to some extent manio-depressive psychoses.

The degree of competence may be influenced by severity of the responsibility according to consequences:

1. the decision for type of treatment, which can be conservative or operative, chronic or acute which can influence the life or death of such person
2. to decide and consider his or her participation in medical research of therapeutic or non-therapeutic nature
3. to decide about transplantation of his or her own tissue which can be regenerative as a bone marrow or non-regenerative as a kidney.
4. the decision-making in unconcious state of person which was known previously as a non-competent and other possibilty person who was previously fully competent

The incapacity to consent must be understood in the context of given intervention. This is in order to deprive people of their capacity of autonomy only in those cases where it is strictly necessary. Nevertheless, account has been taken of the diversity of legal systems in Europe: in some countries the patient's incapacity to consent must be verified for each intervention taken individually while in others the system is based on the institution of legal incapacitation by which the person is declared to be incapable of giving consent for more or several types of act. The role of coming Bioethic convention is not to introduce a unique system of incapacitation for the whole Europe but to protect effectively the person who is not able to give consent. To that purpose is necessary to make decision about capability for the consent on the basis of domestic law of any particular country.

However, in order to protect the fundamental rights of the human being and to avoid the application of dicriminatory criteria there is mentioned the list of reasons why an adult can be considered incapable of consent under domestic law, namely mental disability, a disease of similar reasons. The term similar reasons means the situations as accidents or coma states where the patient is unable to express, formulate or communicate his or her wishes. But the article does not state the reason why the

minors are incapable, but most of them as mentioned previously is the immaturity of brain and body or mental handicap.

When the person under domestic law is considered incapable of giving consent the Convention is giving the principle of protection because the intervention must be for direct benefit of the person. There are only two exceptions: medical research and removal of regenerative tissue (bone marrow) and on that questions were great discussions.

The research must be potentially beneficial to the health of person concerned. The potential benefit must be significant and direct which means to follow the potential results of the research. Also it is necessary to say that comparable results cannot be obtained owing to their specific character by research performed on individuals capable of giving consent. For example Alzheimer dementia has no treatment at the moment. Treatment can be done mostly in that phases of disease when the person is not fully capable to give consent. The necessary authorisation should be given specifically in writing and the person concerned should not object against the research. Exceptionally, when the research has no potential to produce the results with direct benefit to the health of the person the research may be allowed only if all items mentioned above are fulfilled. Such exception should be allowed by law and the research has the aim of contributing through significant improvement in the scientific understanding of the individuals condition, disease or disorder or help with the result to another person who has the same disease and the research has only minimal risk and minimal burden to such individual.

But, it is difficult to say if and when the research has benefit. All well prepared research is potentially beneficial but there is a reason why the scientist is doing the research. The reason for therapeutic research is insufficient knowledge of adequate treatment /for example for HIV infection/ or treatment is not satisfactory and only partially useful /interferon for chronic hepatitis caused by infection agent hepatitis B and C/ or contemporary treatment has many adverse effects (vaccination against rabies) or treatment is not fully convenient for the patients (different dosage and regimens for antibiotics treatment or peptic ulcer disease regimen for eradication of *Helicobacter pylori* which is now constituted to be the main cause of peptic ulcer disease). In the genuine research the scientist - physician cannot say if the new treatment will be better than the older one. Only these cases are the right subjects for research. The supposed high quality results depend on preliminary experimentation in chemical laboratory or animals, literary knowledge and good research protocol. But the final results are very difficult to suppose. In many cases the new treatment is worse than the previous ones, for example first H<sub>2</sub> blockers caused bone marrow suppression and only new developed substances were sufficiently safe. The therapeutic research involve not only new type of drug but also new regimen (H<sub>2</sub> blockers in divided doses or in one single dose) or new style of treatment (eradication of *H pylori* for treatment of old disease: or common medicaments in different regimen).

Very important is the extent to which incapable person can be a donor in transplantation of organs.

Basically there is not allowed to use the organs of incapacitated person for transplantation. Only one exception is possible. Bone marrow transplantation in such persons is justified by the fact that transplantation can be done only between compatible person, generally siblings. This allow to transplant a marrow from minor sibling to his brother or sister. But necessary is the close family relationship between donor and recipient which excludes only personal relationship. Another condition is the absence of fully capable donor. In case of donor refusing is the transplantation not allowed. Consent of the representative or the authorisation of the authority or body provided by law is necessary before procedure begins.

The draft of the Bioethic convention is prepared for the conclusion and final signing to be given to the member states ministers for official agreement. Nevertheless, there is still possible to add some changes because new pieces of knowledge and opinions appear every day.

# THE 5<sup>TH</sup> SYMPOSIUM ON MEDICAL ETHICS: INFORMED CONSENT & DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Institut humanitních studií v medicíně 1. LF UK ve spolupráci s The Hastings Center (New York) uspořádal - již opakovaně - symposium o lékařské etice. Konalo se pod vedením přednosty Institutu Dr. Jana Payne ve dnech 16. - 17. února 1996 ve Faustově domě v Praze. Ve čtyřech půldenních zasedáních bylo předneseno devět přednášek. Prvé dopoledne za předsednictví J. Šimka zahájil T. Hájek úvahou: „Human rights of an unborn child versus human rights of parents“. Následovalo sdělení M. Bojara: „Uniformed patients and uninformed consent in clinical trials“.

Druhému odpolednímu zasedání předsedal T. Hájek a přednášky byly věnovány těmto tématům: „Placebo and informed consent in clinical drug testing“ (J. Glasa), „Do not resuscitate orders and withheld or withdrawn treatment“ (R. Königová), „Informed consent in psychiatric and psychotherapeutic care“ (J. Šimek).

Druhý den symposia uvedl D. Callahan z Hastings Center přednáškou: „Truth telling in the context of doctor-patient relationship“. J. Payne předsedal i dalším sdělením: „Council of Europe on the competence of the patient“ (M. Kment), „Conditions and essential features of the contract in medicine“ (M. Bednář).

Sobotní zasedání zakončil J. Payne závěrečnou úvahou: „Foundation and formation of an agreement about treatment“, kde připoměl, že první knihu o autonomii napsal v 15. století Pico della Mirandola.

Všechna témata byla velmi aktuální („...technical skills do not turn automatically in moral skills ...“), zájem lékařské veřejnosti byl pramalý. Avšak ti, kdo se sešli, se skutečně zajímali o tyto problémy, takže atmosféra byl výborná, debata živá a bohatá. Umožnila to velmi dobrá organizace, jež vyhradila na každou přednášku půl hodiny a na následující diskusi též půl hodiny.

Organizátorem symposia byla 1.LF UK, ale z devíti přednášejících byli tři ze 3. LF UK, proto přednesené příspěvky předkládáme (jeden v původním stavu, dva byly přeloženy do češtiny).

# STÁVKA LÉKAŘŮ A LÉKAŘSKÁ ETIKA

Jiří Šimek

V posledních měsících se v naší společnosti často a s mnoha emocemi diskutuje o stávce lékařů. Krátká stávka proběhla v loňském roce na podzim, další je chystána na 25.3.1996. V hromadných sdělovacích prostředcích se argumentuje pro a proti stávce, častou námitkou proti bývá apel na etickou stránku lékařského povolání a odvolávání se na Hippokratovu přísahu. Podíváme-li se na debatu o stávce lékařů z pohledu lékařské etiky, již při prvním přiblížení vidíme, že je zde užívána řada pojmů bez snahy o jejich přesnější vymezení, morální apel je užíván bez hlubší znalosti argumentace etického rozvažování. Pokusme se tedy si rozebrat etickou stránku stávky poněkud zasvěceněji.

Vzbouření emocí v debatě o stávce lékařů nelze podceňovat ani přehlížet, má řadu reálných důvodů. Jde o mnoho. V sázce jsou vysoce ceněné, společensky významné hodnoty. Občanům, ať již nemocným, nebo zdravým, ale nemocí či úrazem kdykoliv ohroženým, jde o život a zdraví, tedy o hodnoty, které jsou předpokladem naplnění téměř všech ostatních lidských hodnot. Lékaři dávají v sázku svou společenskou vážnost, jejíž narušení jim znemožní zařadit se na jim přiměřené místo ve společnosti, což nutně přinese i pro ně nežádoucí ekonomické důsledky. Političtí představitelé se během stávky lékařů dostávají do zvlášť nevýhodné situace, protože, jak se dále zmíníme, správně vnímají stávku lékařů jako projev nesouhlasu s jejich praktickou politikou, přitom souhlas se stávkujícími znamená nepřímé uznání vlastních chyb, nesouhlas přináší riziko, že veřejnost dá za pravdu stávkujícím lékařům, pak nutně poklesne vážnost politiků a tím i jejich volební preference. Závažnost sporu lékařů a politiků ještě dále zvyšuje fakt, že obě skupiny nebojují jen každá sama za sebe, ale ve hře jsou i zájmy pacientů na jedné straně a zájmy občanů - voličů na straně druhé. A právě proto, že jde o významné lidské hodnoty, považujeme za nutné vnést do debaty o stávce lékařů racionální etickou argumentaci. A kdo jiný by se měl tohoto úkolu ujmout, než Ústav lékařské etiky.

První nedorozumění v debatách o stávce lékařů lze tušit v chápání významu a poslání morálky jako takové. V dobách nedávno minulých žít v pravdě a dbát alespoň hlavních mravních principů jako je občanská solidarita, pravdomluvnost,

nepřisvojování si věcí, které mi nepatří a pod. si v zemích východního bloku vyžadovalo určitý mravní heroismus a ochotu k oběti. Tak nám v našem povědomí zůstala mravnost spojená s altruismem a sebeobětováním a máme sklon zapomínat, že mravnost je především postavena na akceptaci lidské svobody a na schopnosti člověka rozpoznávat dobro a zlo a z tohoto pohledu hodnotit lidské skutky. Zapomínáme, že morálka je především sebereflexí otevřenou racionální argumentací, a že obecné zásady se závaznou platností hledáme v racionálním diskursu, stejně jako způsoby, jak v konkrétní situaci pod toto obecné subsumovat zvláštní. Altruismus a ochota k oběti jsou sice důležitými prvky mravního chování, stejně důležité je však i prosazení práva a rozhodné zastání se slabšího. Filosofická stanoviska neodpírání zlému nebyla nikdy všeobecněji přijata.

T.G. Masaryk (Světová revoluce) praví: „Nedovedl jsem s učením (Tolstého) o neodpírání zlu souhlasit. Držel jsem proti němu, že se zlu musíme protivit každý stále a ve všem, a postavil jsem proti Tolstému jako pravý humanitní cíl: být stále na stráži, překonat staré ideály násilí a ideály rekovnictví a mučednictví, energicky a s láskou se oddat práci drobné, pracovat a žít! V nejkrajnějším případě odpírat násilí a útoku i železem - bránit sebe i jiných proti násilnosti.“

A dále: „... Postavte se na takové stanovisko praktické: musí-li již být zabit jeden, tedy ať je zabit útočník! Proč má být zabit člověk neútočící, nic zlého nepodnikající a ne člověk, který chce zlé a vraždí?“

Zamítneme-li mravní postoj neodpírání zlému, nutně se dostáváme k otázce, je-li lhotejné či mravně významné, jaké prostředky k obraně hodnot použijeme. Tedy, zjednodušeně řečeno, musíme se jednoznačně postavit k problému obsaženému ve známém rčení, připisovanému někdy jesuitům: Účel svěť prostředky. Také musíme zodpovědět otázku zodpovědnosti za následky toho či onoho dobře myšleného jednání. Z filosofického hlediska nelze oddělit prostředek a cíl. Prostředky volíme na základě znalosti cíle, ale cíl je zvolenými prostředky současně i určován. Prostředek můžeme obrazně vidět jako cestu k cíli. Cestu většinou volíme podle toho, kam chceme dospět. Cíl můžeme sice upřesňovat, když jsme již zvolili cestu, ale nelze dojít cíle cestou, která tím směrem nevede. Podobně nelze dosáhnout dobrého cíle v plném významu toho slova, zvolíme-li nedobré prostředky.

Hledáme-li oporu pro toto tvrzení v dílech klasické filosofie, nemůžeme minout Hegela s jeho schopnosti vidět dialektickou jednotu protikladných určení pojmu. Spíše než problém prostředků a cíle řeší ve svých Základech filosofie práva otázku vztahu úmyslu či záměru, činu a následků, což je velmi blízký a pro mravní hodnocení stávký lékařů též relevantní problém. V § 117 říká: „Samostatně jednající vůle má ve svém účelu, zaměřeném na dané jsoucno představu jeho okolností. Ale protože je díky tomuto předpokladu konečná, je pro ni předmětný jev nahodilý a může v sobě obsahovat něco jiného než v její představě. Vůle však má právo uznávat ve svém činu za své jednání jen to, a nést vinu jen za to, o čem ví jako o předpokladech tohoto činu ve svém účelu, co z toho bylo v jejím záměru.“

V § 118 Hegel pokračuje: „Dále jednání zasazené do vnějšího jsoucna, jež se podle své souvislosti ve vnější nutnosti rozvíjí na všechny strany, má různé následky. Následky jakožto podoba, jejíž duší je účel jednání, jsou jeho, - ale zároveň je jednání jakožto do vnějškovosti kladený účel vydáno na pospas vnějším silám, které k němu připínají něco zcela jiného, než čím je jednání pro sebe, a které ho vláčejí do vzdálených, jemu cizích následků. Vůle má právo přičítat si jen první následky, protože jen ony spočívají v jejím záměru.“

Ve své poznámce pak vysvětluje: „Které následky jsou náhodné a které nutné, zůstává neurčeným proto, že vnitřní nutnost v tom, co je konečné, vstupuje do jsoucna jako vnější nutnost, jako vzájemný vztah jednotlivých věcí, které se jako saomostatné chovají k sobě navzájem lhostejně a vnějškově. Zásada: při jednáních nedbát konsekvencí, a druhá zásada: posuzovat jednání podle následků a učinit je měřítkem toho, co je správné a dobré - to obojí je stejně abstraktní rozvažování.“ „Jednání proto nemůže následky popřít ani jich nedbat. Avšak obráceně je v následcích rovněž zahrnuto to, co zasahuje vnějškově a co k tomu náhodně přistupuje, to co se nikterak netýká povahy samotného jednání.“

Ve veřejných debatách o stávce lékařů je pozoruhodné, jak málo diskutujících věnuje pozornost definici klíčového slova debaty - stávka. Stávkou obvykle míníme protestní zastavení práce, bez ohledů na rozličné následky takové akce. Stávkují-li železničáři, kontrolori letového provozu, dělníci, či pracovníci administrativy, považuje se za samozřejmé, že nejezdí vlaky, nelétají dopravní letadla, zastaví se výroba či přeruší se funkce úřadu. Považuje se za samozřejmé, že stávka má ekonomické, sociální, psychologické, někdy snad i zdravotní následky. Stávkují-li lékaři, a veškerá dostupná literatura to potvrzuje, na rozdíl od všech ostatních se starají, aby ve skutečnosti zdravotní služby v nějaké podobě, chránící životy a zdraví nemocných, fungovaly. Je otázkou, zda za těchto okolností máme právo nazývat takovou protestní akci stávkou. Vzácně bývá v debatě použit termín občanská neposlušnost. Na první pohled se zdá být toto označení vhodnějším, když si ale uvědomíme, že termín občanská neposlušnost byl již vícekrát použit v jiných významech (např. pro boj Indů pod vedením Ghándího proti Anglických kolonialistům), i zde zůstávají určité rozpaky. Navíc v období prosazování lidských práv nám zní poněkud disonantně termíny „poslušnost“ a „neposlušnost“, když neobsahují odkaz, komu a proč je jednající povinen poslušností. Můžeme tedy zůstat u pojmu stávka lékařů, z naší argumentace ale musí být patrné, že „stávka lékařů“ není zvláštním případem „stávky“ obecně, že „stávka lékařů“ je terminus technicus označující jev zcela specifický, jen vzdáleně připomínající „stávku“ v běžném slova smyslu. Není tedy možné připustit kritiku „stávky lékařů“ jako „stávky“ v medicíně, automaticky předpokládající přerušování všech aktivit lékaře, analogicky ke „stávce“ v kterékoliv jiné oblasti lidského konání.

Podobná nedorozumění panují kolem některých výroků, použitých v debatě. Příkladem může být tvrzení, že „stávka musí nemocného bolet“. Tato věta byla opakovaně kritizována, i když jde ve skutečnosti o větu tautologickou. Stávka, která



„neboli“, nemá smysl. Pokud něco z původního významu slova „stávka“ ve „stávce lékařů“ zůstává, pak toto. Adekvátnější reakcí by bylo zeptat se autora tvrzení, co míní slovem „bolet“. Ukázalo by se, že pacienta bude „bolet“, když dostane se zpožděním potvrzený tiskopis pracovní neschopnosti, když žena bude muset jet za interrupcí jinam, než původně předpokládala (těhotenství není choroba) a pod. Taková „bolest“ neohrožuje ani zdraví ani životy pacientů a lze jí z etického hlediska obhajovat.

Stávka, která není lékařská, mívá nejčastěji dva motivy: ekonomický, především zvýšení platu zaměstnanců, a zápas o zlepšení pracovních podmínek (na př. horníků v dolech). Při boji za zvýšení platů můžeme rozpoznávat dvě odlišné situace. Stávka pracujících ve výdělečných podnicích směřuje k jinému rozdělení zisku, její úspěšnost tedy závisí na prosperitě podniku a ochotě vedení změnit způsob rozdělování zisku. Stávka pracujících placených ze státního rozpočtu (učitelé, státní úředníci), se netýká ani prosperity, ani rozdělení zisku, ale politického rozhodnutí, kolik se ze státního rozpočtu oddělí na mzdy a jak se tato částka rozdělí. V nedávných dobách socialistické společnosti byly vlastně všechny platy určeny politickým rozhodnutím, právem tedy byla stávka vnímána jako kritika politiky, a jako taková i trestána. Zde je možná zdroj snahy dnešního vedení odborů ovlivňovat politiku, jako neporozumění nové době.

Motivem stávky lékařů bývají ekonomické požadavky, podobně jako u ostatních stávek, současně se ale (spíše než požadavky týkající se pracovních podmínek) pravidelně objevuje problém role lékaře ve společnosti a jeho společenského ocenění. Problém mění se role lékaře a ostatních zdravotnických pracovníků v posledních desetiletích je trvalou součástí debat a textů v oblasti lékařské etiky, objevuje se též jako konstantní součást debat o moderních zdravotnických systémech. Vzdělanost laiků a jejich informovanost o medicínských problémech roste, stejně jako přesah medicíny do ostatních oblastí - ekonomické, sociální a pod. V těchto souvislostech narůstá potřeba novým způsobem definovat autoritu, pravomoce a tím i zodpovědnost lékařů. Potřeba nové definice naráží na tzv. hippokratovskou tradici, která až dosud po mnoho století problém velmi uspokojivě řešila. Tuto staletou tradici korigovat a obohatit tak, aby zůstaly zachovány původní ideály v modernější podobě je velmi obtížné a nelze se proto divit, že proces definice nové role lékaře ve společnosti trvá leta a nikde na světě nebyl ještě upokojivě vyřešen. Oba motivy, ekonomický a obhajoba autority lékaře, se někdy obtížně oddělují. Na př. v r.1983 stávkovali francouzští lékaři proti rozhodnutí vlády změnit platovou klasifikaci lékařů na lékařských fakultách. Všichni vysokoškolští učitelé byli zařazováni do dvou klasifikačních tříd, A či B. A třída byla lépa placená, lékaři na lékařských fakultách byli všichni v třídě A. Byl boj proti zavedení stejné klasifikace na lékařských fakultách bojem o udržení platu, nebo za udržení prestiže?

Stávka lékařů bývá často zápasem s politickým vedením státu, protože to rozhoduje o způsobu placení lékařských služeb. Vedle zmíněné stávky francouzských lékařů může být příkladem stávka kanadských lékařů v r. 1984 proti zákonu zakazujícímu přijímání plateb od pacientů navíc nad rámec pojištění (extra billing). I zde byla ve hře mimo financí autonomie lékařů a jejich role ve společnosti (dominance ve zdravotnictví).

Při protestních akcích lékařů se zvyrazňuje jejich velmi těsná vazba na pacienty. Slyšíme argumenty, že ve stávce se pacienti stávají rukojmím lékařů. S tím lze souhlasit, ale současně nutno upozornit, že i naopak je lékař rukojmím svých pacientů. Jednak je výrazně omezen ve výběru svých prostředků protestu (účel nesvětí prostředky a v sázce jsou příliš vysoké hodnoty), navíc je lékař v podstatě placen ze stejného balíku peněz jako ostatní zdravotní služby. Nezbyvá-li na platy lékařů, chybí peníze i na léky a na zdravotnický materiál, a naopak, je-li dost peněz pro pacienty, na lékaře též zbyde. Zápas za zlepšení ekonomické situace lékařů se proto vždy odehrává na pozadí boje o zvýšení toku peněz do celého zdravotnictví. Kde je hranice mezi sobeckým bojem za vlastní ekonomické zájmy a altruistickým bojem za ozdravení toku peněz ve zdravotnickém systému je vždy obtížné, ne-li nemožné rozhodnout.

Podobně jako v zápase o ekonomické aspekty ve zdravotnictví, ani ve svém zápase o adekvátní definici svého postavení a role ve společnosti není možné oddělit zájmy lékařů od zájmů jejich pacientů. Otázka, do jaké míry má být lékař veden ve svém rozhodování pouze odbornými hledisky, nebo také ekonomickými, je nejen otázkou odborné autonomie lékařského rozhodování, ale též otázkou práv či povinnosti solidarity nemocného člověka. Otázka, do jaké míry má pacient právo rozhodovat o diagnostických a léčebných postupech je současně otázkou na míru zodpovědnosti lékaře. Zápas za autonomii a dominanci lékaře má jistě souvislost s jeho ješitností a potřebou se odlišit, ale je též zápasem za právo lékaře chránit nemocného před ekonomizací rozhodování v medicíně a před jeho vlastními nedomyšlenými a nedostatečně kvalifikovanými rozhodnutími.

Řekli jsme, že stávka lékařů je často i zápasem s aktuální politickou mocí ve státě. Nutno si tedy také položit otázku, do jaké míry je tato stávka bojem proti politickému uspořádání státu. Tuto otázku řeší velmi uspokojivě J. Rawls ve své Teorii spravedlnosti. Ve své argumentaci ukazuje, že protestní akce, i typu stávky, v demokratické společnosti, kterou snad nyní rozvíjíme, nesměřují proti podstatě společenského uspořádání, ale proti dílčím nespravedlnostem, které jsou nutnou součástí každého demokratického systému. V kapitole o občanské neposlušnosti říká: „Jako vždy předpokládám, že dotyčná společnost je takřka spravedlivá. Z toho pak plyne, že má určitou formu demokratické vlády, i když v ní mohou existovat vážné nespravedlnosti.“ „S občanskou neposlušností tedy zamýšlíme oslovit smysl většiny pro spravedlnost a poukázat na to, že podle našeho upřímného a uváženího mínění byly podmínky svobodné kooperace porušeny. Vybízíme jiné osoby, aby to znovu uvážily, vmyslely se do naší situace a uznaly, že nemohou od nás očekávat trvalé smíření s podmínkami, jež jsou nám vnucovány.“ „Rezistence proti nespravedlnosti v mezích věrnosti zákonům napomáhá zamezovat porušování spravedlnosti, a pokud k němu dochází, tak je koriguje. Obecná připravenost ospravedlňovat občanskou neposlušnost dodává stabilitu dobře uspořádané nebo takřka spravedlivé společnosti.“

Když jsme si definovali základní pojmy a ujasnili si některé charakteristiky stávky lékařů, můžeme se pokusit odpovědět na otázku zda a za jakých okolností lze považo-

vat stávku lékařů za mravně ospravedlnitelnou.

Proti stávce lékařů, jak jsme ji definovali, nelze z mravního hlediska nalézt dostatek argumentů. Je v souladu s morálkou lidských práv (právo na spravedlivé ocenění odvedené práce), je ale také v souladu s morálkou zodpovědnosti (lékař prakticky nikdy nestávkuje jen za sebe, v naprosté většině chrání během stávky zdraví a životy svých pacientů). Protože, jak jsme si ukázali, jsou zájmy lékařů těsně propojeny se zájmy jejich pacientů, je nejen jejich právem, ale za určitých okolností i povinností prosazovat své ekonomické a společenské zájmy.

Jako pacient bych se obával lékaře, kterému se během operace vnucuje problém, jak bude financovat vzdělání svých dětí, kdo mu opraví akutní poruchu na autě a zda bude mít peníze na zaplacení opraváře. Obával bych se lékaře, který nastupuje week-endovou službu s obavou, co si počne jeho rodina s nemocným dítětem v situaci, kdy nemá doma telefon a pod. Požaduje-li společnost od lékaře takové soustředění na práci, jakou si jeho povolání vyžaduje, je povinna mu připravit takové podmínky, které z ekonomického, sociálního i psychologického hlediska požadované soustředění dovolí. Otázka tedy zní: Vyžadujeme od lékaře větší soustředění, sankcionujeme jeho selhání více než selhání ostatních občanů? Pakliže ano, a lékaři dnes toto stanovisko obhajují, je povinností společnosti lékaře i lépe ekonomicky zajistit než ostatní.

Jestliže dnešní doba preferuje ekonomickou situaci jedince jako ukazatel jeho společenské prestiže a autority, musí lékaři upozorňovat, že i oni mají právo mít své společenské postavení vyjádřeno v ekonomických ukazatelích.

I když lékaři obvykle chrání zdraví a životy svých nemocných i během stávky, nelze popřít, že stávka obsahuje i určité riziko, protože lékařské služby jsou přece jen omezeny. Měli by tedy lékaři pečlivě vážit své motivy a nestávkovat s důvodů maličerných. Upozornili jsme dříve, že ani nejsvětější účel neospravedlňuje špatné prostředky. Také jsme citovali Hegela, který sice vidí jednotu zamýšleného a nezamýšleného následku, je přece ochoten stanovit meze viny a meze povinnosti zohledňovat všechny následky, které různý souběh náhod může přinést.

Jestliže tedy žena, putující za interrupcí do jiného města než původně předpokládala, utrpí vážné zranění při autohavarii, nebo když někdo onemocní v souvislosti s rozrušením, že nemůže pohřbít blízkého člověka v obvyklé době, nemusí lékaři přijmout zodpovědnost za takové zdravotní komplikace, i když nastaly v jakési souvislosti se stávkou. Je ale jejich povinností zajímat se o osud nemocného, který hledá pomoc v zdravotní nouzi. Jak ukázaly zkušenosti ze stávky lékařů v Izraeli v r. 1983, méně adaptivní občané se cítili být stávkou více poškozeni, měli především problémy při vyhledání lékařské pomoci. Měli by tedy lékaři, chystající stávku, jasně deklarovat, kde a jak nalezne nemocný v akutní nouzi potřebného lékaře.

Dle Rawlse se stávkující obracejí k občanům jako k určitým rozhodčím mezi nimi a politickou mocí. Spoluobčany je ale často nutné důrazně upozornit, že problém existuje. Zde je jeden z hlavních důvodů, proč platí, že stávka která nebolí, nemá smysl. Pokud lékaři zorganizují svou stávku tak, že všichni budou vědět, že se „nic nemůže

stát“, těžko lze očekávat potřebnou pozornost spoluobčanů, na druhé straně si ale nemohou dovolit fakticky zdraví a životy ohrozit. Toto jen velmi obtížně řešitelné dilemma dle mého názoru opravňuje lékaře do jisté míry bluffovat, tedy záměrně hrozit většími sankcemi než ve skutečnosti plánují, opravňuje je dovolit nebo dokonce nahrát novinářům, aby dle běžných zvyklostí zveličovali riziko plánované stávky, a aby je v předstávkovém období obviňovali z nejrůznějších úmyslů, které jsou jim ve skutečnosti cizí. Dle biblického citátu „po ovoci je poznáš“ mohou lékaři věřit, že veřejnost po stávce, která nikoho nepoškodila, uzná, že sehráli svou při způsobem v tu chvíli jediným možným. Podívejme se nyní na současnou situaci u nás a na vyhlášenou stávku lékařů z výše uvedených hledisek. Otázku obecné přijatelnosti stávky jsme již zodpověděli. Zbývá odpovědět na druhou otázku: Jsou dostatečné důvody pro vyhlášení stávky nyní?

Když prvně vystoupil Lékařský odborový klub se svým odhodláním vstoupit do stávky, vzbudilo toto rozhodnutí jak mezi lékaři tak i v laické veřejnosti značné rozpaky. Pro ty, kdož nebyli svědky marného zápasu lékařské komory s politickými představiteli státu a s ministerstvem zdravotnictví, ve kterém odborně fundované argumenty lékařů nebyly brány s dostatečnou vážností, připadaly mzdové požadavky klubu jako příliš sobecky primitivní a nereálné. Teprve pozdější vývoj ukázal, že trvání si na jednoduchém požadavku zvýšení mezd lékařů mělo ve veřejné debatě svůj smysl. Ukázalo se, že v současném systému financování zdravotnictví nejen že nelze nalézt peníze na dvoj či trojnásobné zvýšení platů, jako je požadoval LOK, ale není možné ani navýšení mzdy o deset až dvacet procent, které by i ti šetrnější lékařům přáli. Také se ukázalo, že ekonomická situace všech složek našeho zdravotnictví je tak napjatá, že vskutku není kde vzít. Ministr zdravotnictví věnoval velké úsilí aby realizoval slíbené navýšení hodnoty bodu, prozatím marně.

V této souvislosti nelze než připomenout varovný hlas některých ekonomů: Do zdravotnictví sice plyne, jak se dovídáme od našich politických představitelů, asi 7% hrubého národního produktu, podobně jako ve všech vyspělých státech světa. Jenomže náš hrubý národní produkt činí na hlavu asi 15% stejné hodnoty v Německu. Je srovnatelný s hodnotami platnými v Turecku, v žádném případě ne s hrubým národním produktem států západní Evropy. Neměl již dávno tento fakt vést k pochopení, že peníze plynoucí do zdravotnictví prostě nemohou zaplatit služby, jaké si průměrný občan, srovnávající Českou republiku se západoevropskými státy, a obvykle ne s Tureckem, představuje?

V současné veřejné debatě se dále ukazuje, že ve skutečnosti neexistuje funkční koncepce zdravotnického systému, která by zohledňovala všechny podstatné prvky současné situace. Taková koncepce ani není v dohledu. Vládní zdravotnickou politiku lze přistihnout při některých inkonsistencích - jako jeden z důvodů špatné ekonomické situace ve zdravotnictví bývá udávána i nepoctivost lékařů: honí se za body, nemocné zvou na množství zbytečných vyšetření. Současně je vláda rozhodnuta prosadit deregulaci lékařských mezd. Regulace mezd byla přece jedinou ochranou před

ekonomickým vysáváním krachujících podniků neoprávněně vysokými mzdami. U nepoctivých lékařů, honících se za každou cenu za body, vláda takové riziko nevidí?

Před půl rokem byl vydán nový ceník léčiv, postavený na generických názvech léků. Jak to, že dosud nikdo nevyšlil kolik, a zda vůbec se ušetřilo? Jak to, že ceny léků rostou rychleji než inflace? Existuje stále regulace cen energie a nájemného. Pro tuto regulaci je řada rozumných důvodů. Proč nejsou regulovány ceny léků?

26.2.1996 v TV zprávách TV Nova (19.30) upozorňuje náměstek ministra zdravotnictví JUDr Aleš Dvouletý české občany, že zvýšení platů lékařů by šlo z peněz daňových poplatníků. Proč to říká? Copak to lidé nevědí? Jeho plat jde z jiných zdrojů?

V současné době se k Lékařskému odborovému klubu přidávají odboráři, komora tiše souhlasí, ředitelé nemocnic nevyhrožují. Je to náhoda? Nebo jsou všichni pomýleni, jak byla zvykem říkat v dobách nedávných? Nebo přece jen nejsou důvody lékařů ke stávce tak malicherné?

Pokusme se shrnout důvody, kterými dnes lékaři zdůvodňují své oprávnění k vyhlášení stávky.

a) Do zdravotnictví nepochybně teče méně peněz, než takto rozjetý systém potřebuje.

b) Vzhledem k tomu, že neexistuje koncepce, zohledňující všechny důležité prvky současné situace, nelze očekávat, že bez důrazného protestu dojde v dohledné době k smysluplné a funkční korekci současného systému financování zdravotnictví.

c) Chování vládních a politických představitelů vzbuzuje v lékařích stále intenzivnější dojem podceňování vážné ekonomické situace ve zdravotnictví, dojem snahy vysvětlit veškeré obtíže chováním lékařů a lékařských společností a snahy nechat veřejnost zapomenout, že vedle lékařů jsou v systému ještě farmaceutické společnosti a instituce dodávající zdravotnické přístroje a materiál, a to bez jakékoliv regulace, a že hlavní zodpovědnost za chod zdravotnického systému nemůže převzít nikdo jiný než vláda a parlament, protože v jejich kompetenci jsou rozhodnutí o dělbě a způsobu využití veřejných prostředků. d) Intenzivní jednání představitelů lékařů (komory, odborového svazu, odborového klubu, odborných společností) dosud nevedlo k patrnějšímu efektu.

Do jaké míry jsou důvody lékařů pro stávku oprávněné nemůže s konečnou platností zhodnotit nikdo jiný než občané a historie.

Závěrem se vyrovnejme ještě s jednou námitkou proti stávce lékařů. Stávka přichází nevhod, krátce před volbami. Jistě bude v předvolební kampani zneužita, lékaři tím poslouží stranám, se kterými většinou nesouhlasí. Jako odpověď nám nezbyvá než opět citovat z J. Rawlse: „Poslední instancí však není ani soud ani výkonná nebo zákonodárná moc, ale celé voličstvo. Na ně se určitým způsobem obrací občanská neposlušnost. Tak dlouho tu nehrozí žádná anarchie, pokud se koncepce spravedlnosti prakticky dostatečně shodují a občané respektují podmínky pro možnost občanské neposlušnosti.“ „Když se však zdá, že oprávněná občanská neposlušnost ohrožuje občanský mír, nepadá odpovědnost na protestující jedince, ale na ty, jejichž zneužívání úřední moci ospravedlňuje takový odpor.“

# INFORMOVANÝ SOUHLAS U PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ A U NEMOCNÝCH V PSYCHOTERAPEUTICKÉ PÉČI

---

Jiří Šimek

---

Informovaný souhlas v psychiatrii je dobrým modelem pro porozumění základním principům a různým etickým aspektům problematiky informovaného souhlasu. Existence dvou různých východisek, můžeme říci i dvou různých škol - dynamické (psychoterapeutické) a biologické (psychofarmakologické) - vede často k různým chybám při sdělování potřebných informací. Další modelovou situací přináší zvláštnost psychiatrických nemocných z hlediska dynamických změn jejich schopnosti zhodnotit adekvátně svou situaci a učinit rozhodnutí. V několika dnech může plně kompetentní pacient ztratit téměř úplně svou kompetenci a musí být přijat k hospitalizaci proti své vůli. Po několika dalších dnech či týdnech může být schopnost rozhodování opět úplně upravena. Tato dynamika v změně kompetence u psychiatrických nemocných ukazuje názorně, že kompetence není stabilním rysem, který buď je nebo není přítomen, naopak ukazuje potřebu podrobnějšího rozpracování koncepce informovaného souhlasu.

Nejdříve se zmíníme o problému poskytování správné informace v psychiatrii. Již jsme upozornili, že existují dvě různá východiska (dynamická a biologická psychiatrie), a že příslušníci jedné či druhé školy mívají sklon nekriticky upřednostňovat tu svou a zapomínají, že neexistuje žádný vědecký důkaz pro takovou preferenci. Stejný pacient z okruhu neurotických poruch dostane nabídku psychoterapie od psychoterapeuta a nabídku sedativní terapie od psychofarmakologa. Oba často opomenou podat podrobnější informaci, že existují dvě rozdílné možnosti, a že obě mají své výhody

a nevýhody. Psychoterapie je bolestivý, dlouhotrvající proces, velmi mnoho závisící na pacientově schopnosti a ochotě spolupracovat, ale nabízí lepší porozumění sobě a stabilnější účinek. Psychofarmakologie poskytuje okamžitou úlevu bez větší námahy nemocného, ale farmaka často postupně ztrácejí svou účinnost a psychické obtíže se často navracejí po jejich vysazení.

Pokud lékař nepodá pacientovi poctivou informaci, není možné hovořit o jeho informovaném souhlasu s psychoterapií nebo s farmakologickou léčbou. Když s kolegy hovoříme, psychoterapeuti i psychofarmakologové jsou schopni vysvětlit, proč preferují právě to své východisko a mohou ukázat řadu příkladů dokumentujících oprávněnost jejich předpokladů. Oba mají své dobré zkušenosti, které vedou ke zcela rozdílným závěrům.

Tato situace nás přivádí k velmi důležité otázce: Do jaké míry je zkušenost lékaře validním zdrojem informací? Nebylo by vhodnější zapomenout na jakoukoliv zkušenost a sdělovat nemocným pouze výsledky vědeckých studií? Na druhé straně ovšem je otázka, co by si pacient počal s vědeckou informací, když mu chybí zkušenosti s jejím použitím.

Řešení tohoto dilematu musí být dialektické. Lékař je povinen testovat vědeckou znalost ve své zkušenosti. Zkušenost mu může ukázat užitečnost a použitelnost v praxi různých výsledků vědecké práce. Ale současně je povinen dávat pozor na možný konflikt vlastní zkušenosti s vědecky oprávněnými závěry. Tak může psychoterapeut zažívat užitečnost a praktickou aplikovatelnost psychoterapeutických postupů, současně by si ale měl uvědomovat, že neexistuje žádný vědecký důkaz pro upřednostnění jeho zkušenosti. Podobně psychofarmakolog může pozorovat rychlý ústup psychických obtíží nemocného během medikace, může také vědět z odborné literatury, že psychofarmaka jsou vyvíjena na vědeckém základě a že proto ve své práci stojí na pevných vědeckých základech, současně ale musí připustit, že žádná exaktní vědecká znalost nemůže pacientovi pomoci řešit osobní a sociální problémy, a že zde nabízí psychoterapie lepší pomoc. Teprve pak mohou oba zhodnotit všechny klady a zápory obou přístupů a zprostředkovat nemocnému správnou informaci.

Lékař, který chce respektovat autonomii nemocného, musí jej informovat o všech důležitých vedlejších účincích každé zvažované léčby. Nejsm si jist, zda všichni psychoterapeuti informují své pacienty o riziku rozvoje závislého vztahu a o riziku zneužití takového vztahu nezralým terapeutem.

V této souvislosti je nutné zmínit ještě jednu problémovou skupinu nemocných - tzv. psychosomatických nemocných. Tito pacienti mají množství somatických obtíží, ale žádnou organickou patologii. Máme mnoho dobrých důvodů se domnívat, že skutečná příčina jejich obtíží je v poruchách jejich emočního života. Naše zkušenosti, dynamika obtíží nemocných a logika našeho chápání psycho - somatických vztahů náš názor ospravedlňuje. Avšak opět, když pracujeme s těmito nemocnými, máme tendenci zapomínat, že neexistuje žádný vědecký důkaz našich předpokladů. Abychom byli spravedliví, musíme připustit, že práce s psychosomatickými pacienty bývá

velmi obtížná. Mnozí totiž potřebují a vyžadují autoritativního lékaře. Když lékař ukáže svou nejistotu, může to vést k narušení terapeutického vztahu. Proto stojíme často před rozhodnutím zda podat pravdivou informaci o našich nejistotách, nebo poněkud podvést pacienta naší ne zcela oprávněnou sebedůvěrou v zájmu zlepšení jeho stavu. Jsem přesvědčen, že jsou možné oba postupy, ale musíme si být vědomi, jaký druh etického rozhodování v této situaci provádíme.

V úvodu jsme zmínili, že psychiatrický pacient se liší od ostatních skupin nemocných dynamikou změn jeho schopnosti adekvátně zhodnotit svou situaci a udělat správné rozhodnutí. To je velmi důležité východisko pro porozumění koncepcie informovaného souhlasu. Dynamika změn kompetence psychiatrických nemocných upozorňuje na některé zvláštnosti medicínského pojetí kompetence.

Především je značný rozdíl mezi právním (legislativním) a psychiatrickým stanovením kompetence. Z právního hlediska je člověk od určitého okamžiku (v naší republice od 18 let) plně kompetentní a má právo udělat jakékoliv rozhodnutí. Někdy se stane, že soud prohlásí někoho za nekompetentního (nesvéprávného), a to buď plně nebo jen k určitým úkonům. Tak se může stát, že člověk, který je de jure nekompetentní (jako důsledek soudního rozhodnutí) nemusí být nutně de facto nekompetentní udělat mnohá rozhodnutí. A může to být i naopak: de facto nekompetentní člověk může být právně svéprávný. Je zřejmé, že lékař pracující na psychiatrickém oddělení musí dát přednost vlastnímu zhodnocení kompetence nemocného před jeho právním statutem.

Jak jsme se již zmínili, v několika dnech může plně kompetentní pacient zcela ztratit svou kompetenci, a po několika dnech či týdnech jí opět nabýt v plném rozsahu. Proto ve skutečnosti musíme hodnotit kompetenci nemocných každý den znovu.

Konečně si musíme být vědomi, že když stanovujeme kompetenci nemocného, provádíme zcela zvláštní druh diagnostiky. Otázka přítomnosti kompetence je základní součástí informovaného souhlasu. Přitom schopnost dát souhlas se liší nejen s klinickým stavem nemocného, ale také s předmětem souhlasu. Pacient, který není schopný rozhodnout o své hospitalizaci, může být schopný rozhodnout, zda bude pít k snídani kávu nebo čaj, jestli chce lůžko u okna či u dveří a zda se chce setkat se svými příbuznými.

Proto je nutné dát do vztahu požadavek na stupeň kompetence pacienta a předmět rozhodování. Čím vyšší riziko přináší rozhodnutí nemocného, tím vyšší stupeň kompetence musíme požadovat, abychom mohli přijmout informovaný souhlas nebo informované odmítnutí péče nemocného.

Existují různé způsoby stanovování stupně kompetence. Pro účely tohoto textu zmíníme nejjednodušší metodu, která zná tři stupně:

- a) prostou schopnost vyjádřit preferenci,
- b) schopnost porozumět informaci a zhodnotit vlastní situaci,
- c) schopnost odůvodnit své rozhodnutí a zvážit a promyslet důsledky tohoto rozhodnutí.



Jestliže pacient žádá o kontakt s příbuznými, odmítá vitaminy nebo žádá o šálek kávy, může nám stačit nejnižší stupeň kompetence, stačí, když je schopen vyjádřit své přání. Naopak, když jde o podávání život zachraňujících antibiotik nebo o přijetí k hospitalizaci během akutní psychotické epizody, musíme požadovat nejvyšší stupeň kompetence.

Je obvyklé, že požadujeme jen malý stupeň kompetence, pokud pacient s lékařem souhlasí, nejvyšší stupeň, když odmítá navrhovanou léčbu. Zcela opačná situace je při rozhodování o zařazení do biomedicínského výzkumu. Zde je validní informovaný souhlas podmínkou vstupu do studie. Proto, když pacient odmítá účast ve výzkumu, požadujeme nižší stupeň jeho kompetence, než když s naším návrhem souhlasí.

Zvláštní soubor problémů přináší biomedicínský výzkum na mentálně postižených lidech, např. nemocných s Alzheimerovou chorobou. Mnozí z nich nejsou a již nebudou schopni dát kvalifikovaný informovaný souhlas, který většina mezinárodních konvencí o biomedicínském výzkumu požaduje. Proto bychom neměli na těchto lidech provádět žádný výzkum. Jediná naděje těchto pacientů je ale právě v pokroku medicínského výzkumu, který jediné může přinést nějakou novou, úspěšnější metodu léčící tuto invalidizující chorobu. Proto je nutné pečlivě zvažovat všechny etické aspekty tohoto problému.

Musíme především rozlišovat mezi terapeutickým a neterapeutickým výzkumem. Terapeutický výzkum je ospravedlnitelný, pokud přináší oprávněnou naději na přímý užitek pro účastníka výzkumu, pokud je dobrý poměr mezi rizikem a efektem nového postupu a pokud neexistuje jiná osvědčená metoda pomoci nemocnému zařazovaného do výzkumu. Pokud je poměr mezi rizikem a efektem méně výhodný, zvyšuje se potřeba získání validního informovaného souhlasu. V každém případě je zde nutný souhlas opatrovníka či blízkého příbuzného.

Pokud jde o etické ospravedlnění neterapeutického výzkumu na mentálně postižených lidech, je nutné opatrnější rozlišení. Takový výzkum neobsahuje oprávněnou naději na přímý zisk účastníků studie. Proto můžeme obhajovat takový výzkum pouze z hlediska principu intraskupinové solidarity. Pacient sám sice nezíská žádný prospěch, ale ostatní nemocní stejné diagnózy mohou mít z výzkumu prospěch v budoucnosti. Pokud ale nepředpokládáme žádný zisk pro nemocného, nemůžeme ani připustit žádné riziko poškození.

Jediným ospravedlněním takového výzkumu může být odůvodněné očekávání, že výsledky výzkumu přinesou určitý užitek ostatním či budoucím pacientům stejné diagnózy, ovšem pouze tehdy, když není možné obdobný výzkum provést na méně zranitelné skupině pacientů. Protože není možné souhlasit s žádným rizikem za nekompetentního pacienta, výzkum musí obsahovat ne větší než minimální riziko či obtíž (t.j. ne větší než je riziko či obtíž každodenního života) pro zkoumanou osobu. Zde opět, čím vyšší riziko, tím vyšší stupeň kompetence je nutné požadovat. Obtíž, škoda vzniklá v rámci výzkumu jsou pojmy se značným subjektivním podílem, účast ve výzkumu přináší více nepohodlí než výstup ze studie. Proto k zařazení do studie

budeme požadovat vyšší stupeň kompetence než k vystoupení. I když výzkum přináší jen minimální riziko, příbuzní, výzkumní pracovníci a ostatní lidé kolem nemocného by měli být vnímaví k verbálním i neverbálním projevům a signálům nepohodlí a odmítání další spolupráce pacientem zařazeným do výzkumu. Když pacient dává najevo své trápení a odpor, měl by být vyřazen, i když nejsou žádné „objektivní“ známky rizika poškození nemocného.

Skupina nekompetentních pacientů je podstatně zranitelnější než ostatní skupiny nemocných, protože inkompetentní pacient může jen obtížně zabránit zneužití své účasti ve výzkumu. Proto je velmi důležitá kontrola takových výzkumů a pečlivé zvažování každého kroku. V zájmu zábrany zneužití zranitelné skupiny nekompetentních pacientů v neterapeutickém výzkumu by proto možná bylo vhodnější, aby souhlas s takovým výzkumem dávala centrální a ne lokální etická komise.

# „DO NOT RESUSCITATE“ ORDERS AND WITHHELD OR WITHDRAWN TREATMENT

Radana Königová

Více než 200 let uplynulo od doby, kdy Samuel Johnson učil studenty, že naší základní povinností je sloužit společnosti. Skutečná služba společnosti se v průběhu staletí měnila - zvláště pak v posledních dvou dekadách. Vynořily se problémy zcela odlišné od těch, s nimiž jsme se střetávali před dvaceti lety (Königová, 1976). Vznikaly v souvislosti a jako důsledek změn v lékařské praxi, které pramenily z vědeckého pokroku, ze společenských a právních proměn i změněného vnímání světa.

Uvědomujeme si, že řadu pacientů lze zachránit, ale trpí těžkými následky, víme též, že naše prostředky nejsou neomezené. Smrt pacienta je lékaři přijímána bez pocitu léčebného selhání, naopak, je prosazován trend uplatňovat příkaz „neresuscitovat“ („DO NOT RESUSCITATE“ orders). Avšak i Hippokratovy zákony dovolovaly lékařům konat, co považovali pro pacienta za nejlepší, tedy i upustit od léčení u nemocných „přemožených“ chorobou.

Kardiopulmonární resuscitace (CPR) jako nezbytná sočást zdravotní péče byla definována v roce 1988 jejím zakladatelem Peter Safar-em jako věda, technologie a praktická snaha zvrátit terminální stavy a klinickou smrt. Neodkladnou resuscitaci zabezpečuje neodkladná medicína a dlouhodobá resuscitace (intenzivní péče) spadá do oblasti kritické medicíny. Život zachraňující výkony poskytované na místě nehody, v průběhu transportu, v příjmovém traktu, operačním sále a na jednotce intenzivní péče tvoří řetěz či kontinuum neodkladné a kritické medicíny. Jak je známo, rozvoj a vývoj v medicíně přinesl možnosti v minulosti nepředstavitelné, ovšem za určitou cenu. Tato cena zahrnuje nejen nesmírné finanční náklady, ale též další cenu v lidském utrpení.

Princip, který stanovil, že každý jedinec má právo na tzv. „titrated therapy“, vytvořil zároveň komplex etických rozhodnutí:

- kdy a zda a vůbec má být léčba zahájena?
- kdy by měla být léčba zastavena?

- jakou kvalitu života jsme schopni pacientovi poskytnout?
- jaká je naše etická odpovědnost, když pacient nebo jeho zástupce vyžadují zbytečnou - marnou („futile“) léčbu?

Z řecké mytologie pochází pojetí marných činů (dcery krále z Argos zavraždily své manžele a bozi je odsoudili k věčnému nabírání vody děravými řešety (Luce, 1995).

I lékařské zásahy mohou být marné, neúčinné, neschopné dosáhnout žádaného výsledku, cíle. Existují různé cíle: fyziologické (ovlivňující vitální známky), oddálení smrti (podáním ATB), prodlužování života (pomocí umělé plicní ventilace), zlepšení kvality života (independent living). Léčení udržující trvalé bezvědomí nebo jež nemůže ukončit závislost na kritické péči by mělo být též považováno za zbytečné („futile“).

Zastánci zdravotnické reformy (Teno et al., 1994) prohlašují, že by se dosáhlo značných úspor, kdyby byla marná („futile“) péče eliminována.

V roce 1981 World Medical Association uložila všem lékařům povinnost zachovávat lidský život za všech okolností.

V poslední době je lékařům neustále připomínáno, že poskytování péče každému nemocnému *bez* hodnocení závažnosti úrazu, choroby a tedy *zvážením rizika smrti* - je postoj patřící minulosti.

Byly vypracovány nejrůznější modely pro určení prognózy, které jsou však velmi přibližné a zvláště nejsou směrodatné, pokud se používají v různých populacích, národů.

O'Keefe a Ebell (1994) srovnávali dva klinické prognostické skórovací systémy, které měly určit pravděpodobnost přežití pacientů po CPR: 1. PRE-ARREST-MORBIDITY index (PAM) byl vypočítán z posledních dat, jež byly k dispozici *před* CPR, 2. PROGNOSIS-AFTER-RESUSCITATION score (PAR) hodnotil data a vývoj stavu pacienta *po* CPR.

Jiná úvaha je věnována podílu či procentu nesprávné klasifikace a specifitě těchto prognostických pravidel, jež by neměla nesprávně předpovídat smrt u nemocných, kde zlepšení stavu je pravděpodobné. Je velmi obtížné zvolit úroveň specifity, jež musí být přiměřená a rozumná, což nelze zakládat pouze na matematice. Kromě výpočtů existuje řada faktorů - jako přání a požadavky příbuzných a společnosti - vybízejících k pokračování terapie i za cenu v obojím smyslu - humánním i finančním.

Prognostická pravidla jsou hojně kritizována, ale nikoli pro svou strukturu či typ, ale je projeven nesouhlas, jak dalece mají počítačové předpovědi ovlivňovat lékařské rozhodování, když použití takových skóre může vést k nihilismu. Má-li být od léčení ustoupeno na základě prognostického pravidla, pak bude předpověď s jistotou vyplněna.

Nicméně, patřičně použitá předpovědní pravidla mohou představovat a patří mezi moderní formy bilancování. Předpověď smrti zplozená počítačem je objektivní stanovování pacientovy neschopnosti překonat kritické poranění, poškození, chorobu přes veškerou léčbu.

Prognostické skórovací systémy mohou potvrdit rozhodnutí lékařů, zda pokračovat v léčení či napsat „DNR orders“ nebo od léčby ustoupit - nepokračovat. Vývoj

těchto systémů byl původně zaměřen na analýzu mortality v nemocniční péči a nikoli k hodnocení kvality života po propuštění z nemocnice. Lékaři užívající tyto systémy musí mít neustále na mysli, že vždy je určitá naděje, že pacient může přežít, i když pravděpodobnost úmrtí je podle výpočtů vysoká.

Dále je třeba brát v úvahu i skutečnost, že i pojetí marnosti („futility“) má své hranice, protože bývá nazíráno odlišně očima lékaře, pacienta, jeho zástupce nebo jiných stran.

Sporná otázka odmítnutí vyžadované péče nebyla sice dosud vyřešena po právní stránce, ale je jasně podporována a podepřena etickými principy. Lékařská etika je soubor morálních zásad ovládajících (měly by ovládat) jednání a chování lékařů a ostatních zdravotníků.

Dvě zásady se vztahují k **lékařské péči**: jde o princip beneficence s úkolem zachování života a maleficence s cílem nepoškodit pacienta. Další dvě zásady týkající se společenské spravedlnosti a autonomie usměrňují a řídí lidské vztahy. Princip autonomie komplikuje vztah lékaře k pacientovi, protože vnáší do tohoto vztahu faktory, jež jsou u každého pacienta odlišné - vztah k životu a smrti - stejně jako medicínské problémy se mohou prolínat u každého pacienta zcela ojedinělým způsobem.

Sledujeme-li etický princip autonomie, je zřejmé, že lékaři jsou vedeni nejen svými pocity a přesvědčeními, ale i tím, že pacient má též právo na své vlastní předsvědčení. Předtím, než se lékař seznámí s pacientovým přístupem k limitované léčbě, musí pacient znát rizika i výhody či přednosti zákroku a všechny možné komplikace včetně změněné kvality života nebo i možnost smrti. Dříve byla neinformovanost pacienta považována za určitou ochranu před krutou pravdou, dnes panuje přesvědčení, že pacient ji má znát.

I když právo na autonomii pacientů bylo vyřčeno již v roce 1914 a pojem „informovaný souhlas“ byl prosazován v roce 1957 (Sprung, Winick, 1989), teprve v roce 1985 začala otevřená diskuse o jasné politice omezení lékařské péče.

V roce 1986 popsal Brett a mnozí další tři okolnosti, kdy vyžadovaná péče není nutná a oprávněná:

1. když není pravděpodobné, že by péče přinesla nějaký užitek
2. když je pravděpodobné, že by péče spíše poškodila než prospěla
3. když požadavek - byť neškodný, ale též bez užitku - je v rozporu se spravedlností měřící každému stejným dílem (distributive, social justice).

Odmítnutí určitého zákroku je ovšem pro lékaře mnohem těžší, jde-li o riziko života, zvláště pak pokud tento léčebný zákrok již probíhá. V roce 1989 Lantos tuto situaci opět připoměl slovy: „When the chance of success is slow, but the alternative to treatment is death, and the patient desires therapy, the presumption should be in favour of treatment“.

Jednostranné odmítnutí péče je přiměřené v jedné situaci, a tou je smrt mozku pacienta, jehož rodina vyžaduje další umělou plicní ventilaci. Ta je zcela marná („futile“) a má být od ní ustoupeno bez ohledu na přání rodiny.

U kriticky nemocných, kde není těžké poškození mozku, je pojem marnosti („futility“) méně zřejmý, nicméně, CPR může prodloužit život těchto pacientů pouze na

krátkou dobu a pokus o CPR je profesionálně sporný, ba nevhodný, protože slibuje více, než medicína může poskytnout.

Vzhledem k tomu, že CPR by měla navrátit pacienta k životu, je automaticky zahajována zdravotními sestrami a pracovníky záchranné služby, pokud v pacientově chorobopise není zvlášť vyznačen „DO NOT RESUSCITATE“ příkaz (DNR). Zdravotní politika týkající se DNR příkazu byla ustavena nemocnicemi a lékařskými společnostmi, jako je například American Society of Anesthesiologists.

Všeobecně bylo rozhodnuto, že DNR příkaz musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci pacienta (v dekursu) jako zvláštní instrukce či ordinace, že CPR nemá být zahájena, a musí být podepsaná ošetřujícím lékařem a vedoucím lékařem. Současně však musí být zaznamenány léčebné výkony, jež nesmí být přerušeny. DNR příkaz se vztahuje pouze na specifické výkony spadající do CPR, zatímco ostatní péče pokračuje. Pacienti mohou z pokračující péče mít prospěch do té míry, že jejich stav se zlepší a statut DNR není již vhodný. Proto je třeba tyto příkazy denně přehodnocovat.

Nejdůležitější aspekt příkazu DNR lze vidět v tom, že formálně schvaluje vliv pacientovy autonomie v lékařské péči, i když příkaz DNR vyvstal z lékařského zájmu, a to v situacích, kdy agresivní terapie (drastic therapy) byla neúčinná. Layon a Dirk (1995) však upozorňují, že příkaz DNR - i když předpokládá pacientovu autonomii - nebere ji vždy v úvahu, protože rozhovory mezi lékařem a pacientem nebo jeho zástupcem (v případě pacientovy nekompetence) obvykle začínají až týden po přijetí pacienta a tehdy se většina pacientů stává nekompetentními.

Příkaz DNR by měl vyjadřovat autonomní volbu pacienta stejně jako odborné rozhodnutí lékaře. Jak lze však zajistit, aby toto rozhodnutí zapsané v chorobopise skutečně vyjadřovalo vůli pacienta? Všeobecně pacienti vyžadující DNR příkaz trpí neovlivnitelnou chorobou, a jejich utrpení pokračuje a vzrůstá až do příchodu smrti.

Těžištěm tohoto problému je utrpení pacienta a k tomu se musí vyjádřit pacient, podobně jako hrozící smrt a k tomuto aspektu se vyjadřuje lékař. Vyplývá z toho, že kvalita života (trvalé utrpení) může být stejně pádným důvodem k DNR příkazu jako je marnost léčení („futility of therapy“). Přestože si pacienti mohou přát účastnit se tohoto rozhodnutí, obvykle váhají otevřeně vyjádřit, že si přejí smrt, aby odmítnutí léčení nebylo chápáno jako „suicidium“. Na druhé straně, lékaři nemusí vždy postřehnout nepatrné signály váhajícího pacienta prostě pro nedostatek času s ním pohovořit. Otevřená a opakovaná promluva s pacientem nebo jeho zástupcem je nezbytná, aby se jasně porozumělo důvodům, proč je DNR příkaz indikován, pokud není založen na marnosti léčby, chybí-li princip beneficence.

DNR příkaz může být založen též na tom, jak pacient vnímá kvalitu života *po* CPR, je-li srovnávána s kvalitou života *před* CPR, kterou pacient považuje již za hraniční.

Většina studií klade důraz na to, aby DNR příkaz byl zapsán v chorobopise pacienta nejen po rozhovoru s pacientem nebo jeho zástupcem, ale též po diskusi všech patřičných členů lékařského a sesterského týmu. Kromě toho je nezbytné pravidelné přehodnocování tohoto příkazu!

Všichni, kdo pracují v této oblasti, musí dbát na to, aby smrt pacientů byla důstojná. Nemocniční politika by měla být změněna, aby bylo dovoleno lékařům rozhodovat o DNR za určitých okolností i přes námitky rodiny. Mezi tyto okolnosti je možno zařadit:

- postrádá-li pacient schopnost rozhodování
- převáží-li břímě léčení nad prospěchem z léčení
- nezdůvodní-li zástupce odpovídajícím způsobem pacientovy zájmy
- činí-li lékař marné pokusy spojit se s rodinou, aby vysvětlil stav a odstranil nesouhlas
- pokud CPR jednoznačně nemůže pacientovi pomoci, nemocniční stanovoy by neměly vyžadovat souhlas pacienta ani rodiny.

Ačkoliv se zdá, že ethické principy jsou již dobře zakotveny, objevují se neustále nesmyslné výklady i praktiky u lůžka pacienta nejen ve Spojených Státech (Teres 1993), ale ve všech zemích, kde probíhá přeměna vztahu mezi lékařem a pacientem - mezi poskytovatelem a spotřebitelem - klientem.

V Kanadě pokládají intenzivisté špatnou prognózu k přežití ale i ubohou kvalitu života (pokud pacient přežije) za dva nejdůležitější faktory pro rozhodování, zda zahájit léčení (withhold) nebo zda ustoupit (withdraw) od započatého léčení, zatímco *věk* pacienta a *anamnéza* před hospitalizací jsou považovány za nejméně důležité.

Pacientova *odpověď na léčení* na jednotce intenzivní péče ve srovnání se stavem pacienta při přijetí je tedy faktor, jenž nejvíce ovlivňuje rozhodování, zda zahájit léčení či od něho ustoupit (to „withhold or to withdraw“). V Kanadě se poskytuje plná „agresivní“ léčba až do té doby, kdy je zřejmé, že se pacient nelepší a kdy je nepravděpodobné, že by se uzdravil. Tehdy následuje konzultace s rodinou a patřičnými odborníky a učiní se první krok - zapíše se DNR příkaz a poté jsou vysazeny inotropní látky. Od umělé plicní ventilace se ustupuje zvolna (tento proces se nazývá „terminal weaning“) za podávání sedativ, aby se předešlo dechové tísní. Lékem volby je morfi-um ve velkých dávkách. Podstatné je zajistit pacientovi pohodlí v průběhu ustupování od umělé plicní ventilace, i když hluboké tlumení urychluje smrt. Je třeba zdůraznit, že ustupování od léčby „withdrawal“ neznamená zastavení veškeré péče, naopak je učiněno vše, aby pacient v žádném ohledu netrpěl.

Celosvětově je jasný trend rozšířit aplikaci tzv. LIMITED THERAPY. Je rozdíl, aplikuje-li se v průběhu intenzivní péče, t.j. později než po 72 hodinách po přijetí, kdy rozhodnutí o pacientově selhání musí učinit lékařský tým společně s rodinou nebo zástupcem pacienta. Časné použití DNR příkazu záleží na předchozích chorobách (chronických či subakutních) nebo na nedostatku vůle či ochoty (unwillingness) postupovat v plném rozsahu intenzivní terapie.

Je dosud nejasné, jak budou organizace, jako například etické komise, vedení pojišťovacího systému, nemocniční administrativa, celonárodní směrnice pro obvyklé postupy nebo vládou sponzorovaná reforma ve zdravotnictví řešit nesmírně spleť vztah mezi pacientem, lékařem, rodinou a zástupci zdravotnictví, který je odlišný v případech jednotlivých pacientů.

Dialog mezi American Society of Critical Care Medicine a mezi lékaři, kteří se zajímají o tento problém, by mohl poskytnout strukturu a určit povahu diskuse o sporných otázkách konce života na jednotkách intenzivní péče v souvislosti trans- a multikulturních.

Jiným problémem je **terminální péče o velmi staré pacienty** (Hesse, 1995). Bylo zkoumáno použití: předem stanovených pokynů (advance directives), omezení léčby a lékařské zákroky. Ke studii byla zvolena dvě období *před a po* uvedení „PACIENT SELF-DETERMINATION ACT“ z roku 1990, aby se prokázalo, zda došlo k nějakým změnám v terminální péči. Výsledky ukázaly, že bylo poskytnuto méně agresivních zákroků, DNR příkaz byl zapsán dříve v průběhu hospitalizace v 95.8% velmi starých jedinců. Naopak, příkaz „comfort measures only“ (zajištění veškerého pohodlí) byl použit častěji a od všech dalších vyšetřování a zákroků, obtěžujících pacienta, bylo upuštěno.

Bylo prokázáno, že cca 30% pacientů je překládáno z „nursing homes“, ačkoliv by o ně mohlo být pečováno adekvátně v těchto domovech, kde je k dispozici podávání kyslíku stejně jako analgetická léčba, jednoduchá diagnostická vyšetření a ostatní podpurná péče. Gorbein a ostatní (1993) připoměli, že indikací k drahé nemocniční péči má být závažnost choroby a ne věk.

Americké Hospice mají zavedený systém DNR příkazu od svého počátku a domnívají se, že podepsaný DNR příkaz je předpokladem k přijetí jako pacient hospice.

V roce 1991 byla diskutována otázka (Walker, 1991), má-li DNR příkaz být zrušen, když pacient v *terminálním stavu podstoupí paliativní operaci*. Pacientovo právo odmítnout léčení je zde vyváženo morální a profesionální odpovědností za „mors in tabula“. Lékařovy výčitky z urychlení pacientovy smrti mohou být zmírněny:

1. tím, že pacient přijímá operační riziko smrti,
2. tím, že lze tuto situaci pojímat jako analogickou s operacemi u Svědků Jehovových, kteří odmítají život zachraňující transfúze,
3. tím, že lze vidět ve smrti při operaci dvojí výsledek - nechtěný negativní spojený s příznivým, paliativním (ukončení utrpení),
4. tím, že se nejedná o asistované suicidium.

V roce 1992 Owen a další studovali postoje pacientů a lékařů v **souvislosti s nádorovou nemocí**. 30% sledovaných pacientů s karcinomem nesouhlasilo s DNR příkazem, což souviselo se stávající příznivější prognózou choroby. Pacientův postoj k přerušení léčby a odmítání CPR jsou závislé na progresi choroby a mění se v průběhu času. Toto zjištění podporuje pracovní model předem stanovených pokynů (advance directives) a nikoli fixní nařízení. Výsledky tohoto zkoumání potvrdily, že je nutno brát v úvahu další kvalitativní faktory (vedlejší účinky léčby, ubohá kvalita života, psychiatrická anamnéza a časté depresivní stavy), jež podporují DNR příkaz vedle obvyklých kritérií, založených na vlastní chorobě.

Odlíšné kvalitativní faktory přispívající k DNR příkazu se vyskytují v popáleninové medicíně. Moderní popáleninová péče velmi často vyústí v dilema, co by se



mělo nebo nemělo vykonat pro pacienta s klinickým zhoršováním stavu a rozvíjejícím se mnohočetným orgánovým selháním, jež neodpovídá na léčbu. (Frantianne, 1992). Nejen ve Spojených státech, ale všechna popáleninová pracoviště na světě jsou velmi často sužována otázkami: kdy dost je dost a kdo rozhodne? (when is enough and who decides?). Doporučuje se zorganizovat konferenci přizpůsobenou k řešení těchto sporných otázek, která by pomohla rozhodnout, zda pokračovat v invazivních diagnostických a léčebných zákrocích anebo dovolit pacientovi zemřít důstojně. Tato vyčleněná konference může být vyžádána kterýmkoliv členem popáleninového týmu, jenž si není jist s postupem léčení u některého z pacientů. Tato konference je setkáním celého týmu a jejím úkolem je rozeznat mínění celé skupiny. Je-li souhlas v rozhodnutí, že od agresivní léčby bude ustoupeno, pak je toto rozhodnutí sděleno pacientovi, pokud je schopen nejen rozumět, ale vůbec vnímat. Poté je informována rodina. Rozhodnutí vykonané celou skupinou odborníků snímá odpovědnost z jednotlivých členů (podle názoru některých pracovišť ve Spojených státech).

Tato studie tvrdí, že pacient, který přijme toto rozhodnutí, jeví údajně zklidnění, což znovu ujistí skupinu, že učinila správně. Z našich dlouhodobých zkušeností však plyne, že s pacientem při náhlém zhoršení stavu není možné komunikovat pro kvalitativní i kvantitativní změny centrálního nervového systému a navíc, je obvykle napojen na umělou plicní ventilaci a zklidnění nastává po medikamentózním hlubokém tlumení. Pacient s těžkým termickým úrazem nebo elektrotraumatem je zcela odlišný od jiných kritických stavů, proto s jeho souhlasem nelze počítat. Studie hovoří též rodině, která by měla pocíťovat úlevu, protože není nucena toto strastiplné rozhodnutí učinit, i když si přeje, aby bylo takto rozhodnuto. Podle našich zkušeností je nutné rodinu informovat, ale neočekáváme její rozhodnutí.

Přizvání sester, aby se staly aktivními účastníky při rozhodování, podporuje jejich osobní i profesionální sebevědomí a svazuje členy popáleninového týmu v pevnější společenství. Nejen uvedené konference, zabývající se těmito problémy, ale i moudrost a zkušenosti plynoucí z interdisciplinárního přístupu ve všech odvětvích medicíny jsou vždy žádoucí a pramení z nich nejlepší řešení.

## Netopýr

### Přepis televizní diskuse na téma „Euthanasie“

(Vysíláno dne 29.3.1995 ve 21:30h na ČT 2)

Přepis redigoval Cyril Höschl

#### Účastníci diskuse:

**Dr. Antonín Přidal**

moderátor

**Doc. MUDr. Jan Bauer, CSc.**

přednosta Onkologické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

**Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.**

děkan 3. lékařské fakulty UK a ředitel Psychiatrického centra Praha

**Prof. ThDr. Zdeněk Kučera**

děkan Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

**Doc. MUDr. Marta Munzarová, CSc.**

vedoucí oddělení lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně

**Prof. MUDr. JUDr. Lubomír Neoral, DrSc.**

Ústav soudního lékařství a medicínského práva Univerzity Palackého v Olomouci

**Přidal:** Euthanasie byla kdysi dávno slovo označující dobrou smrt. Pokojnou a klidnou, jaké se přirozenou cestou dočkal ten, kdo měl štěstí. Ale později začala označovat jinou smrt. Smrt přivolanou pro toho, kdo štěstí neměl a čekal na své poslední vydechnutí v nesmírných bolestech. To už nebyla tak nesporná, tak absolutně dobrá. Byla to a je nebo může být smrt na přání, smrt z rozhodnutí někoho jiného, smrt vymykající se pravidlům. Lékař, který má život hojit a hájit se pak ocitá v postavení člověka, který život odebírá. Tento problém nevznikl až v našem století, ale právě v něm a právě na jeho konci se nezvykle vyhroutil. A tak se chci pro začátek zeptat svých hostů: „Proč si myslíte, že se otázky euthanasie aktualizují v posledních desetiletích a letech tak silně v lékařských kruzích i ve sdělovacích prostředcích?“

**Höschl:** Předně je otázka, jestli se aktualizují až teď, na konci dvacátého století. Jestli to nejsou otázky, které se v dějinách periodicky vracejí v různých souvislostech. Teď, ke konci 20. století se otázka euthanasie dostává do popředí mimo naši zemi už delší dobu v souvislosti s pokračující technologizací medicíny a s rozvojem techniky, která umožňuje udržovat život, který už nemá původní lidskou kvalitu, ale stále ještě je jakýmsi přežíváním (na resuscitačních přístrojích). S rozvojem a možností využití této techniky se znovu oživuje otázka, kdy tedy přestat. Takže technologizace může být jeden důvod. Dalším důvodem je asi postavení starých lidí, prodlužující se střední délka života v civilizovaných zemích a ztráta trojgeneračních společenství. Staří lidé se dostávají do postavení, ve kterém vlastně v historii lidstva nikdy nebyli: dožívají se vyššího věku než kdykoliv před tím a ten bývá spojen s určitým fyzickým i psychickým

handicapem. Kvalita života bývá ohrožena, a zároveň ztrácí tu přirozenou podporu trojgeneračních společenství, v nichž spolu žili rodiče, děti a vnoučata; stáří tam mělo jiný rozměr.

**Přidal:** Ještě nějaké jiné vysvětlení?

**Munzarová:** Já se domnívám, že zde ale hraje roli i jiný pohled na hodnoty, respektive na řád hodnot, protože v dnešní době na naprosto nejvyšším stupni je výkon, užitečnost, úspěch, konzum v malém i velkém. Tak se trpící nebo umírající člověk může dostat do nezáviděníhodné situace. Díky oněm zmíněným netušeným terapeutickým možnostem je okamžik jeho smrti oddalován a není mu vlastně umožněno v klidu umírat. začne na sebe, je-li nemocen (nebo případně na jiného trpícího či umírajícího) hledět jako na někoho, kdo nemá již tu hodnotu, již ten smysl a potom dochází k matení pojmů, protože pojem lidské důstojnosti se zaměřuje za užitečnost. A lidé se potom mnohem častěji ptají, čím je ten člověk, místo aby se ptali, kdo je ten člověk.

**Kučera:** Já s tím samozřejmě souhlasím a uvedu příkladem, co mám na mysli. Není tomu tak dlouho, když v jedné obci poblíž Prahy, kde jsem působil, umírala členka naší náboženské obce. K jejímu loži chodili sousedé, známí a samozřejmě chodil jsem tam také já jako její kněz, takže všichni pomáhali vnitřně nést té paní a také celé té rodině utrpení, které s tím bylo spojeno. A je zajímavé, jak to umírání babičky stmelilo určitým způsobem rodinu dohromady. Takže z toho utrpení měli všichni vědomí, že náleží k sobě a ta babička tím svým koncem jim prokázala objevení určitých hodnot, které dříve neznali.

**Neoral:** Mám za to, že to skutečně není jen otázka vztahu ke starým lidem. Jsou zde handicapované, malformované, tedy vrozenými vadami postižené děti a nakonec stojí lékař v etickém dilematu, co s takovým životem má učinit. Přitom má etické a zákonné předpoklady, které mu znemožňují libovolný postup. A to je problém, který se objevuje nejenom u nás, ale všude na světě.

**Bauer:** Mění se i spektrum onemocnění. Onemocnění, která vedla k umírání lidí v první polovině tohoto století nebo i před tím, byla jiná než choroby po 2. světové válce. Musíme si taky uvědomit, že po 2. světové válce prožíváme celosvětově relativně nejkldnější období ve smyslu velkých válečných konfliktů. Skutečně se prodlužuje střední doba života a mění se spektrum onemocnění. Například přibývá těch onemocnění, jejichž jsem zde já představitelem: onkologických onemocnění -

**Höschl:** Raději potlačovatelem...

**Bauer:** - které s sebou samozřejmě přinášejí problematiku jistého utrpení v terminálních fázích onemocnění, kde třeba skutečně racionální léčba resp. vyléčení již nepřichází v úvahu, a kde tedy stojí otázka: jsme schopni zmírnit obtíže pacienta, jsme schopni odstranit utrpení a nebo je tady na místě něco, o čem se dnes bavíme, tzn. navození smrti, zkrácení utrpení?

**Höschl:** Pane doktore (Přidale), my jsme možná zapoměli na jednu věc. Ta Vaše otázka na začátku, čím to je, že to téma je nyní tak znovu oživováno, má možná ještě jeden zdejší, místní důvod: každé téma, které je dlouhou dobu tabuizováno, potom jakýmsi odrazovým fenomenem získává na atraktivitě. Euthanasii postihl tenhle osud. Podobně před několika lety (všichni si vzpomínáme) to byla problematika interrupcí a celá řada dalších témat.

**Přidal:** Jistě to může být i tak. Já bych k tomu chtěl dodat, že snad se také zvýšil důraz na lidské sebevědomí. Lidé si uvědomují více svá lidská práva. Je to slovo skoro módní, ale má svůj reálný základ. K těm právům patří právo na sebeurčení, které je vysvětlováno až v tom smyslu, že člověk má právo určit podmínky a způsob jakým odchází ze světa.

**Bauer:** Není to tak úplně pravda. Vezměte Listinu práv a svobod. Práví se v ní, že nikdo nesmí být zbaven života. Tímto bychom mohli skončit a rozejít se, protože není o čem diskutovat. Další odstavce však hovoří o tom, že v podstatě je přípustné něco, co není zákonem určeno jako trestné. Je možná eventualita, že společnost může zákonem modifikovat onu základní listinu práv. Čili nikde není řečeno, že za určité situace, jak už se v historii stalo, nemůže být zákonem nezadatelné právo člověka na život pozměněno. Navíc listina práv hovoří v pozitivním slova smyslu; vykládá o tom, že každý má právo na život, ale samozřejmě nevykládá o tom, že každý má právo třeba i na smrt. A v tom je zase ta druhá stránka věci. Jestliže bereme individuální svobodu jako nezadatelné právo, pak samozřejmě narazíme na problém práva na smrt.

**Přidal:** Jde tu vlastně o definici pojmu život. Mít právo na život, který je snesitelný, který je, jak se říká, důstojný anebo nemít vůbec právo mluvit do těchto věcí. Listina lidských práv je platná také ve Spojených státech a přece tam existuje už od roku 1990 zákonná úprava, která dovoluje pacientovi, aby při hospitalizaci napsal svůj názor nebo své přání, jak se s ním má zacházet v terminálních stádiích: má-li být udržován za každou cenu nebo ne.

**Munzarová:** Ano. Tato „DNR“ (Do Not Resuscitate) - že si nepřejde, aby byl resuscitován - je podporována obzvláště ve Spojených státech a souvisí s autonomií jednotlivce na tato rozhodování. U nás už teď také existuje právo pacientů na určitou autonomii. Je možno si ovšem položit otázku, zda autonomie člověka skutečně může sahát až ke smrti a zda může vlastně „zanulovat“ právo

na život. Neboť právo na život se dá také do určité míry nazvat jakousi povinností. Zničím-li život, tak tím ničím všechna ostatní práva.

**Kučera:** Myslím, že paní doktorka řekla velice významnou věc. Smrt náleží k životu tak jako zrození. Manipulování se smrtí také souvisí s tím, jak nahlížíme na život. Zcela nepochybně v životě člověk vyznává určité hodnoty, které potom při konci se mohou projevit jako nosné anebo jako hodnoty prázdné.

**Přidal:** Jeden z dopisů, které jsem dostal, mě varoval před argumentací bohoslovců (cituji): „to je argumentace, která patří do kostela, do církevního života, ale trpící pacienti vlastně pak musí zmlknout a přestávají existovat se svými bolestmi a zoufalstvími“. Co byste na to řekl?

**Kučera:** Velice jednoduchou věc. Že to byli kněží, kteří po dlouhá staletí přicházeli právě k umírajícím. A mezi jejich povinnosti patřilo pomáhat umírajícím a dávat jim na cestu, co ti lidé potřebovali k rozřešení, aby byli zbaveni pocitu viny. I já jsem působil v jednom ústavě v Prachaticích, kde jsem se měl možnost stýkat s lidmi, kteří odcházeli ze života. Když si přáli smrt, pak to bylo obvykle výrazem toho, že necítili o sebe zájem. Že ztratili svojí lidskou hodnotu. Ale v okamžiku, když s nimi někdo hovořil, zejména, někdo, koho měli rádi a který na ně zapomínal, znovu chtěli žít. Jako by se jim rozzářila nová hvězda.

**Přidal:** Kněz tedy může vnést do té situace naději; ale může utišit tu zoufalou bolest nevléčitelných onemocnění?

**Bauer:** Jestli mohu, jako člověk nevěřící: plně souhlasím s tím, že smrt patří k životu, že to je jeho nedílná součást. Musím akceptovat to, že jsem smrtelná bytost a že smrt přijde. Budu ovšem chtít, abych při tom umírání zbytečně netrpěl. O tom je dnes asi řeč.

**Neoral:** Pane doktore, Vy jste správně poukázal na to sebeurčení člověka i rozhodování o svém životě. Nikdo nedokáže zabránit sebevraždě do důsledků. Ale je otázka, jestli můžeme přenést jako povinnost na lékaře, aby pomohl sebevraždě nebo aby dokonce navodil smrt. To jsme v poloze jednak etického kodexu lékařského, jednak v poloze právní. Víte dobře, že v Evropě je jediný stát, který se tím zabýval legislativně, ale ne tak, že by se zrušil trestní postih za usmrcení, to je jiná věc -

**Přidal:** .. to je Holandsko..

**Neoral:** - to je Holandsko. Lékaři nemůže nikdo nařídít, aby pomohl sebevraždě. Může to udělat beztrestně, ale nemůže lékaře *přimět* k tomu, aby ukončil život.

**Přidal:** Já myslím, že ani ten lékař ve Spojených státech není povinen vyhovět všem těm přáním, které pacient do svého reversu při hospitalizaci přijímá. Záleží na jeho osobním přesvědčení. Ale jak je to v tom Holandsku. Někdy jsou lidé přesvědčeni, že v Holandsku se smí poskytnout euthanasie. Ta iluze plyne z toho, že euthanasie tam není trestně stíhána. Jedna divačka mně napsala: „Když je to možné v Holandsku, proč by to nemělo být možné u nás?“ Vypadá to jako zajímavý podnět, který by se vlastně měl přenášet z jedné země do druhé. Vy jste v Holandsku byla, poznala jste to na vlastní oči ...

**Munzarová:** - Já jsem byla v červnu loňského roku v Maastrichtu na konferenci, která se tohoto týkala. Jsou tam vytyčena určitá kritéria (ta nejdůležitější z nich se nazývají „Rotterdamská“): Že žádost nemocného o ukončení života musí být kompetentní, zcela dobrovolná, musí být podmíněna nesnesitelným utrpením (ne nutně fyzickým), že veškeré jiné možnosti odlehčit tomu člověku již byly vyčerpány a že euthanasii může provádět jedině lékař po konzultaci s jiným lékařem. V předloňském roce se pak dodalo, že pokud jsou tato kritéria dodržena, je de facto zaručena beztrestnost příslušnému lékaři. Musí to ovšem podléhat kontrole. Nejsou-li kritéria splněna, revizor předá případ dál právníkovi a k soudu. Ovšem celá věc je tak diskutována mimochodem i proto, že Remelinkova komise uveřejnila počty takto ukončených životů (už v roce 1990, čili ještě před uvedením). Statistika ukazuje, že u 1000 úmrtí ročně, což odpovídá asi 0,8 % ze všech smrtí v Holandsku, chyběla kompetentní žádost pacienta. V naprosté většině případů se jednalo o nemocné v pozdním stadiu choroby, kupř. arteriosklerozy. Čili ten eticky kluzký svah je velice prudký.

**Höschl:** Upozorňuji na několik detailů týkajících se zákonné úpravy v Holandsku. Především zde vzniká mylná představa, že v Holandsku existuje zákon, který umožňuje lékařům zabíjet terminálně nemocné nebo pacienty na jejich žádost. Tak tomu není. V posledních 15-20 letech probíhala na všech úrovních (zejména v holandské politice: v obou komorách parlamentu a ve vládě) diskuse, která se rozšířila na celou veřejnost, jakési volání po zákonné úpravě toho, čemu oni říkají rozhodování lékaře v souvislosti s ukončením života. To vyústilo v roce 1989 v koaliční dohodu holandských křesťanských demokratů a sociálních demokratů o tom, že se spustí rozsáhlá studie, která prozkoumá, jak situace v holandském zdravotnictví skutečně vypadá, a které se zúčastní právníci, lékaři, sociologové, aj. Studie skutečně proběhla a její výsledky byly uveřejněny v časopise Lancet 14.9.1991. Výsledky pozoruhodně sumarizují (i) rozhovory s více než 400 lékaři, resp. (ii) dotazníky, které jim byly rozeslány, (iii) zpětné přešetření více než 7.000 úmrtí v Holandsku, a (iv) prospektivní studii, tzn. sledování jak dopadnou těžce nemocní, kteří byli vytipováni do budoucna; těch bylo také do tisíců. Ukázalo se, že za jakousi formu euthanasie lze při těžkých,

bolestivých, terminálních, neléčitelných stavech považovat podávání opiátů<sup>1</sup> do takové míry, že dojde-li k úmrtí (asi v 17,5% případů), vzniká otázka, byť sporná, nebylo-li přeci jenom uspišeno vysokými dávkami tlumivých léků. Přitom nejde o záměrné zabití vysokou dávkou. V dalších 17,5 % je nemocný udržován díky vyspělé technologii na resuscitačních přístrojích a jde o rozhodnutí, zda tuto protražovanou smrt neukončit tím, že se přístroje vypnou, není-li žádná jiná naděje. „Pouze“ v necelých 2% šlo o podání letální látky, která aktivně ukončila život. A k těm zákonným úpravám v Holandsku bych rád podotkl, že zákon, o kterém se mluví, není zákon o euthanasii, ale o způsobu, jakým se všechny podezřelé smrti musí hlásit. Má podtitul „euthanasie zůstává v Holandsku kriminálním činem podléhajícím trestnímu zákoníku“. Návrh zákona má číslo 22572 a znamená, že každý lékař, který má co do činění s úmrtím za výše uvedených okolností, je ze zákona povinen úmrtí ohlásit k tomu pověřené osobě a ta podá oznámení prokurátorovi; prokurátor musí jako podklady dostat popis té události, informovaný souhlas nebo přání nemocného zemřít, důkaz o tom, že ta situace byla konzultována s jiným nezávislým lékařem a v podstatě to, o čem zde hovořila paní docentka. Prokurátor se rozhodne, jestli případ zastaví, protože co není zakázáno je dovoleno, anebo jestli celou žalobu spustí. Pak se lékař musí hájit u soudu a soud rozhodne o tom, jestli jde o kriminální čin nebo ne. Takže s euthanasii v Holandsku to je podobný šum jako s drogami: také nejsou v Holandsku „legální“.

**Přidal:** Není to tak jednoduché, jak by to někdy z novinových zpráv vyplývalo. U nás by byla euthanasie trestným činem, byla by na úrovni vraždy, lékař by za ni mohl být odsouzen na 10 - 15 let nebo přinejmenším za napomáhání k sebevraždě, kdyby pacientovi „asistoval“. Ostatně asistované sebevraždy se děly ve Spojených státech, kde neslavně slavný patolog Kevorkian přišel se svými stroji smrti, kde si pacient, který byl údajně v zoufalé situaci a obrátil se na lékaře se žádostí, sám dával smrtící látku.

**Munzarová:** Kevorkian, to je známá osobnost a v etické literatuře velice často citovaná. Vynalezl přístroje, které mohou k navození smrti nemocní sami užít a tzv. opitoria, specifická oddělení, kde by měli být nemocní, kteří se rozhodnou zemřít nebo i ti, kteří jsou odsouzeni k smrti, nějakým způsobem koncentrováni. Plánovaná smrt by se jim načasovala na dobu, až budou moci být nějak využiti, třeba až se stanou dárci orgánů nebo až bude možno na nich provést nějaké pokusy v ireversibilní anestezii.

**Přidal:** Lze zkrátka i tento vynález zmechanizovat tak, že se z něho stane cosi jako továrna. Ale když už teď víme -

---

<sup>1</sup> Opiáty = analgetika morfinového typu; jedna ze skupin látek, které tlumí bolest.

**Höschl:** - to už tady v historii taky bylo, že ...

**Přidal:** - když už teď víme, že otázka uzákonění euthanasie je vlastně velice imaginární, jak to vypadá ve skutečné praxi s platným zákonem, který v euthanasii spatřuje trestný čin, vraždu?

**Höschl:** Totiž tady je problém v tom, a to se ukázalo v tom Holandsku, že celá řada takto podezřelých smrtí proplová pod vlajkou přirozené (nebo nemoci dané) smrti a nikoli pod nálepkou euthanasie, protože ta hranice je u těžkých, opravdu smrtelných stavů tak neostrá, že lze ve většině případů těžko rozhodnout, zda došlo k nějakému uspíšení. Proto nepochybně i v naší kultuře dochází k tomu, že jsou zde takové sporné případy, ale nedostanou se do reflektoru pozornosti, protože nejsou jako takové identifikovány. Holandsko možná udělalo jediný krůček, že se pokusilo situaci zmapovat. Ta je ale velice podobná ve všech evropských civilizovaných zemích; pouze se tam neprovedla studie, nešlo se do hloubky, otázky se nevyhodnotily a neoznačil se tenjev.

**Kučera:** Podobně ve Francii. Na naší fakultě měl přednášku prof. Jean Francois Colange ze Strasbourgu: problém konce života a dobré smrti. Ta situace je skutečně analogická jako v jiných zemích i ve Francii, ale pozoruhodné je, na to chci upozornit, že ty debaty, které se týkaly euthanasie, přispěly daleko spíše k objasnění smyslu a významu života, než že by se zabývaly tou vlastní technickou nebo biologickou stránkou, jak lze život ukončit.

**Přidal:** Pane docente, Vy přicházíte do styku s nádorovými onemocněními ve velmi těžkém stadiu. Vlastně uvažovat o tom, zda takový život si ještě zachovává náležitou kvalitu, by pro Vás bylo aktuální. V jednom rozhovoru s Vámi jsem četl, že jste říkal, že ještě před 15 lety jste uvažoval o tom, zda by euthanasie nebyla přece jenom pomocí pro takové trpící. Pak jste od tohoto názoru upustil?

**Bauer:** Dá se říci, že upustil. Na vysvětlenou: před 15, 20 lety jsem byl v onkologii začínající lékař a viděl jsem řadu pacientů, kteří v terminální fázi skutečně trpěli. Za těch 20 let se mnoho změnilo. Jednak se změnilo mé poznání. Medicína se orientovala technicky. Dnes se velká medicína spatřuje v transplantacích a v přístrojové technice. My nemusíme pacienta vyléčit. My mu máme pomáhat a nemusíme brát jako selhání, že ho neuzdravíme. Jsou nemoci, které dnes nedokážeme vyléčit a nemusíme to brát jako selhání. Byli jsme ovšem vychovávaní k tomu, že musíme použít všechny technické prostředky a vyléčit. Vlastní péče zůstala v pozadí. A teď se učíme, jak zvládat ku prospěchu těch trpících lidí terminální stavy tak, aby netrpěli, abychom zachovali kvalitu jejich života. Tím se dostaneme do úplně jiné situace. Konkrétní případ: pacientka s bolestmi a neléčitelnou chorobou žádá o to, aby její život byl zkrácen. V okamžiku, kdy jsme její utrpení zklidnili farmakoterapeuticky, zapomněla na to,



že chtěla umřít. Plánovala, co bude další dny a co bude dělat, jakmile se dostane z oddělení domů zase do své rodiny. To je odpověď na to, proč jsem změnil svůj přístup. Jako mladší lékař jsem viděl hlavně utrpení, které jsme nedostatečně zvládali. Těch lidí mi skutečně bylo líto a říkal jsem si, že by bylo snad lépe to zkrátit. Dneska vidím, že je lépe se postarat, zvládnout ty obtíže a že pak není potřeba navozené smrti skutečně tak aktuální, jak by se zdálo.

**Přidal:** Já chci připomenout jednu zajímavou knížku, která u nás nedávno byla přeložena do češtiny a která by měla zajímat všechny lidi, kteří přicházejí do styku s těžce nemocnými a trpícími. Napsala ji švýcarská autorka Elizabeth Küblerová-Rossová, jmenuje se „Odpovědi na otázky o smrti a umírání“ a jedna z jejích odpovědí se týká toho, co jste právě řekl: že někteří lékaři považují pacientovo umírání za svůj neúspěch a že za každou cenu udržují tohoto pacienta při životě, za každou cenu chtějí dokázat, že se svého úkolu zhostili dobře. A tato terapeutická horlivost pak někdy vlastně může být také proviněním na přirozené smrti.

**Bauer:** Naopak: ta by v podstatě mohla být svým způsobem kvalifikována jako porušení lidských práv, protože lidským právem je nebýt týrán. V okamžiku, kdy onemocnění nemohu vyléčit a přesto podnikám léčebné procedury, které mají nežádoucí účinky, pak stojí za úvahu, zda to má smysl. Přimlouvám se takovou léčbu ukončit a věnovat se obtížím, které nemoc vyvolává. Tlumit obtíže, nikoli léčit nemoc.

**Neoral:** Já bych chtěl navázat na ten případ s ženou, která změnila svůj názor. Jako soudní lékař mohu z praxe potvrdit, že lidé, kteří jsou nevyлéčitelně nemocní (pokročilá stadia rakoviny nebo jiné stavy, které už nemají naději na přežití) si jenom málokdy sáhnou na život.

**Höschl:** To je velmi důležité a já myslím, že to je něco, co bychom si teď měli říct: že pojem euthanasie se používá ve dvou velmi odlišných významech. Ten jeden je původní význam daný významem slova thanatos - smrt a předpony eu-, která se dává tam, kde je něco v pořádku, něco správného (eufunkce štítné žlázy je správná funkce štítné žlázy), čili správná dobrá smrt. Ale ten význam to slovo ztratilo a používá se nyní (a je i tak lidmi pocíťováno) jako označení milosrdného zabíjení. A v této souvislosti stojí za to připomenout článek Jamese Goodwina, v němž parafrázoval název „Koně se také střílejí“ a položil si hned otázku, proč se střílejí? Protože se *člověk* domnívá, že *jim* zkrátí utrpení. Ale je tomu skutečně tak? Co by nám koně řekli, kdybychom se jich mohli zeptat, zda chtějí být po pádu přes Thurn-Taxisův příkop zastřeleni? Zdá se (a je řada důvodů se domnívat), že by situace byla jiná: že by nechtěli být zastřeleni. A podobně je tomu, postavíme-li si otázku euthanasie u dementních s Alzheimerovou demencí, t.j. nevyлéčitelnou chorobou vedoucí po někdy dlouhém trápení celého okolí k

smrti, přičemž se ví, jaký ten průběh bude. A přesto dodnes je pro celé okolí nutno ty měsíce protrpět. Jsou to měsíce šílené. Ale pro koho? Pro *okolí*. To okolí svou nesnesitelnou situaci a bezmocnost promítne do přesvědčení, že by mělo zkrátit utrpení nemocného a zapomíná, že například právě v případě Alzheimerovy demence ten nemocný netrpí, protože on má v mnoha případech bohužel (?) postiženy i ty oblasti, kterými by to utrpení mohl pociťovat, takže ten problém není často problémem umírajících, ale problémem okolí, které se domnívá, že jim chce zkrátit trápení. Vy mi na to namítnete, že oni někdy sami ještě v plném vědomí za živa žádají: „až budu jednou v tom stavu...“. Ale i to jsou otázky, které jsou nesmírně záluďné, protože dostanou-li se pak do „toho“ stavu, mohou změnit názor, ale už nejsou s to o tom komunikovat.

**Kučera:** Ale i okolí mění svůj názor. Sám jsem to zkusil, když jsem se díval na smrt svých nejbližších. Moje maminka umřela na rakovinu plic. Viděl jsem její obrovské utrpení a říkal jsem si, kéž by to utrpení bylo zkráceno, ale na druhé straně bylo pro mě nesnesitelné vědomí, že by měla odejít. Takže i tady, jednou tak, jednou tak. Ale to patří k lidskému životu, to patří k jeho důstojnosti.

**Přidal:** A jak byste poradili příbuzným těžkých pacientů, kteří náhle přijdou s myšlenkou na to, že by chtěli, aby jim byl urychlen odchod z tohoto světa, protože ty bolesti se jim v té chvíli jeví jako nesnesitelné.

**Höschl:** Pan profesor Neoral řekl velice důležitou věc, že lidí, kteří v těchto situacích žádají aktivně smrt, je skutečně velmi málo. Ten požadavek vzniká v různých jiných souvislostech. Já za svůj obor mohu říci, že je oblast, ve které tato otázka nastolena je. To je oblast těžkých endogenních depresí, kde se život stává tak nesnesitelným, že sebevražda je jedním z mála východisek. Deprese je ale obdobím, kdy nelze považovat přání nemocného za relevantní. Když se podaří depresi vyléčit, a to ve významném množství případů jde, tak ten člověk má potom názor úplně jiný; matka je ráda, že zase se svými dětmi tady může být a nechce, aby se jí připomnělo, co si přála.

**Přidal:** To znamená nepovažovat každou vyslovenou myšlenku, která souvisí s tzv. dobrou smrtí nebo vylepšenou smrtí, za směřodatnou?

**Höschl:** Ta myšlenka může být signálem. Pomozte mi, udělejte někdo něco.

**Munzarová:** Je právě třeba napnout všechny síly na určitou oblast léčby, která se nazývá paliativní (úlevná), čili nevede k vyléčení, ale vede k úlevě a k maximální podpoře nemocného po všech stránkách, aby netrpěl fyzicky, psychicky ani spirituálně. To je nejlepší cesta k boji nějaké protieuthanasie, kdybychom se chtěli do takového boje dát.

**Bauer:** Pak mám jednu poznámku. Opět se dostáváme k tomu, co je velká medicína. Děláte-li medicínu, jste více méně, nucen prezentovat určité výsledky, abyste obhájil svoji profesionální úroveň. A v okamžiku, kdy je budete prezentovat formou paliativní léčby, dostáváte se do jaksi podřadné pozice, protože Vás s odpuštěním převálcují vědečtí, vědou zaštitění lékaři.

**Přidal:** Úlevná léčba platí méně v očích Vašich nadřízených, například?

**Bauer:** Ne, platí obecně, ve společnosti. Je to bráno tak, že ta pravá medicína je ta technická. Musíme změnit náhled celé společnosti v tom, že technická medicína sice zachraňuje mnoho životů a je nezbytné ji dále rozvíjet, ale na druhé straně máme nemocné, které nedokážeme ani vysoce technizovanou medicínou uzdravit a pak nastupuje kvalitní, paliativní péče, která zbaví lidi utrpení. A není to pouze bolest.

**Höschl:** Tady jde i o kvalitu života v mnoha aspektech. Zde mě vždycky napadá takový příměr: Když starý, opuštěný, ekonomicky bezmocný nebo i jinak sociálně handicapovaný člověk volá po tom, že by chtěl utrpení zkrátit, že už se takhle nedá žít, tak tím *vysílá vůči společnosti nějaký signál*. Tomu signálu bychom měli rozumět v jeho hloubce. Je to jako s člověkem, který visí na skále nad propastí, už se nemůže udržet a volá: „já už tady nemůžu na té skále viset, já už nemám síl“ a Vy máte dvě možnosti. Buď se pokusit pro to něco udělat nebo mu říct: „no tak se pusť“. A to je ta euthanasie, nechat věcem přirozený průběh.

**Kučera:** Myslím si, že u nás je představa, pokud jde o člověka, který je nemocný, že zde je lékař a sestra. Ale ve světě jsou ještě jiní pracovníci, kteří se stýkají s nemocným. Nejsou to jenom psychologové, nýbrž jsou to lidé, kteří jsou speciálním způsobem školeni pro komunikaci s nemocnými a jejich původní nebo základní povolání je např. duchovenské. A teď nemám na mysli jenom ty obligátní německé „Spitalpfarrer“, nýbrž i lidi, kteří nejsou přímo členy nějakého řádu či nemají kněžské svěcení. U nás na fakultě se pokoušíme o takové odborné vzdělání, které nazýváme psychosociální, aby naši absolventi vedle svého filozofického a náboženského základu dostali školení i pokud jde o orientaci v nemocnici, o komunikaci s nemocnými a mohli pomáhat tam, kde lékařská péče je příliš drahá, je příliš specializovaná a kde tedy je potřeba tomu nemocnému podat ruku, pohladit ho, podat mu nějaké pomocné slovo.

**Höschl:** A nebo kde ta péče je bezmocná, a tam bychom se neměli za žádnou cenu snažit ten problém medicinizovat. Vždyť víme, že vznikl právě proto, že tam je medicína bezmocná. A tam ta role těch, o kterých jste mluvil, pane děkane, je daleko důležitější než role lékaře, který by to v tuto chvíli vlastně měl odtroubit. A měl by si uvědomit to, že člověk, který se dostal tváří v tvář smrti,

prochází zhruba takovými 5-6 stádií<sup>2</sup>, která stojí za zmínku (budou se týkat většiny z nás). To první je šok z onoho poznání a taková ta otázka: „to není možné, to není pravda, to je nějaký omyl, zítra se vzbudím a zjistím, že se mi to jenom zdálo“. Šok je vystřídán popřením, vytěsněním: „To je nějaké nedorozumění, zaměnili výsledky, to se pak ukáže“. Tato fáze je vystřídána zlobou. Když pacient shledá, že nejde o omyl, hledá viníka a ten se (třeba i nevědomě) projikuje do okolí. „Zvorali to tam, primář je neschopnej, poškodili mě, žaloba se pošle“. Tato fáze je potom v dalším kroku většinou vystřídána hlubokou depresí, smutkem, hrozným prožitkem toho, co se vlastně stalo, co mě čeká a tato fáze může potom přejít procesem, kterému někteří odborníci říkají dekateze (odpoutání - vlastně od tohoto světa) do fáze usmíření, kde už se s tím dá žít: podívám se na vnoučata, napíšu závěrečný dopis a potom v klidu zemřu. To je ta *dobrá smrt* v pravém slova smyslu. A úloha teologů a psychologů je, provádět těmito stádií. Tady medicína nezmůže s těmi trubičkami nic: Provádět pacienta za ruku stádií vyrovnávání a dovést ho co nejdřív k usmíření.

**Přidal:** Dostal jsem dopisy od několika osamělých lidí, kteří na tom zatím nejsou nejhůř, ale uvažují takto: „jsem sám nebo sama, za chvíli nezvládnou ani všechny práce kolem své hygieny, kolem pořádku ve svém bytě, moji přátelé umírají jeden po druhém, moje naděje, že se dostanu do nějakého penzionu, do nějakého domova, kde by o mě pečovali, je malá, protože čekací lhůty jsou několikaleté. Co mi nakonec zbude, když nenajdu účinnou pomoc?“

**Höschl:** A to je právě signál vyslaný ke společnosti.

**Přidal:** Ano, je to signál společnosti, ale společnost je tak obrovské zvíře nebo tak matný mrak, že na to vůbec nemusí odpovědět. Jaké jsou potom reálné alternativy euthanasie. Jsou jistě nadace, např. nadace Hospic, která myslí na budování domů, ve kterých by lidé trávili poslední, nejtěžší chvíle nebo hodiny, měsíce svého života, ale i tato nadace u nás teprve shání peníze a chce vystavět první takové zařízení. Jsou domovy důchodců, jsou léčebny dlouhodobě nemocných, ale, podle Vašich zkušeností, je to odpověď na tu depresivní myšlenku, co budu dělat, až budu bezmocný a nikde pro mne nebudou mít volné lůžko a volnou ošetřovatelku?

---

<sup>2</sup> Podle Elizabeth Kübler-Rossové probíhá reakce nemocného na umírání v 5 stádiích:

1. Šok a popření.
2. Hněv, podrážděnost, výčitky ("proč zrovna já?").
3. Smlouvání (že bude dodržovat léčebná nařízení, smlouvání s Bohem, že dá na charitu nebo na kostel, bude-li uzdraven, atd.)
4. Deprese. Stažení se, zpomalení, poruchy spánku, beznaděj, sebevražedné myšlenky.
5. Přijetí. Dotyčný přijme skutečnost, že smrt je nevyhnutelná a akceptuje její bezvýjimečnost.

**Munzarová:** Je třeba tu společnost tak směřovat, aby k tomuto vůbec nedošlo. Přece se musí vycházet od jedince. Jestli je ta paní smutná, že nemá schopnosti nebo představy, že se sama opatří, tak je to třeba nějakým způsobem zařídít. Můžou to být docházky do domu, charitativní péče, případně hospic. A hlavně zase návrat, co nejdelší pobyt doma. Věřím, že by se našla řada nadšených lidí, kteří by se těmto lidem věnovali, protože to přece patří k naší evropské kultuře, abychom takto postupovali a ne přijímali sociální důvody pro nějakou euthanasii.

**Neoral:** Já bych řekl, že skutečně je to také otázka pastorační. Můj starý, pro mě neobyčejně vážený univerzitní profesor, poslední polyhistor na naší fakultě, měl ohlášenou přednášku na mezinárodním kongresu ve svých téměř 80 letech: „Přísaha Hippokratova nebo učení Maimonidesovo“ a tehdy v té práci, kterou už nepřednesl, se vlastně přímo nebo nepřímou přimlouvá za euthanasii -

**Přidal:** - která by byla v rozporu s přísahou Hippokratovou. A co ho k tomu vedlo?

**Neoral:** On byl sám takhle nemocen, ale nakonec bezprostředně před smrtí to stanovisko změnil. Byl to tehdy apel lékaře, univerzitního profesora, na obec lékařskou. A teď dokonce při sjezdu delegátů Lékařské komory v roce 1992 na podzim vznikl návrh, aby v etickém kodexu se vypustila věta, že euthanasie a pomoc při sebevraždě jsou nepřipustné.

**Přidal:** Ale neprošel.

**Neoral:** Absolutní většinou zkušených lékařů, i těch mladých. To znamená, že u nás stále trvá to, že zabít člověka, je proti medicínské etice a je to proti zákonu.

**Přidal:** V Etickém kodexu České lékařské komory je věta: „vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti nemusí být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu“.

**Höschl:** My se pomalu dostáváme vlastně k tomu, co tedy lékař v takových situacích může dělat. A v této souvislosti vzpomínám na jeden skutečný příběh, který se odehrál a který ukazuje, kam až se může dostat role lékaře v beznadějných stavech. Na naší fakultě je jedna z mála popáleninových klinik v republice, která obsluhuje v podstatě celou zemi. Popáleniny patří k nejděsnějším oborům medicíny. Na tu kliniku, kterou vede prof. Königová, jíž si velice vážím, bylo přivezeno dítě, které bylo v takovém stavu, že sice bylo možno zachránit jeho život, ale za cenu naprostého zohavení. Bylo to tzv. „neukazovatelné dítě“, jako z hororu. Když po určité době byla matce umožněna návštěva a matka mohla s tím dítětem setrvat, tak propadla šílenému emočnímu stavu, v němž se v noci pokusila to dítě zabít, protože než toto, tak proboha ať

nic takového neexistuje. Ta vražda se jí nepodařila, nicméně ta matka byla obviněna. Dítě zůstalo bez pomoci a bylo prakticky nepropustitelné, ale žilo. A teď vznikla otázka, co s ním. Na takovém akutním oddělení nelze mít dítě, jehož život může trvat léta a které je ve stavu, kdy ho nelze nikomu jinému svěřit. V této fázi určité beznaděje lékařského týmu (který sám propadá depresím a potřebuje psychoterapeutickou podporu), byli po autohavárii přivezeni bezdětní manželé, kteří sami byli tak postiženi, že museli projít celou tou katarzí, aby zůstali také při životě. A ti v tom dítěti našli nový smysl života. Lékařka zprostředkovala adopci onoho dítěte tomuto páru.

**Přidal:** A to byl původně život toho dítěte prodloužený za značně velkou cenu. Čemu Vy říkáte prodlužovat život za každou cenu? Kdybyste měl názorně doložit tuto představu.

**Bauer:** To je strašně těžké zobecnit, protože jakmile budete chtít něco kodifikovat jako obecný parametr, vždycky narazíte na individuální situace, které se tomu budou vymykat. V medicíně se však občas dostanete do situace, kdy můžete prakticky se stoprocentní pravděpodobností říct: „nemám šanci dále léčebně zasáhnout, vím, že to onemocnění bude působit takové a takové obtíže, které budou narůstat a které se stanou nesnesitelnými“ a to je ta situace, o které se bavíme, jak ji vyřešit.

**Přidal:** Kdy si řeknete: „už nebudu tento život prodlužovat, budu jenom mírnit jeho bolest“?

**Bauer:** Prosím Vás, tady by bylo dobré definovat, jestli tlumení bolesti a obtíží pacienta *lege artis* s využitím všech moderních poznatků vědy je totožné s euthanasií nebo zda je to standardní léčebný postup, který je v souladu s Hippokratovou přísahou, že pacientovi pomáháme, že mu neškodíme. A já si myslím, že to je potřeba definovat, protože jinak se řada z nás ocitne v situaci, kdy si nebudeme jisti, jestli jsme nespáchali trestný čin, protože dneska, máme-li efektivně tlumit bolest, postupujeme podle určitých kritérií, ale končíme nakonec v u vysokých a stále stupňovaných dávkách opiátů, které samozřejmě na jednu stranu tlumí bolesti, tlumí obtíže, ale samozřejmě tlumí i určité vitální nebo životní funkce. Čili my tímto způsobem, přestože pomáháme odstranit bolest, můžeme nepřímo urychlit tlumení určitých životních funkcí a navodit -

**Přidal:** -Jak o tom mluvíte se studenty, kterým přednášíte na oddělení lékařské etiky, upozorňujete je na toto dilema?

**Munzarová:** To je učebnicový příklad použití takzvaného principu dvojího efektu, což je jedna z mravních zásad, že totiž jeden způsob jednání může mít za následek určité dobro, které chci a *současně* určité zlo, které nechci. V každém

případě je to mravně naprosto něco jiného než aktivní euthanasie. Ta by se neměla schovávat za nějaké termíny, ale jasně říct, že se jedná o úmyslné zabítí pacienta, byť by motivací bylo milosrdenství a byť by tam byla jeho žádost. Čili to jsou z mravního pohledu dvě diametrálně odlišné věci.

**Neoral:** Vy se ptáte, pane doktore, co je to neudržovat život za každou cenu. To obecně se musí vždycky promítnout do konkrétního případu: Při havárii dojde k těžkému poranění hlavy a mozku, prakticky, promiňte mi ten surový výraz, mozek na dlažbě a běží srdce a dýchání. Dotyčný je přivezen ARO<sup>3</sup>. Není žádná šance. Začne vynechávat srdce a dech já mám možnost buďto zahájit udržovací léčbu na přístrojích. V tomto stavu když někdo ten dýchač vypne, tak to je „neudržovat život za každou cenu“. Byl by to už jenom život vegetativní. Naproti tomu znám konkrétní případ, který jsem viděl jako medik, 4letého dítěte s obrovskou vodnatelností hlavy. To dítě neslyšelo, samo nejedlo, muselo se krmit a viděl jsem ho, když tomu dítěti bylo 20 let na těžce posteli s obrovskou hlavou. Pečovaly o něj řádové sestry, později sestry civilní, ale nikoho nenapadlo to dítě usmrtnit.

**Höschl:** Zázraky se dějí. To je možná v tomto momentě třeba zdůraznit. Neudržovat za každou cenu, ale pozor, zázraky se dějí a jsou o tom svědectví. Zažil jsem několik, za všechny dva. Měli jsme pacienta, který kromě projevů psychiatrického onemocnění trpěl nitrolební expanzí, tedy něčím, co v té lebce roste, což se nám podařilo zjistit a ukázalo se, že je to nádor a že potřebuje neurochirurgickou operaci. Já jsem se na ni byl ve Střešovicích podívat (ono to trošku vysvětlovalo tu jeho psychiatrickou problematiku) a při té operaci se postupovalo až do oblastí, kde jsou životně důležité funkce. V tu chvíli se ta operace musela odtroubit s tím, že nádor je prorostlý do oblastí, kde už se s tím nedá nic dělat, protože chirurgický zásah tam by ukončil život, což se tedy nestalo. Nádor byl histologicky určen tak, že mi ten operátor řekl: „maximálně měsíc přežití“. A já jsem toho pacienta potkal za dva roky. Ale nejenom to, on vinou tlaku toho nádoru před tím oslepl postupně na obě oči; a po těch dvou letech na jedno oko zase viděl! To je proti všemu, co čtu v učebnicích, ale toto se může stát. A proto pozor, pozor. A druhý takový případ byl náš kolega, který po autohavárii ležel 14 dní jako preparát a všichni nad ním zlomili hůl a říkali: „to je tragédie, protože i když ho zachráníme, tak ten život nebude stát za nic, protože mozek bude poškozen, čert ví, co to bude za život“. Tady byla ohrožena kvalita života, o které se často v souvislosti s euthanasií mluví. Ten člověk dneska učí na univerzitě. Dávali jsme mu tak obrovské dávky nootropních látek, že byly proti všem příkázáním. Nevím, jestli je to tím nebo není, ale prostě ten člověk se z toho kómatu dostal, prošel jakýmsi psychiatrickým stavem, který hraničil s psychózou a odezněl. Dnes opět učí na univerzitě.

---

<sup>3</sup> ARO = oddělení anesteziologie a resuscitace

**Přidal:** Já bych rád, kdybyste kromě těchto zázraků, přece jenom mohli poradit lidem, kteří uvažují jinak než o takové budoucnosti znamenající nehodu nebo nějakou tragedii. Uvažují o tom, že postupující nemoc může způsobit, že přestanou ovládat své tělo, své tělesné funkce. Nejenom, že si to představují, ale vidí to u podobně postižených starých lidí. A začnou se zabývat myšlenkou: „je toto ještě důstojný a kvalitní život, když já už budu vydán všanc jenom soucitu ostatních“? Neměli by mít ten soucit jiného druhu?

**Bauer:** Je to strašně těžké, protože skutečně toto je věc, o které jsme zatím ještě moc nehovořili. My jsme hovořili o nemoci a podobném utrpení, ale v podstatě to psychické utrpení trošinku zůstalo v pozadí. To je obrovská zátěž, když člověk, který vnímá, není schopen kontrolovat některé své vyměšovací funkce. To vůbec není bolest, to je zcela specifické utrpení a těžko ho zvládneme. Zmíňme sestry, ať už civilní, řádové nebo pečovatelky, které toto musí velmi často dělat. A na nich je potom, aby těm lidem vysvětlily, že to není pro ně, které je takto ošetřují, nedůstojné, že to dělají z přesvědčení, protože cítí jako svou lidskou povinnost toto dělat.

**Přidal:** Toto všechno se nedá vměstnat do nějakého zákonného předpisu nebo do zákona odhlasovaného parlamentem. Vůbec se zdá, že otázky života nebo smrti a umírání se vymykají hlasovacím aparátům, které by měly přinést nějaké snadné východisko. To, co vy říkáte, je otázka lidské solidarity spíše než lidské povinnosti nebo nějakého práva na důstojnou smrt.

**Höschl:** Víte, v souvislosti s těmi zázraky jsem jinými slovy chtěl říct, že naděje umírá poslední. Že ta naděje vždycky někde v koutku je. To je jediné vodítko, ať už se ta naděje transformuje v cokoli, třeba v usmíření se situací. Ale naděje tam vždycky je, na tu by se nemělo zapomínat; zejména v té fázi, na kterou jsem při výčtu psychologických stavů zapomněl a to je fáze smlouvání. Všimněte si, že tvář v tvář neštěstí dochází ke smlouvání s Bohem nebo s osudem. „Ať se ještě dožiju promoce své dcery nebo svatby své vnučky nebo dám do kasičky na milodary, když to dobře dopadne“. To jsou stavy, ze kterých člověka vyvádí cosi úplně jiného než technologie medicíny. A je to do určité míry právě naděje. Jste vážně nemocen, je to smrtelné, ale v některých případech to může dobře dopadnout a kvalita Vašeho života nemusí být ohrožena.

**Přidal:** Děkuji Vám všem a každému zvlášť.



# ESENCIÁLNÍ GRAFOFOBIE

---

Jiří Horák

---

Práce kvalifikovaného lékaře na klinice se liší od práce v běžných zdravotnických zařízeních zejména podílem na výuce a na výzkumné a publikační činnosti kliniky. Zatímco naprostá většina lékařů učí studenty bez námitek a ráda, s výzkumnou a publikační činností to je často horší. V některých případech se pak vyvíjí tak silná averze k přednáškové a zejména publikační činnosti, že znemožňuje postiženému další činnost na klinice, ačkoliv se mnohdy jedná o lékaře schopné a svědomité. Vzhledem ke své závažnosti a častému výskytu si tento stav, který lze označit pracovním názvem esenciální grafofobie (dále EG), zaslouží systematickou analýzu, které se mu zatím nedostalo. Dovolujeme si proto uveřejnit jeho první popis, vycházející z vlastního pozorování řady různě závažných případů.

EG je charakterizována následujícími příznaky, které jsou ovšem v jednotlivých případech vyjádřeny odlišnou měrou:

- hluboký až nepřekonatelný odpor k napsání jakéhokoliv odborného článku či přednesení sdělení (v soukromí nazývaného cint, blábol, plk, slint, šplecht, žvejik apod.), zejména pak popisujícího výsledky vlastní odborné činnosti,

- přesvědčení, že:

- a) medicínský výzkum je záležitostí vyhrazenou především Američanům, Japoncům a v menší míře pak dalším geograficky méně vzdáleným národům,

- b) jedinou naší možností je číst anglicky psanou odbornou literaturu a předávat její obsah studentům, nejvýše pak na jejím základě napsat přehledný článek,

- tvrzení, že úroveň naší medicíny či konkrétního pracoviště žádný výzkum prostě neumožňuje. Nejprve je třeba zlepšit vlastní situaci (přístrojové vybavení, počet lékařů a sester, organizaci práce, laboratorní zázemí atd.) a pak lze teprve uvažovat o nějaké výzkumné činnosti,

- nedůvěra až opovrhování lékaři výzkumem se aktivně zabývajících a jejich označování za grafomany, spisovatele, konfabulanty, pisálky apod.,

- šíření uvedených názorů na další, zejména mladší lékaře a vyhledávání společnosti lékařů stejně smýšlejících (potěšení ze vzájemného utvrzování se na popsaných stanoviscích cestou pozitivní zpětné vazby).

Jak již vyplývá z navrženého názvu, etiologie esenciální grafofobie není jasná. Genetické aspekty jsou zřejmě druhořadé, i když ženy jsou postiženy poněkud častěji než muži. Řádná analýza v tomto směru však zatím provedena nebyla a u postižených nebyly ani vyšetřovány vazby k HLA-systému. Významnějšími se zdají být vlivy okolního prostředí: EG se vyskytuje nápadně často na určitých pracovištích. Je pravděpodobné, že fokální výskyt EG je způsoben sociálně-psychologickými vlivy pracoviště na predisponované jedince. Z rizikových endogenních faktorů se zřejmě uplatňuje sebepodceňování, nedostatečná motivace, pohodlnost a neochota zaujmout a vyjádřit vlastní stanovisko. Kupodivu úloha obyčejné lenosti je ve většině případů málo významná. Význam celospolečenských změn je nepochybný, výskyt EG se od r. 1989 zřetelně zvýšil. Analýza těchto souvislostí se však vymyká rámci předkládaného sdělení. Incidenci EG lze těžko stanovit, avšak v lokalitách s endemickým výskytem se její prevalence pohybuje kolem 50 i více procent.

Diagnóza u rozvinutých případů nečiní potíží, svízelná až nemožná však bývá v počátečních stádiích, kdy symptomatologie není plně vyjádřena a klinický obraz může být velmi atypický. Laboratorní nález je obvykle zcela normální. Nové pohledy na esenciální grafofobii by mohlo přinést v současné době probíhající mapování lidského genomu.

Průběh je chronický, zpočátku se střídají údobí částečné remise s exacerbacemi, avšak vcelku jeví postižení zřetelnou tendenci k progresi a dlouhodobá prognóza je nepříznivá. Autor nepozoroval ani jeden případ trvalého vyléčení.

Účinná léčba není známa. Psychoterapie má vliv v nejlepším případě dočasný, příklady nedotčených spolupracovníků zůstávají bez odezvy. Tlak či sociální násilí ze strany vedení pracoviště jen zvýrazňuje symptomatologii a vede k odchodu postiženého do méně náročného zdravotnického zařízení. Farmakoterapie zatím zkoušena nebyla.

Zásadní význam nepochybně přísluší prevenci. Ta by měla začít již v průběhu pregraduálního studia. Klíčovou roli jistě hraje způsob výuky na lékařských fakultách: probíhá-li výuka středoškolským způsobem, tj. látka je přednášena studentům jako soubor fakt, o kterých se nediskutuje a nepochybuje, pak je ve studentech pěstován pocit, že medicínská praxe a výzkum jsou dvě nesouvisící oblasti, přičemž praxe je vyhrazena běžným („normálním“) lékařům a výzkum jakýmsi pomatencům, kteří jeho cestou v lepším případě realizují své většinou pomýlené představy, v případě horším ukájejí své osobní ambice. Naopak správně vedená výuka by měla vést studenty k pochopení toho, že biomedicínský výzkum je nedílnou součástí moderního lékařství, bez níž se opravdu kvalitní léčebná a preventivní činnost prostě provádět nedá.

# SESTŘIČKY

# INFORMACE O NÁVRHU KONCEPCE TRANSFORMACE VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

---

Eva Šiplová, hlavní sestra FN KV

---

V důsledku systémových změn ve zdravotnictví nutně musí dojít i ke změnám v kvalifikační přípravě pracovníků ve zdravotnictví, a tím i sester. Pokud chceme modernizovat ošetrovatelství, je nutné aby se naše profese změnila i ve vzdělávání.

Stáváme se samostatnými odbornými pracovníci v ošetrovatelství, kdy si svoji práci umíme plánovat, řídit ji, vykonávat a také hodnotit. Sestra musí být rovnocennou partnerkou lékaře a ostatních pracovníků, kde každý podle svých znalostí pracuje ve prospěch nemocného. Abychom mohly splnit požadované úkoly, musí dojít ke kvalifikačním změnám, příprava sester a organizace práce bude jiná. Sestra, jako samostatný zdravotnický pracovník, musí být dobře teoreticky i prakticky připravena. Pr otože její náplň práce vychází z toho, že ošetrovatelství je systém typicky ošetrovatelských zákroků, ku prospěchu zdraví jedince, ve prospěch jeho rodiny a osob, které nemocnému pomáhají.

Centrální skupina pro vzdělávání středně zdravotnických pracovníků při odboru vědy a vzdělávání MZ ČR vypracovala návrhy s nimiž Vás chci seznámit.

## Tabulka č. 1

### KATEGORIE SESTER

<p><b>Všeobecná sestra</b> (sestra druhé úrovně)</p> <p><u>vzdělání:</u> ukončení Základní školy</p> <p>Sřední čtyřletá zdravotnická škola - ukončena maturitou (Studium rozšířené o více prevence a komunitní medicínu)</p> <p><u>uplatnění:</u> poskytuje základní ošetrovatelskou péči pracuje jen jako členka týmu pod vedením diplomované sestry</p> <p><u>předpokládá se:</u> další vzdělávání</p>	<p><b>Diplomovaná sestra</b> (sestra první úrovně)</p> <p><u>vzdělání:</u> ukončení Základní školy, ukončená střední škola</p> <p>Vyšší tříletá zdravotnická škola Univerzita, Fakulta</p> <p><u>uplatnění:</u> absolventka je připravena poskytovat péči primární, ošetř. péči i vybranou special. ošetř. péči ve všech typech zdrav. zařízení</p> <p><u>předpoklad:</u> celoživotní vzdělávání</p>
--	--

#### **Diplomovaná sestra:**

Sestra první úrovně pracuje samostatně, převážně v terénu, kde sama rozhoduje. V nemocnici u lůžka vykonává práci sestry vedoucí směny a řídicí funkce.

Diplomovaná sestra má nejvyšší stupeň kvalifikačního vzdělání sester. Absolvovala Vyšší zdravotnickou školu, nebo bakalářské studium a předpokládá se, že si bude celoživotně doplňovat své vzdělání.

#### **Diplomovaná sestra je sestrou první úrovně.**

V souladu s nově pojatým ošetrovatelstvím je navrhováno, v oboru všeobecná sestra, vzdělávání sester druhé úrovně ve čtyřletém studiu zakončeném maturitní zkouškou na střední zdravotnické škole.

Absolventka studia bude schopna pracovat na jakémkoliv zdravotnickém pracovišti a vykonávat zde základní ošetrovatelskou péči.

Studium se svým pojetím nebude příliš odlišovat od dosavadního studia, bude posíleno vzdělávání v oblasti preventivní péče a komunitní medicíny.

**Všeobecná sestra si může doplnit vzdělání a dosáhnout titulu diplomovaná sestra.**

**Tabulka č. 2.**

**Návrh pregraduálního vzdělávání středních a vyšších zdravotnických pracovníků**

po absolvování Gymnázia nebo střední odborné školy s maturitou

obor vyššího studia - tříleté studium - diplomovaná všeobecná sestra  
diplomovaná dětská sestra  
diplomovaná porodní asistentka  
diplomovaná dietní sestra

Tato tabulka uvádí, které sestry mohou pokračovat ve specializační přípravě - jsou to diplomovaná všeobecná sestra, diplomovaná dětská sestra, diplomovaná porodní asistentka, diplomovaná dietní sestra.

Všeobecná sestra si může doplnit vzdělání na diplomovanou sestru. Dosud se diskutuje o vzdělání diplomované sestry pro JIP a diplomované sestry pro psychiatrii.

Předpokládá se, že budou převažovat všeobecné sestry na jednotlivých odděleních nemocnic. Podle mého názoru, se musí jejich počet řídit stupněm specializace a obtížností práce na pracovišti. Na vysoce specializovaných odděleních, bude pravděpodobně většina diplomovaných sester.

Při navrhované změně profesní přípravy sester se bere v úvahu doporučení mezinárodních organizací sester a jsem ráda, že se pro naši výuku v ošetrovatelství se otevírá i specializovaná výuka na vysokých školách, případně i v zahraničí.

Je nám jistě všem jasné, že změny přinesou neklid mezi sestry. Některé se budou doškolovat, jiné budou dále pracovat jako všeobecné sestry, jiné možná i odejdou z profese.

Proto je velmi nutné pečlivě uvážit pravidla přechodného období a stanovit jeho délku. Prezidiem ČAS bylo doporučeno, aby bylo vytvořeno delší přechodné období ve kterém si stávající sestry mohou doplnit vzdělání tak, aby dosáhly tu kvalifikaci kterou si budou přát.

Na prezídiu ČAS byl podán rovněž návrh, aby zkušené sestry s pomaturitním studiem byly zařazeny jako diplomované sestry, bez nutnosti si vzdělání doplňovat podle současných návrhů.

Když hovoříme o budoucnosti, je nutné se i zamyslet, zda v početně slabších ročnících, které v dohledné době budou ukončovat školu, najdeme dost děvčat, která půjdou po maturitě na gymnáziu na Vyšší zdravotnickou školu. Zda jiná budou po ukončení základní školy studovat na střední zdravotnické škole.

Absolventkám pak musíme připravit takové podmínky, které je přivedou právě na naše pracoviště a ne do jiných zdánlivě atraktivnějších zaměstnání.

Je nutné také upozorňovat na nutnost dobrého stanovení počtu pravděpodobných kandidátek zdravotnické profese v budoucnosti a přihlédnout k tomu při transformaci.

### Tabulka č. 3

Zde uvádím předpokládaný harmonogram změn.

#### Předpokládané změny ve vzdělávání středně zdravotnických pracovníků

1995	proškolení vedoucích pracovníků zdravotnických škol - již proběhlo
1996	zavádění vyšších forem studia - schváleno a probíhá
1997	postupná transformace zdravotnických škol
2001	první absolventi
2002	dokončena transformace všech zdravotnických škol

### Tabulka č.4

Pro zajímavost několik čísel

V roce 1960/61 studovalo 7.843 studentek obor zdravotní sestra 1994/95 to bylo již 15.904.

#### Počty studujících na zdravotnických školách

rok	60/61	90/91	90/92	92/93	94/95	94/95
zdravotní sestra	7 843	14 631	15 459	16 433	16 658	15 904
dětská sestra	3 272	5 118	4 928	5 591	2 177	980
ženská sestra	387	540	495	479	524	587

### Tabulka č.5

Uvádí počet vycházejících absolventů. V roce 1960/61 vycházelo 1.732 absolventek - zdravotních sester, v roce 1993/94 již 4.826..

#### Počet vycházejících absolventů ve školním roce

rok	60/61	90/91	90/92	92/93	94/95
zdravotní sestra	1 732	2 818	3 375	3 799	4 826
dětská sestra	944	1 206	1 217	1 334	1 167
ženská sestra	148	270	234	244	183

### Tabulka č.6

Nám ukazuje počty zdravotních sester. V roce 1985 jich bylo 49.147 v roce 1994 již 61.492.

Tato čísla lze interpretovat různě, myslím, že především ukazují na náročnost povolání a změnu v profesi sester.

#### Počty vybraných kategorií pracovníků ve zdravotnictví

rok	1985	1991	1992	1993	1994
zdravotní sestra	49 147	56 815	56 071	46 719	61 492
dětská sestra	20 584	16 080	14 501	11 145	13 472
ženská sestra	4 966	5 234	4 925	3 831	4 977
dietní sestra	828	851	733	665	732

Od roku 1991-1993 údaje k dispozici pouze ze státního sektoru.



# STUDENTI

# ZDRAVÍ VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ

---

H. Provazníková, N. Štulerová, M. Berkovičová

---

V současné době věnuje otázkám zdraví vysokoškolské populace pozornost řada států. V roce 1993 byla provedena analýza forem zdravotní péče o studenty na 11 univerzitách v Kanadě, ve Spojených státech je návrh péče o zdraví studentů součástí připravované zdravotní reformy. Asociace univerzitních zdravotních ústavů publikovala program péče o zdraví studentů do roku 2.050. Autoři tohoto programu zdůrazňují nutnost orientovat zdravotní péči o studenty výrazně preventivně a poukazují na fakt, že vlivy které negativně působí na zdraví studentů jsou velice specifické a úzce souvisí se studiem na vysoké škole. Asociace navrhuje posílit spolupráci mezi zdravotními ústavy a vysokými školami až tak, že by se pracovníci ústavu účastnili výuky a ovlivňovali u studentů postoje ke zdraví. V Evropě je zajištěna péče o zdraví studentů na většině univerzit. V České republice je v současné době diskutována nutnost zdravotní péče o studenty, způsob jejího zabezpečení, její rozsah a ekonomické zabezpečení a prozatím je její koncepce nejasná. Projekt by měl přispět k vyjasnění některých z těchto otázek.

Řešení projektu bylo zahájeno v roce 1994 a je rozvrženo do 3 let. Projekt je realizován na 3.lékařské fakultě jako prospektivní studie s opakovaným měřením v ročních intervalech. Cílem projektu je zjistit změny somatického a psychického zdraví vybrané skupiny studentů během jejich studia na vysoké škole, analyzovat hlavní rizikové faktory, které působí v tomto období na studentskou populaci a pokusit se stanovit možné vazby mezi studijními předpoklady, životními podmínkami, studijními úspěchy a zdravím.

## POPIS METOD

### Sledovaný soubor

Soubor tvoří 283 studentů 3. LF UK /169 žen, 114 mužů/, kteří prošli dvoustupňovým přijímacím řízením v roce 1992, 1993 a 1994 (Kožený et al., 1993). Soubor bude doplněn o údaje 82 studentů, kteří byli přijati ke studiu ve školním roce 1995/96.

Průměrný věk při vstupu na fakultu byl u studentů 18,2, u studentek 18,1 let. 96,8% (274) respondentů maturovalo na gymnaziu, 1,8% (5) studentů vystudovalo jinou střední školu, 1,1% (3) studenti absolvovali učební obor s maturitou, 0,3 (1) student je absolvent jiné vysoké školy.

### Sledování zdravotního stavu

U všech přijatých studentů je, ve spolupráci s Poliklinikou pro vysokoškolské studenty, provedena při vstupních preventivních prohlídkách analýza zdravotního stavu a to jak objektivně daného, tak subjektivně pocíťovaného. Celková prohlídka je doplněna řízeným rozhovorem zaměřeným na osobní a rodinnou zdravotní anamnezu a životní styl respondentů.

### Otázky jsou rozděleny do 4 skupin

\* *identifikační údaje*

\* *zdravotní stav studentů*: prodělaná onemocnění, úrazy, vrozené a získané vady, vývojové poruchy, dále návštěvnost lékaře, subjektivně pocíťované stavy jako bolesti hlavy, bolesti páteře a pod.

\* *rodinná anamneza*: údaje o zdravotním stavu rodičů, prarodičů a sourozenců

\* *životní styl*: otázky jsou zaměřeny nejen na současný životní styl studenta, ale vztahovaly se i k jeho návykům na střední škole (pravidelnost studia, čas věnovaný přípravě do školy, potřeba spánku, stravovací návyky, spokojenost se studiem, pocity únavy a pod.)

Metodika sledování zdravotního stavu byla ověřena na vybrané skupině studentů v roce 1992.

V průběhu studia jsou u členů sledovaného souboru zaznamenávány změny zdravotního stavu. Respondenti na počátku každého dalšího školního roku vyplňují dotazník. Otázky jsou zaměřeny především na studijní zátěž na vysoké škole (náročnost, čas věnovaný přípravě, problémy se zkouškami). Druhá část dotazníku je zaměřena na subjektivní hodnocení zdraví.

Ve třetím ročníku studia jsou respondenti pozváni na preventivní prohlídku na Polikliniku pro vysokoškolské studenty. Kromě celkového vyšetření je u studentů stanoveno BMI, krevní tlak, cholesterol, vyšetřen krevní obraz, moč, a jaterní testy. Zvláštní pozornost je věnována onemocnění pohybového aparátu.

Prospěch studentů po prvním ročníku studia

Údaje o prospěchu jsou přebírány ze studijního oddělení fakulty. Zaznamenávány jsou všechny pokusy o složení zkoušky, výsledná známka, opakovování, přerušení ročníku a ukončení studia.

### Statistického zpracování

Získané údaje jsou postupně zpracovány v programu EpiInfo 6.0 Významnost vztahů mezi proměnnými je testována chi-kvadrát testem a Kendalovým testem

## VÝSLEDKY

U studentů všech sledovaných ročníků se prokázalo, že **zdravotní stav** při vstupu na vysokou školu, přestože se jedná o populaci mladých lidí, není uspokojivý a výskyt některých chorob a jejich četnost je varující.

**Tab.1**

**Nejčastěji se vyskytující onemocnění v anamneze studentů**  
[vstupní preventivní prohlídka 1992, 1993, 1994 (n = 283)]

	zdraví	vážná onem.	alergie	onem. pohyb. a.	hormon. poruchy	úrazy	vady zraku
1992 n=106		34.0	50.9	38.7	9.4	95.3	40.6
1993 n=106		46.2	49.1	34.0	5.7	57.5	46.2
1994 n=71		35.2	47.9	29.6	5.6	78.9	49.3

Z **rodinné anamnezy** je patrná u sledovaného souboru dispozice k vážným onemocněním. Počet onemocnění u rodičů sledovaných chlapců a dívek je varující. U 72,3% otců a u 59,7% matek uvádí respondenti jedno onemocnění, u 23,1% otců a u 26,8% matek onemocnění dvě.

**Tab.2 Výskyt chorob v rodině studenta**

	hypertenze	onem. srd. a cév	GIT	pohyb. aparát	diabetes	alergie	gynekologie
1992 n=106	%	%	%	%	%	%	%
o	15.1	12.3	12.3	17.0	6.6	4.7	
m	6.6	13.2	22.6	17.0	0.9	6.6	6.6
1993 n=106							
o	13.2	13.2	17.9	15.1	2.8	6.6	
m	6.6	11.3	18.9	16.0	1.9	12.3	5.7
1994 n=71							
o	9.9	14.1	9.9	11.3	5.6	7.0	
m	4.2	18.3	11.3	18.3	2.8	5.6	11.3
1992, 1993, 1994 n=283							
o	13.1	13.1	13.8	14.8	4.9	6.0	
m	6.0	13.4	18.4	17.0	1.8	8.5	7.4

o = otec m = matka

Ze získaných informací o **životním stylu** studentů je možno usuzovat na některé výrazné změny mezi střední a vysokou školou a z toho plynoucí rizika pro studenty. Při rozboru údajů o životním stylu a životních návycích respondentů bylo zjištěno nejen přetrvávání nesprávných návyků ze střední školy, ale vlivem změny životních podmínek daných přechodem na vysokou školu u významného počtu studentů jejich zhoršení.

**Tab.3. Životní styl studentů 3.LF UK ( n = 212 )**

	SŠ %	VŠ %
učí se nepravidelně méně než 1 hod/den 3 - 4 hodiny/den	77,4 5,7 1,4	34,9* 0,5 36,3*
úsilí nutné k zvládnutí studia *		
mírné	39,6	0,5
normální	58,5	49,0
velké	1,9	50,5
připravuje se *		
odpoledne	29,9	19,0
večer	46,0	58,8
v noci	3,8	12,3
spánek *		
8 a více hod.	30,7	7,5
méně než 7 hodin	7,5	43,9
jídlo *		
nepravidelně	15,6	25,0
2 krát denně	2,4	12,2
volný čas *		
nespokojeni	2,4	34,0
spokojeni	82,5	19,3
kouření ne	83,5	82,1
alkohol ne příležitostně ano,pravidelně	21,7 75,9 2,4	13,4 84,0 2,4

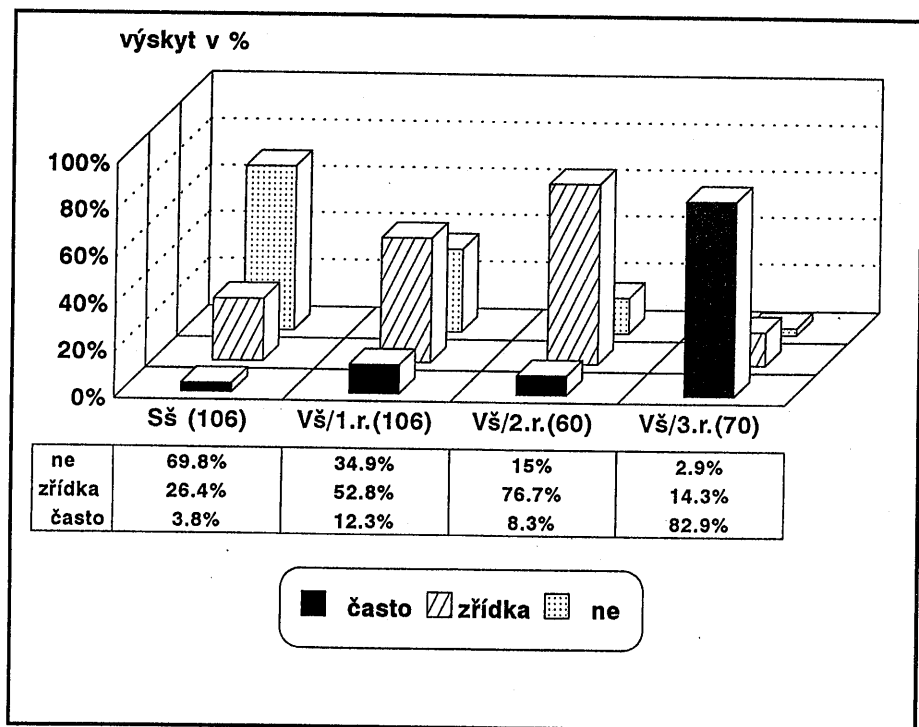
\* statisticky významný rozdíl na hladině 0,05

Nepravidelný denní režim, nedostatek spánku a volného času, nevhodná výživa a stravovací režim spolu s vysokou studijní zátěží se u sledovaného souboru projeví rostoucím pocitem únavy.

**graf 1.**

Zdravotní stav posluchačů 3. LF UK

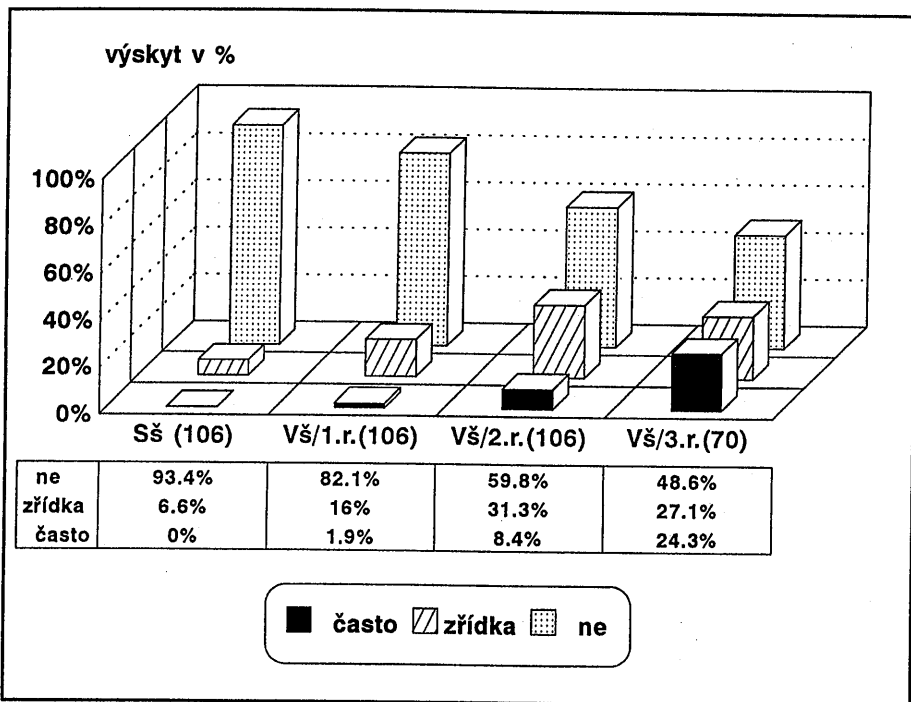
(pocit únavy)



Srovnáme-li výskyt subjektivních zdravotních stesků u respondentů na počátku studia, v prvním, druhém a třetím ročníku zjišťujeme, že významně přibývá studentů s těmito problémy.

**graf 2.**

Zdravotní stav posluchačů 3.LFUK  
(poruchy spánku)

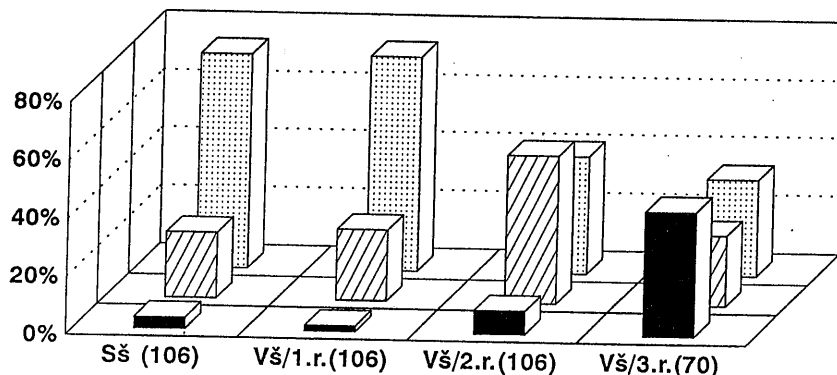




**graf 3.**

Zdravotní stav posluchačů 3.LFUK  
(bolesti hlavy)

výskyt v %



ne	73.6%	73.6%	40.2%	32.9%
zřídka	22.6%	24.5%	50.9%	24.3%
často	3.8%	1.9%	8%	42.9%

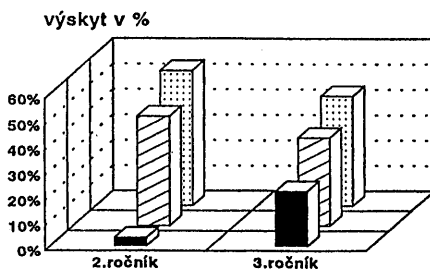
■ často    ▨ zřídka    ▤ ne

**graf 4.**

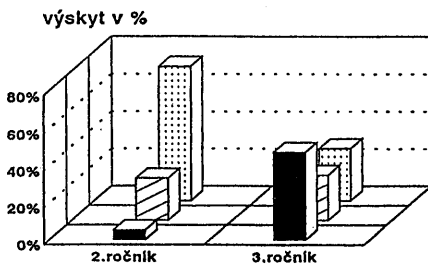
Zdravotní stav posluchačů 3.LFUK

(srovnání výpovědí studentů v prvním a druhém ročníku)

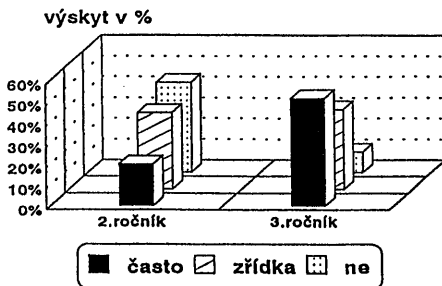
**zažívací, trávicí potíže**



**bolesti páteře**



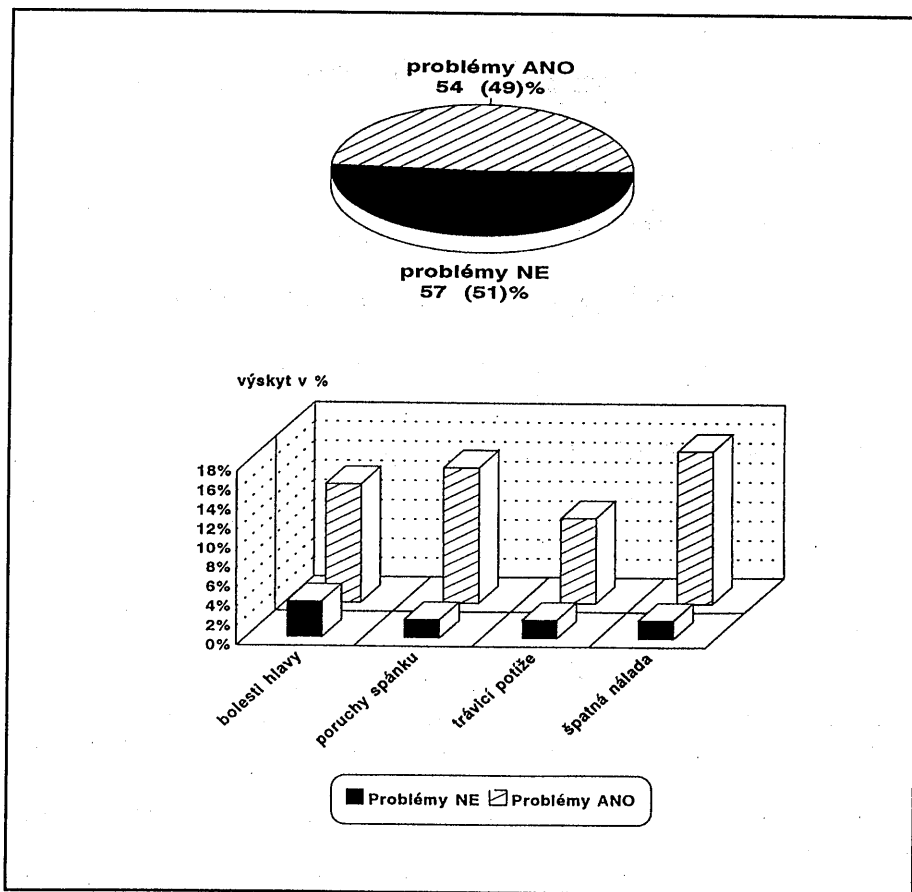
**špatná nálada**



Zajímavé je zjištění, že častěji se objevují tyto potíže u studentů, kteří udávají v dětství problémy v rodině.

**graf 5.**

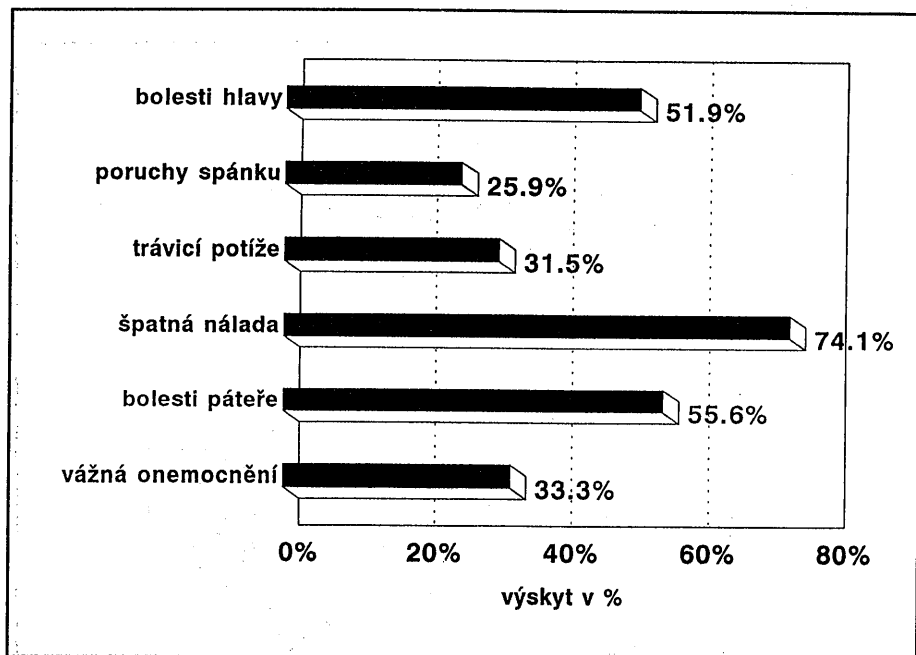
Problémy v rodině v dětství



Rozdíly ve výpovědích těchto skupin studentů jsou statisticky významné. Studenti z rodin s narušenou harmonií udávají subjektivní zdravotní potíže významně častěji již na střední škole

## graf 6.

Zdravotní stav posluchačů se studijními problémy  
Percentuelní výskyt zdravotních problémů (n =54)



U skupiny studentů se **studijními problémy** /opakované zkoušky, opakování ročníku, přerušení studia/ byla provedena analýza jejich zdravotního stavu. Z grafu je patrné vysoké procento studentů se subjektivními zdravotními steskami i s objektivním nálezem poškození zdraví.

Výsledky, které byly získány během prvního roku studie ukázaly na závažné zdravotní problémy sledované skupiny studentů. Analýza dat získaných od dalších skupin respondentů, kteří zahájili studium v roce 1993 a 1994, první závěry studie potvrzuje. Závěry objektivního vyšetření studentů ve 3.ročníku budou předloženy v roce 1996. Životní styl studentů se do velké míry transformuje do způsobu života na vysoké škole a v řadě ukazatelů se zhoršuje. Studenti se studijními problémy mají ve vysokém procentu zdravotní problémy. Ukazuje se že u poměrně velkého procenta studentů s velmi dobrými předpoklady pro studium medicíny existuje vážné riziko studijního selhání jak ze zdravotních příčin, tak nevhodného životního stylu.

Studie bude pokračovat podle časového plánu uvedeného v projektu. V roce 1996 bude dokončen sběr dat a jejich úplná analýza.

# TAJEMSTVÍ ČILI DOCELA MALÁ ÚVAHA O VELKÉ VĚCI

---

Halina Votinská,

---

*v době vzniku této práce studentka 1. ročníku Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové*

Každý z nás hledá určité „vodítko“ či „návod“, podle kterého by se mohl pohybovat ve světě: žít, myslet - a který by mu naznačil či přímo označil, co je „dobré“ a co „zlé“, co ANO a co NE.

Takové hledání je zřejmě něco, čím se člověk odlišuje od ostatních tvorů: kráva, přežvykující na louce jetel, patrně neuvažuje o čase a prostoru kolem sebe, stejně jako moucha přilepená na mucholapce asi právě neprožívá strach z bezprostřední blízkosti své vlastní smrti.

Co však člověka nutí horečně a bolestně pátrat po původu a smyslu svého „já“ a všeho, co jej obklopuje? Alan Watts 4 ve své knize „Ta Kniha“ říká:

„Údiv a jeho výraz v poezii a umění patří k tomu nejdůležitějšímu, čím se patrně liší lidé od jiných živočichů a inteligentní a vnímaví lidé od tupců.“

Právě a jedině člověk je tedy schopen žasnout a divit se téměř všemu v sobě i kolem sebe. Jistě - i zvíře se může svým způsobem „divit“: zbijeme-li bezdůvodně psa, asi kromě bolesti a strachu pocítí i on určitý „údiv“ nad tím, co jsme udělali. Bude to však údiv značně odlišný od lidského údivu nad světem, neboť bude vycházet pouze z toho, že jsme udělali něco, co náš pes v dané situaci „nečekal“, zatímco lidský údiv nevychází z ničeho - zdá se být „neodůvodnitelný“, ačkoli tušíme, že není „bezdůvodný“. Co však bylo příčinou toho, že člověk přestal chápat hvězdné nebe nad sebou jako samozřejmost a začal nad ním žasnout?

Myslím, že tato změna velice úzce souvisí se vznikem lidského slova. Cítíme, jak diametrálně se slovo liší od skřeku zvířete, jak daleko přesahuje možnosti komunikace ostatních živočichů, jak hluboce se dotýká našich myšlenek.

Co tak mocného skrývá „slovo“, že bylo schopno změnit veškerou podstatu našeho „já“? Václav Havel ve „Slovu o slovu“ říká:

„Dík zázraku slova víme - asi lépe než ostatní živočichové, že toho ve skutečnosti víme velmi málo - totiž, že existuje tajemství.“

Před námi tak leží řada souvisejících pojmů:

„člověk - údiv - slovo - tajemství“.

Člověk prostřednictvím slova uchopil přítomnost tajemství a pocítil údiv - jakoby se tedy tyto pojmy definovaly najednou a mezi sebou navzájem.

„Na počátku bylo slovo“, praví se v Bibli - a je tím míněno slovo Boží. Filosoficky to vyjadřuje Václav Havel ve zmíněné esaji:

„...někde tam, kde přebývá ono slovo, jež bylo na počátku všeho a jež není slovem člověka...“

Snad skutečně existuje ono První, „Oživující“ Slovo, které - vyřčeno kýmkoli nebo čímkoli - vytvořilo tento svět, a člověk se stal člověkem teprve tehdy, když pochopil, že toto slovo existuje - snad je opravdu „slovo“ základem všeho.

A snad je to právě chápání existence tajemství, co dělá člověka člověkem: tedy jediným jsoucнем, které - řečeno slovy německého filosofa Martina Heideggera - „ví o svém vlastním bytí“.

Tajemství je s člověkem odedávna pevně a nerozlučně spjato. Pravěcí lidé žasli nad bleskem i východem slunce a kreslili na skálu zvířata probodaná oštěpy v posvátné víře, že jen tak si zajistí dobrý lov, staří Řekové obětovali životy beranů i lidí, aby usmířili své bohy a oni jim popřáli klidnou plavbu, Herakleitos, Aristotéles, Rousseau, Kant a další rozvíjeli svou lásku k moudrosti - filosofii, křesťané odříkávají se sepjatýma rukama modlitby, magici vyvolávají duchy, vědci rozbíjejí atomy a měří potkanům tep...

To jsou jen zdánlivě rozdílné věci a snahy, které však mají stále jeden a týž cíl. Jako lidé totiž víme, že existuje tajemství, a všemi těmito činnostmi se pokoušíme oslovit to, co je nám tímto tajemstvím zahaleno, a svými slovy a činy to ovlivnit.

Nemá smysl chtít odpovědět na otázku, *co je* tajemství. Tak jako láska a pravda, ani tajemství nemůže být než samo sebou... Zamysleme se spíše nad tím, jakým způsobem lidé k tajemství přistupují, jak tajemství ovlivňuje jejich život a co pro ně vlastně znamená.

Tajemství je vlastně určitá neviditelná hranice mezi věcmi a jevy a jejich podstatou a příčinou, která nám brání právě onu podstatu a příčinu věcí a jevů postihnout naším lidským chápáním. Tato skutečnost - totiž vědomí, že hranice zvaná tajemství existuje a že kromě toho, co vnímáme svými smysly, tu je ještě něco dalšího - tedy tato skutečnost vyvolává v člověku neodbytnou touhu onu hranici jakýmikoli jemu dostupnými prostředky překročit.

Jenže ono to nějak nejde. Ať totiž děláme cokoli, ať se snažíme sebevíc a obětujeme této své snaze první poslední, zůstává tajemství tajemstvím - neústupné, nerozluštitelné.

Končí 20. století - a my jsme se naučili „ovládat svět“. Přesto však kdesi v hloubi své duše dobře tušíme, že vlastně nejsme o nic dál a nechápeme o nic víc než ti, kteří

před mnoha a mnoha tisíci lety stáli pod hvězdným nebem a žasli. Propadáme skepsi a jakési „ztrátě životních jistot“.

Proč tomu tak je? Protože jsme se pokusili o něco, co nejde. Pokusili jsme se „očistit“ od tajemství to, co je jím bytostně zahaleno - pokusili jsme se „nacpat svět do krabice“.

Svět se do žádné krabice nacpat nedá. Že žádné zákony, které jsme si na něj vymysleli - ani matematické, ani fyzikální, ani chemické ani kterékoli jiné - prostě nejsou schopné jej v jeho celkovosti postihnout. Zdálo by se, že „všechno krásně funguje“, ale ... - dokážeme pomocí našich analýz popsat - či se alespoň dotknout - podstaty takových věcí, jako je láska, přátelství, pravda, smrt, víra anebo třeba - tajemství?

Všechny naše představy o světě vznikly vždy nutně zkresleným pohledem na svět: dokázali jsme odhalit spoustu „příčin“ a „důsledků“ a „objevit“ tak celou řadu takzvaných „obecných principů“ - ale nejsme si vědomi našeho základního omylu. Alan Watts připodobňuje naše pokusy „uchopit svět“ k pozorování kočky Šklby za plotem:

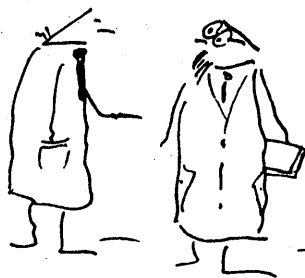
*„Máme tu někoho, kdo ještě v životě neviděl kočku. Dívá se úzkou štěrbinou v plotě a na druhé straně projde kočka. Nejprve uvidí hlavu, pak už ne tak jasně chlupatý trup a nakonec ocas. To je ale zvláštní! Kočka se otočí a jde zpátky a on zase vidí hlavu a o něco později ocas. Začíná to vypadat, že tahle posloupnost je cosi pravidelného a spolehlivého. A znovu se kočka otočí a on zase uvidí tutéž pravidelnou posloupnost - prvně hlava, pak ocas. Usoudí z toho, že událost hlava je neměnnou a nutnou příčinou události ocas, který je důsledkem hlavy. Takováhle absurdní a zavádějící hatmatilka vzejde z toho, když pozorovatel nedokáže vidět hlavu a ocas pohromadě - dohromady je to jedna kočka.*

Kočka se nenarodila jako hlava, která by po nějakém čase způsobila ocas, narodila se dohromady - jako kočka s hlavou a ocasem. Potíž byla v tom, že náš pozorovatel se na ni díval úzkou štěrbinou, a tak neviděl celou kočku najednou.

Úzká štěrbina v plotě silně připomíná to, jak my pozorujeme svět...“

Je tedy zřejmé, o jaký omyl se jedná. „Tajemství“ totiž není otázka, na kterou máme dát odpověď, není to rébus určený k rozluštění, to není křížovka, kde doplněním prázdných políček dostaneme tajenku. Posláním tajemství není dávat člověku možnost ho porušit, posláním tajemství je být tajemstvím.

Má-li člověk svůj život „prožít“ (a ne pouze „odžít“), bez tajemství - a bez lásky - to prostě nejde. Člověk tedy musí žít s tajemstvím a v tajemství: musí se trápit otázkami, na které nedostává odpovědi, hledat, co tajemství skrývá - a přitom vědět, že to nikdy nemůže najít. Zní to snad zprvu absurdně, ale není to o nic víc absurdní než vědět, že zemřu, a přesto žít...



JO.

NO JO, OVO SE REKNE - ETIKA...

ALE KDO POTOM BUDE DELAT S LIDMA...?



TEXTY

# SEBEODKAZOVÁNÍ A SMYSL V BĚŽNÉM JAZYCE

Karl R. Popper

*Theaitétos.* Ted' poslouchej pozorně, Sókrate, neboť to co ti ted' předložím, není žádný trik.

*Sókratés.* Slibuji, že se vynasnažím jak nejlépe budu umět, Theaitéte, pokud mne ušetříš podrobností o svých úspěších v teorii čísel a budeš mluvit jazykem, jemuž já, obyčejný člověk, mohu rozumět.

*Theait.* Hned další otázka, kterou ti chci položit, je otázka mimořádná, ačkoli je vyjádřena v dokonale obyčejném jazyce.

*Sókr.* Nemusíš mne upozorňovat, jsem jedno ucho.

*Theait.* Co jsem ted' řekl mezi tvými posledními dvěma přerušeními, Sókrate?

*Sókr.* Řekl jsi: 'Hned další otázka, kterou ti chci položit, je otázka mimořádná, ačkoli je vyjádřena v dokonale obyčejném jazyce'.

*Theait.* A rozuměl jsi tomu, co jsem říkal?

*Sókr.* Ovšemže ano. Tvoje upozornění se týkalo otázky, kterou jsi mi hodlal položit.

*Theait.* A co to bylo za otázku, jíž se mé upozornění týkalo? Můžeš ji zopakovat?

*Sókr.* Tvoje otázka? Počkej... Aha, ano, tvoje otázka byla: 'Co jsem ted' řekl mezi tvými posledními dvěma přerušeními, Sókrate?'

---

\* *Selfreference and Meaning in Ordinary Language*, in: *Conjectures and Refutations*, Routledge, New York 1992 (1963), pp. 304-311; poprvé otišeno v *Mind* N.S. 63, 1954. Přeložil Jiří Fiala, 1995

*Theait.* Vidím, že plníš, co jsi slíbil, Sókrate: dáváš pozor na to, co říkám. Ale rozumíš té mé otázce, kterou jsi právě citoval?

*Sókr.* Myslím, že mohu prokázat, že jsem tvou otázku pochopil ihned. Neodpověděl jsem snad správně, když jsi mi ji položil?

*Theait.* Tak je tomu. Ale souhlasíš, že je to otázka mimořádná?

*Sókr.* Ne. Připouštím, že nebyla položena zrovna slušně, *Theaitéte*, ale obávám se, že na tom není nic mimořádného. Ne, nemohu na ní vidět nic mimořádného.

*Theait.* Lituji, že jsem byl hrubý, Sókrate; věř mi, chtěl jsem být jen stručný, což má v tomto stádiu naší diskuse určitou důležitost. Pokládám však za zajímavé, že si myslíš, že je moje otázka obyčejná (nehledě na její hrubost), neboť někteří filosofové by mohli říci, že je to otázka nemožná – v každém případě otázka, již není možné správně rozumět, neboť nemá žádný smysl.

*Sókr.* Proč by tvá otázka neměla mít smysl?

*Theait.* Protože nepřímě odkazuje k sobě.

*Sókr.* To nevidím. Pokud mohu vidět, tvá otázka se pouze týkala upozornění, které jsi mi řekl hned předtím, než jsi otázku položil.

*Theait.* A čeho se mé upozornění týkalo?

*Sókr.* Teď už vidím, co míníš. Tvoje upozornění se týkalo tvé otázky a tvá otázka tvého upozornění.

*Theait.* Ty ale říkáš, že rozumíš oběma, upozornění i otázce?

*Sókr.* Nemám vůbec žádný problém s rozuměním tomu, co jsi řekl.

*Theait.* Zdá se, že to dokazuje, že dvě věci, které někdo říká, mohou být zcela smysluplné bez ohledu na to, že odkazují nepřímě samy k sobě – první odkazuje k druhé a druhá k první.

*Sókr.* Zdá se, že to dokazuje.

*Theait.* A nemyslíš si, že je to mimořádné?

*Sókr.* Mně se to mimořádné být nezdá. Připadá mi to samozřejmé. Nevidím, proč by ses měl obtěžovat s upozorňováním na takovou banalitu.

*Theait.* Protože to mnozí filosofové aspoň implicitně popírali.

*Sókr.* Opravdu? Překvapuješ mne.

*Theait.* Myslím filosofy, kteří říkají, že paradox jako je *Lhář* (megarská verze *Epimenida*) nemůže vzniknout, neboť smysluplná a správně sestavená věta nemůže odkazovat sama k sobě. *Sókr.* Znáš *Epimenida* i *Lháře*, kteří říkají: 'To co teď říkám, je nepravdivé' (a nic dalšího); a řešení, které jsi právě zmínil, pokládám za přitažlivé.

*Theait.* Nemůžeš však řešit paradox, připustíš-li, že nepřímé odkazování k sobě je přípustné. Neboť jak ukázali Russell, Jourdain a Langford (a před nimi Buridan), *Lháře* nebo *Epimenida* lze místo přímého odkazu formulovat pomocí odkazu nepřímého.

*Sókr.* Řekni mi prosím tuto formulaci hned.

*Theait.* Následující tvrzení, které hodlám pronést, je pravdivé.

*Sókr.* Ty nemluvíš vždy pravdu?

*Theait.* Poslední tvrzení, které jsem pronesl, bylo nepravdivé.

*Sókr.* Takže ho chceš odvolat? V pořádku, můžeš začít znovu.

*Theait.* Nezdá se, že bys chápal k čemu obě moje tvrzení vzatá pospolu vedou.

*Sókr.* Ach, teď už vidím důsledek toho, co jsi řekl. Máš úplně pravdu. Je to starý *Epimenides* celý znovu.

*Theait.* Použil jsem nepřímý odkaz místo přímého, to je celý rozdíl. A tento příklad ukazuje jasně, jak jsem přesvědčen, že paradoxy typu *Epimenida* nelze řešit tím, že budeme trvat na nemožnosti vět odkazujících na sebe samy. Neboť i kdyby bylo přímé odkazování na sebe nemožné anebo beze smyslu, nepřímý odkaz je zajisté záležitost běžná. Mohu teď třeba učinit následující poznámku: S důvěrou se těším na tvoji chytrou a vhodnou poznámku, Sókrate.

*Sókr.* Výraz tvé důvěry, *Theaitéte*, je vysoce lichotivý.

*Theait.* To ukazuje, jak snadno se může stát, že je nějaká poznámka poznámkou o něčem jiném, co je zase naopak poznámkou k té první poznámce. Jakmile však uvidíme, že nemůžeme paradoxy tímto způsobem řešit, tak také uvidíme, že i přímý odkaz na sebe sama může být naprosto v pořádku. Mnohé příklady neparadoxních, avšak přímo na sebe odkazujících tvrzení

byly opravdu známy už od dávných dob, a to jak sebeodkazujících vět více méně empirické povahy, tak i sebeodkazujících příkladů, jejichž pravdivost či nepravdivost může být zjištěna logickým uvažováním.

*Sókr.* Můžeš uvést příklad sebeodkazujícího tvrzení, které je empiricky pravdivé?

*Theait.* . . . . .

*Sókr.* Neslyším, co říkáš, Theaitéte. Opakuj to prosím trochu hlasitěji. Můj sluch už dávno není co býval.

*Theait.* Řekl jsem: 'Mluvíím teď tak tiše, že starý Sókratés nechápe, co říkám.'

*Sókr.* Tento příklad se mi moc líbí a nemohu popřít, že když mluvíš tak tiše, tak mluvíš pravdu. A nemohu ani popřít empirickou povahu této pravdy; neboť kdyby mé uši byly mladší, ukázalo by se, že to pravda není.

*Theait.* Pravdivost mého dalšího tvrzení bude dokonce logicky dokazatelná, například pomocí *reductio ad absurdum*, nejmilovanější metodou geometra Eukleida.

*Sókr.* Toho neznám, přepokládám, že nemíníš toho z Megary. Myslím však, že vím, co míníš slovem *reductio*. Řekl bys svou větu?

*Theait.* To, co teď říkám, má smysl.

*Sókr.* Nebudeš-li mít námitky, pokusím se dokázat tvou větu sám. Kvůli *reductio* začnu s předpokladem, že tvoje naposled pronesená věta je beze smyslu. To ovšem protirečí tomu, co jsi řekl a tudíž to má za následek nepravdivost řečeného. Je-li však něco řečeného nepravdivé, pak to musí mít jasně smysl. Takže můj předpoklad je chybný, což dokazuje tvoji větu.

*Theait.* Podařilo se ti to, Sókrate. Dokázal jsi mou větu – jak jsi to nazval. Někteří filosofové by ti však mohli nevěřit. Budou říkat, že moje věta (anebo dokazatelně pravdivá protivěta 'Co teď říkám je beze smyslu') je paradoxní, a že o ní, protože je paradoxní, můžeš 'dokázat' co se ti zlíbí – její pravdivost i její nepravdivost.

*Sókr.* Jak jsem ukázal, předpoklad pravdivosti tvé protivěty 'Co

ted' říkám je beze smyslu' vede ke sporu. Tak ať ukáží podobným způsobem, že předpoklad její nepravdivosti (anebo pravdivosti tvé věty) vede také ke sporu. Když se jim to podaří, pak mohou tvrdit její paradoxní povahu, anebo chceš-li, její smysluprázdnost a tedy i smysluprázdnost tvé věty.

*Theait.* Souhlasím, Sókrate, a navíc jsem úplně spokojen, že se jim to nepodaří – aspoň pokud budou pod 'smysluplným sdělením' rozumět něco takového jako výraz, formulovaný způsobem, porušujícím pravidla gramatiky, jinými slovy špatně sestavený výraz.

*Sókr.* Jsem rád, že se cítíš tak jistě, Theaitéte, nejsi si však naším příkladem příliš jist?

*Theait.* Nebudeš-li namítat, odložím odpověď na tuto otázku o jednu či dvě minuty. Důvod je ten, že bych tě rád napřed upozornil na fakt, že i kdyby někdo ukázal, že moje věta či protivěta je paradoxní, pak by ale se mu z toho nepodařilo dokázat, že se má označit jako 'smysluprázdná' v nejlepším a nejvhodnějším smyslu tohoto slova. Neboť aby se mu to podařilo, musel by dokázat, že z předpokladu pravdivosti mé věty (anebo nepravdivosti mé protivěty 'Co ted' říkám, je beze smyslu') plyne spor. Mel bych však sklon tvrdit, že se o takové odvození nemůže pokusit nikdo, kdo nerozumí smyslu mé věty či mé protivěty. A měl bych také sklon tvrdit, že lze-li smyslu řečeného rozumět, pak toto řečené *má* smysl. A opět, že když má nějaké důsledky (tj. jestliže z ní něco plyne), pak musí mít i smysl. Tento názor mi aspoň připadá být v souladu s obyčejným používáním, nemyslíš?

*Sókr.* Souhlasím.

*Theait.* Nechci však říci, že nemohou být jiné způsoby použití slov 'smysluplný', např. jeden z mých kolegů matematiků navrhol, abychom nějaké tvrzení nazývali 'smysluplným' jen když máme jeho platný důkaz. To by však mělo za následek to, že bychom nemohli vědět, zda taková hypotéza, jak je Goldbachova – 'Každé sudé číslo (kromě 2) je součtem dvou prvočísel' – je vůbec smysluplná, dokud bychom neměli její platný důkaz;

navíc by každý objev protipříkladu tuto hypotézu nevyvrátil, nýbrž by jen potvrdil, že postrádá smysl.

*Sókr.* To by byl, myslím, podivný způsob používání slova 'smysluplný'.

*Theait.* Jiní byli poněkud liberálnější. Navrhovali, abychom nazývali nějaké tvrzení 'smysluplným' tehdy a jen tehdy, existuje-li metoda jak toto tvrzení dokázat nebo vyvrátit. To by snad učinilo hypotézy typu Goldbachovy smysluplnými v okamžiku, kdy bychom našli protipříklad (nebo metodu jeho konstrukce). Dokud však nenajdeme metodu důkazu či vyvrácení, nemůžeme vědět, zda má či nemá hypotéza smysl.

*Sókr.* Nezdá se mi být správné prohlásit všechny dohady či hypotézy za 'nesmyslné' či 'smysluprázdné' prostě proto, že ještě nevíme, jak je dokázat či vyvrátit.

*Theait.* A ještě jiní navrhovali nazývat tvrzení 'smysluplným' jen když víme, jak zjistit, zda je pravdivé či nepravdivé; což je návrh, který vyjde více méně nastejno.

*Sókr.* Opravdu se to velmi podobá návrhu přecházejícímu.

*Theait.* Jestliže však pod 'smysluplným tvrzením či otázkou' rozumíme něco jako výraz, který je srozumitelný každému, kdo zná jazyk, protože je tento výraz utvořen v souladu s gramatickými pravidly pro tvoření vět či otázek v tomto jazyce, pak jsem přesvědčen, že můžeme dát správnou odpověď na mou následující otázku, která bude opět odkazovat sama na sebe.

*Sókr.* Zkusím, zda ji budu s to odpovědět.

*Theait.* Je to otázka, zda se tě teď ptám smysluplně nebo smysluprázdně.

*Sókr.* Má smysl a to prokazatelně. Neboť předpokládejme, že by moje odpověď byla nepravdivá a odpověď 'Nemá smysl' byla pravdivá. Pak lze dát pravdivou odpověď na tvoji otázku. Avšak otázka, na niž lze dát odpověď (a to pravdivě), musí mít smysl. Tudíž tvoje otázka byla smysluplná, *quod erat demonstrandum*.

*Theait.* Žasnu, Sókrate, kde jsi sebral tu latinu. Pořád nemohu najít v tvém důkazu chybu, je to nakonec jen verse tvého dů-

kazu toho, co jsi nazval 'mou větou'.

*Sókr.* Myslím, že ses zbavil návrhu, že sebeodkazující tvrzení jsou beze smyslu. Ale jsem z toho smutný, protože se to zdálo být nejpřímější cestou, jak se zbavit paradoxů.

*Theait.* Nemusíš být tak smutný, prostě tímto směrem žádná cesta nevede.

*Sókr.* Proč ne?

*Theait.* Zdá se, že si někteří lidé myslí, že existuje způsob řešení paradoxů tím, že se naše výpovědi nebo výrazy rozdělí na věty smysluplné, které mohou dále být pravdivé nebo nepravdivé, a na výpovědi, které jsou smysluprázdné nebo nesmyslné anebo nesprávně sestavené (nebo 'pseudověty' nebo 'neurčité proposice' jak tomu někteří filosofové rádi říkali), a které nemohou být ani pravdivé ani nepravdivé. Kdyby mohli ukázat, že paradoxní výpovědi spadají do třetí třídy z těchto tří vzájemně se vylučujících a společně vyčerpávajících tříd – pravdivé, nepravdivé a nesmyslné – pak by byli přesvědčeni, že by zmíněný paradox našel své řešení.

*Sókr.* Přesně tak. To byl způsob, který jsem měl na mysli, ačkoli jsem o něm neměl tak jasno. A shledávám ho přitažlivým.

*Theait.* Tito lidé se však neptali, zda je vůbec možno řešit paradox jako je Lhář na základě klasifikace do těchto tří tříd, i kdybychom mohli dokázat, že patří do oné třetí třídy smysluprázdných výpovědí.

*Sókr.* Nerozumím. Dejme tomu, že se jim podařilo najít důkaz, jímž se prokazuje, že výpověď tvaru '*U* je nepravdivá' nemá smysl, když '*U*' je jméno právě této věty '*U* je nepravdivá'. Proč by to neřešilo ten paradox?

*Theait.* Neřešilo, pouze by jej posunulo. Neboť za předpokladu, že *U* je sama výpovědí '*U* je nepravdivá' mohu vyvrátit hypotézu, že *U* nemá smysl pomocí právě této trojitě klasifikace výpovědí.

*Sókr.* Máš-li pravdu, pak důkaz hypotézy, že *U* je beze smyslu, by vlastně bylo samo novým tvrzením, které může být stejně dokázáno jako vyvráceno, tudíž novým paradoxem. Jak ale mů-



žeš vyvrátit hypotézu, že je  $U$  beze smyslu?

*Theait.* Zase pomocí *reductio*. Zcela obecně můžeme z naší klasifikace vyčíst dvě pravidla: (i) z pravdivosti ' $X$  je beze smyslu' můžeme odvodit nepravdivost ' $X$  je pravdivé' a také (což nás zde zajímá), nepravdivost ' $X$  je nepravdivé'; (ii) z nepravdivosti jakékoli výpovědi  $Y$  můžeme usoudit, že  $Y$  má smysl. Podle těchto pravidel zjistíme, že z pravdivosti naší hypotézy ' $U$  je beze smyslu' můžeme vyvodit podle (i) nepravdivost ' $U$  je nepravdivé', což vede podle (ii) k tomu, že ' $U$  je nepravdivé' má smysl. Ale protože ' $U$  je nepravdivé' není nic jiného než  $U$  samo, ukázali jsme (opět podle (ii)), že  $U$  má smysl, čímž *reductio* končí. (Mimoходом, protože z pravdivosti naší hypotézy plyne nepravdivost ' $U$  je nepravdivé', plyne z toho i náš původní paradox.)

*Sókr.* To je překvapivý výsledek: *Lhář*, který se vrátí oknem, jen co sis pomyslel, že ses ho zbavil dveřmi. Neexistuje žádný způsob, jak se paradoxů zbavit?

*Theait.* Jeden způsob existuje, Sókrate.

*Sókr.* A to?

*Theait.* Prostě se jim vyhnout, jak to dokáže skoro každý, a nestarat se o ně.

*Sókr.* Ale stačí to? Je to bezpečné?

*Theait.* Pro běžný jazyk a pro běžné účely se to zdá být dostatečné a docela bezpečné. V každém případě v běžném jazyce nemůžeš udělat nic jiného, neboť paradoxy se v něm dají sestavovat a jsou pochopitelné, jak jsme viděli.

*Sókr.* Nemůže se ale zákonem nařídit, že je třeba se vyhýbat jakémukoli druhu sebeodkazování, přímému či nepřímému, a tím náš jazyk očistit od paradoxů?

*Theait.* Můžeme se pokusit to udělat (ačkoli to může vést k novým potížím). Ale jazyk, pro nějž to nařídíme zákonem, už nebude naším obyčejným jazykem; umělá pravidla z něj udělají umělý jazyk. Neukázala naše diskuse, že aspoň nepřímé sebeodkazování je zcela běžnou záležitostí?

*Sókr.* Ale řekněme pro matematiku by poněkud umělý jazyk byl vhodný, ne?

*Theait.* Byl. A pro konstrukci jazyka s umělými pravidly, který by se mohl, kdyby se to udělalo vhodně, nazývat 'formalizovaným jazykem', si odneseme poučení z faktu, že paradoxy (kterým se chceme vyhnout) se mohou v běžném jazyce vyskytovat.

*Sókr.* A ty bys zákonem zařídil pro svůj formalizovaný jazyk, předpokládám, že všechny sebeodkazy je třeba vyloučit, nebo ne?

*Theait.* Ne. Paradoxům se můžeme vyhnout bez použití takových drastických opatření.

*Sókr.* Ty jim říkáš drastická?

*Theait.* Jsou drastická, protože by vyloučila některá velmi zajímavá použití, zvláště Gödelovu metodu konstrukce sebeodkazujících vět, metodu, která má nejdůležitější aplikace v oblasti mého zájmu, teorii čísel. Navíc jsou drastická proto, jak jsme se dozvěděli od Tarského, že v každém konsistentním jazyce – nazvěme jej ' $L$ ' – se nemohou vyskytnout predikáty 'pravdivý v  $L$ ' a 'nepravdivý v  $L$ ' (v protikladu k 'smysluplný v  $L$ ' a 'smysluprázdný v ' $L$ ', které se vyskytnout mohou), a že bez predikátů jako jsou tyto, nelze formulovat paradoxy typu *Epimenida* nebo Grellingova paradoxu heterologických přídavných jmen. A tento pokyn se ukazuje být dostatečný pro konstrukci formalizovaných jazyků, které se těmto paradoxům vyhýbají.

*Sókr.* Kdo jsou tito matematici? Theodoros nikdy jejich jména nezmiňuje.

*Theait.* Barbaři, Sókrate. Ale velmi schopní. Gödelova metoda aritmetizace, jak se tomu říká, je zvláště zajímavá v souvislosti s naší současnou diskusí.

*Sókr.* Další sebeodkaz a docela obyčejný. Začínám být trochu na tyto věci přecitlivělý.

*Theait.* Gödelova metoda, lze říci, spočívá v překladu některých nearitmetických tvrzení na tvrzení aritmetická. Ta se mění jakoby na aritmetické kódy. A mezi těmi tvrzeními, která mohou být takto okódována, se objeví také to, které jsi žertovně nazval

'mou větou'. Abych byl trochu přesnější, to tvrzení, které lze přeměnit na Gödelův aritmetický kód, je sebeodkazující tvrzení 'Tento výraz je dobře utvořená formule'; zde 'dobře utvořená formule' nahrazuje ovšem slovo 'smysluplná'. Vzpomeň si, že jsem se cítil trochu moc jistý ohledně tvé záliby v tom, že mi větu nelze vyvrátit. Můj důvod byl prostě ten, že když se promění v Gödelův kód, stane se z ní věta aritmetiky. Je dokazatelná a její negace je vyvrátitelná. Kdyby se teď někomu podařilo pomocí platné úvahy (třeba podobné tvému vlastnímu důkazu) mou větu vyvrátit – například vyvozením sporu z předpokladu, že je negace mé věty nepravdivá – pak by se táž úvaha dala použít pro ukázání téhož pro odpovídající větu aritmetickou a protože to by nám současně poskytlo metodu důkazu, že ' $0=1$ ', tak cítím, že jsem měl dobré důvody k přesvědčení o nevyvrátitelnosti své věty.

*Sókr.* Mohl bys vysvětlit Gödelovu metodu kódování bez zapletení se do technických podrobností?

*Theait.* Není třeba to dělat, protože to bylo uděláno už dříve – nemyslím dříve než teď, předpokládaného data našeho malého dialogu (asi tak 400 př.Kr.), nýbrž miním předtím, než náš dialog bude vůbec svým autorem zosnován, k čemuž nedojde dříve než uplyne dalších 2350 let.

*Sókr.* Jsem šokován, Theaitéte, tímto tvým posledním sebeodkazem. Mluvíš jako bychom byli herci recitující řádky nějaké hry. To je trik, obávám se, kteří někteří dramatici pokládají za vtipný, těžko však jejich oběti; mimochodem já také ne. Ale tím hůř, že každý takový sebeodkazující žert je zpozdilý vůči této tvé nesmyslné chronologii. Vážně, někde musíme vést čáru, Theaitéte, a já ji vedu zde.

*Theait.* Jdi, Sókrate, kdo se stará o chronologii? Ideje jsou bezčasové.

*Sókr.* Dej si pozor na metafysiku, Theaitéte!

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





# vita nos -tra

3 / 9 6

časopis  
3. lékařské  
fakulty  
university  
karlovy  
praha

r e v u e

VITA NOSTRA REVUE 3 / 96  
sborník statí, článků, dokumentů, komentářů a textů  
3. lékařské fakulty University Karlovy v Praze.

Cena čísla: 15 Kč, pro studenty 5 Kč.

Předplatné na 1 rok: 60 Kč.

Složenkou k předplacení obdržíte na děkanátě fakulty.

Redakce:

Pavel Gregor, Radana Königová, Jiří Ježek,  
Jiří Šimek, Milan Kment, Vladimír Špalek

Sazba a grafická úprava:

DIVUS

Kontaktní adresa:

VITA NOSTRA REVUE

Prof. Mudr. Pavel Gregor, DrSc.

II. interní klinika - pavilon S

Fakultní nemocnice 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 prodejně skript  
v budově děkanátu 3. LF UK.

<b>Světový summit lékařského vzdělávání</b> Argentina, Buenos Aires, 3. - 7. září 1996	<b>5</b>
---	----------

## FAKULTA

<b>Granty na 3. LF UK v roce 1996</b>	<b>19</b>
---------------------------------------	-----------

**PŘEDSTAVUJEME PRACOVISŤE 3. LF UK A FN KV V PRAZE:**  
**Kardiocentrum ve FN KV**

<b>* Základní údaje o zřízení kardiocentra ve FN KV</b>	<b>28</b>
---	-----------

*Petr Widimský*

<b>* Rozhovor s prim. MUDr. Zbyňkem Strakou, CSc., přednostou kardiochirurgického oddělení FN KV v Praze</b>	<b>30</b>
--	-----------

*Připravil Pavel Gregor*

<b>* Informace o postgraduálním kursu</b>	<b>34</b>
---	-----------

## AKTUÁLNÍ OTÁZKY

<b>Jak je zacházeno s dítětem, tak bude dítě zacházet se světem</b> <i>Rozhovor s prof. MUDr. PhDr. Petrem G. Fedorem-Freyberghem, CSc.</i>	<b>38</b>
--	-----------

<b>Conference Of The Czech Burn Society With Internacional Participation</b> <i>Radana Königová</i>	<b>42</b>
--	-----------

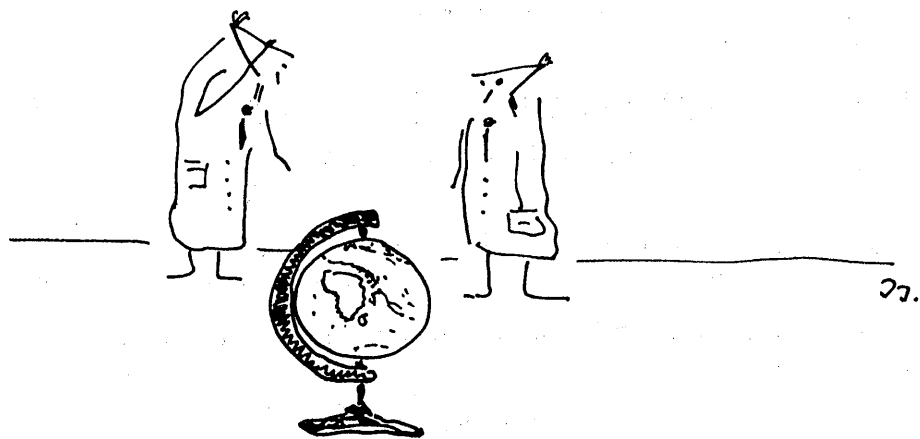
## STUDENTI

<b>Fencyklidinový model schizofrenie</b> <i>Petra Salivarová</i>	<b>46</b>
---	-----------

<b>Riziko výskytu schizofrenie u potomstva monozygotických a dizygotických dvojčiek</b> <i>Martina Jůzová</i>	<b>50</b>
--	-----------

## TEXTY

<b>Ukázka z knihy Zdeňka Eise: Starost a starosti</b>	<b>53</b>
---	-----------



ZDA' SE, ŽE SVĚT JE MŮJEM MENŠÍ,  
NEŽ JSME SI MYSLELI, PAME KOLEGO...



# SVĚTOVÝ SUMIT LÉKAŘSKÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

## WORLD SUMMIT OF DEANS AND EXPERTS ON HEALTH AND MEDICAL EDUCATION

Argentina, Buenos Aires, 3. - 7. září 1996

---

Cyril Höschl

---

Zahajovací ceremoniál světového summitu děkanů lékařských fakult a zdravotnických expertů byl velkolepý. Kromě pořadatele, děkana Lékařské fakulty v Buenos Aires, prof. Luise N. Ferreiry, byl přítomen také rektor University v Buenos Aires Dr. Oscar Shuberoff, zástupce generálního ředitele Světové zdravotnické organizace Fernando S. Antezana, ministr zdravotnictví a sociálních věcí Argentiny Dr. Alberto Mazza a ministryně kultury a vzdělání Susana Beatriz Decibe. V sále seděli velvyslanci téměř všech zemí světa a děkani lékařských fakult ze všech kontinentů. Přišlo mi, že když se sejdou děkani v České republice, nikdo o tom neví a z ministerstva se buď omluví nebo pošlou náměstka ředitele odboru. Celé zasedání, které bylo snímáno argentinskou televizí, začalo hromadným zpěvem argentinské hymny se zaujetím, které si lze v našich zeměpisných šířkách jenom stěží představit. Mimochodem Lékařská fakulta v Buenos Aires má téměř 25 000 mediků. Celá universita má podle posledního censu na 180 000 studentů a rektor zřejmě ani nezná všechny své děkany. Je to mamut, který co do počtu studentů předčí šestinásobek Karlovy university. V Argentině je asi 18% nezaměstnanost a není výjimkou, když lékaři dělají taxikáře. Jelikož ze zákona universita musí přijmout každého, dostal se děkan lékařské fakulty Ferreira do sporu se státní mocí, protože jeho fakulta nemohla zákonným požadavkům vyhovět pro nedostatek kapacit. Spor se dostal až k ústavnímu soudu, který Ferreira vyhrál, a tak mu snad bude od příštího roku umožněno omezit vstup mediků na školu.

První symposium sumitu bylo věnováno vztahům mezi univerzitou, výzkumem a farmaceutickým průmyslem. Otevřel je prof. Allin Gallochat, právní ředitel Pasteurova institutu v Paříži. Gallochat upozornil, že s rozvojem biotechnologií se do výzkumu dostává nové etické kritérium - zvažovat utrpení zvířat v poměru k zisku nebo blahu pro lidstvo. Tato etická kritéria podle Gallochata nesprávně vstupují do patentového řízení, které je v oblasti právních úprav lékařského výzkumu novinkou, jež se po celém světě rozmáhá a kterou Gallochat považuje za nesmírně přínosnou pro možnosti financování vědy a vzdělání. Autor upozornil na to, že subjektivní a často neurčitá etická kritéria jsou pro legislativní řízení a pro marketing technologií nepoužitelná. Uvedl příklad, kdy úřad odmítl z etických důvodů patentovat vynález transgenní myši, která měla sloužit k výzkumu léčby padání vlasů. Důvodem bylo to, že utrpení zvířat, podle komise, převažovalo nad očekávaným ziskem pro lidstvo. Toto odůvodnění Gallochat považuje za skandální, neboť vůbec nepočítá s mnoha těžkými psychologickými problémy, ke kterým někdy padání vlasů může vést, k rozvrátům rodin, sebevraždám a trvalé nepohodě těch, kdo se holohlavostí cítí poškozeni anebo skutečně poškozeni jsou. Blaho pro lidstvo je tedy neměřitelné. Etické komise také považují za nemravné patentovat lidské geny (je to jako dát si patentovat potomka). Gallochat naproti tomu tvrdí, že nebude-li možnost chránit výsledky jakéhokoli výzkumu, tak výzkum zanikne, neboť žádná firma nebude dávat obrovské peníze na vývoj a výrobu něčeho, co není možno chránit. Etici si neuvědomují, že zamítnutím patentu ničemu nezabrání. I po odmítnutí patentu může pokračovat nekontrolovaný výzkum i neetické využití. Patent naopak chrání před neautorizovaným použitím nápadu. Patent nesouvisí s utrpením. Naopak, souvisí-li, pak tedy zcela obráceně než si ochránci etiky představují: bez patentu nebude výroba, bez výroby nebudou peníze na výzkum a bez výzkumu stoupne lidské utrpení.

Na Gallochata navázal Jorge Otamendi, právník a sociolog z University v Buenos Aires. Upozornil, že patenty jsou po světě významným zdrojem příjmů universit. Aby systém fungoval, musí být ošetřen dobrým patentovým zákonem. Patentová experti by měli universitám pomáhat.

V následné diskusi převládá názor, že etika nemá do výzkumu a jeho patentování v této fázi zasahovat. Jsou totiž zcela jiná etická kritéria v různých kulturách a v různých zemích. Jiná etika je na Islandu, jiná v Řecku, jiná v Německu, jiná v Arabských zemích. Podle které by se mělo patentové řízení řídit? Navíc, něco je etického dnes, ale nebylo to etické před 5 lety a obráceně. Jak pak žádost o patent posoudit? Podle jakých kritérií patent odmítnout? Zejména jsou-li kritéria v oblasti filozofických disputací a subjektivních pocitů (viz euthanasie!), kdežto obchod je nemilosrdný a je-li mu zabráněno někde, přesune se okamžitě na pole, které je volné. Odmítneme-li něco patentovat z etických důvodů, budou to patentovat u sousedů. To povede k prosperitě těch, kteří mají nižší etická kritéria.

Resumé pro Českou republiku: předvídat tento vývoj a zaměřit se na expertízu a využití legislativních úprav v oblasti patentování vědeckých výsledků.

Symposium pokračovalo sdělením Henryho Ginsberga z Columbia University ve Spojených státech. Upozornil na vztah průmyslu k universitám a výzkumným centřům. Průmysl často kouká na universitní akademická centra jako na neefektivní útvary, neschopné jasného časového rozvrhu, nehospodárné, se špatnou kontrolou kvality a s omezeným přístupem k pacientům. Navíc mají institucionální překážky v podobě různých nařízeních, etických komisí atd. Řešení vidí Ginsberg ve zřizování kanceláře pro klinický výzkum a klinických výzkumných center. Jakýmsi interface mezi akademickými pracovišti a průmyslem by měly být společné semináře, stáže, tréninky, zavedení správné klinické praxe, umožnění akademického vzdělání reprezentantům průmyslu apod. Ginsberg se ptá, zda by skutečně se university měly stát tzv. CRO (Contract Research Organizations)? Ať je naše dnešní přání jakékoli, vývoj tím směrem zřejmě postupuje, zejména s ohledem na rostoucí nároky financování universit a výzkumu vůbec. Proto společné výcvikové programy university s průmyslem jsou další možností, jak tento vývoj předjímat.

V oblasti lékařského vzdělávání summit dal za pravdu snahám, které vedly ke změně curricula i k námětům, jež prosazujeme na 3. lékařské fakultě UK na základě vlastních zkušeností a nebo pouze intuitivně. Ukazuje se v zásadě, že:

1. university mají nezastupitelné místo v postgraduálním vzdělávání a těžiště působení lékařských fakult je právě tam (ne tak u nás).
2. Medicína a zdravotní péče se během 20. století natolik změnila, že je dále neúnosné, aby hlavní curriculum lékařských fakult mělo podobu stejnou jako před 70 nebo i 100 lety.
3. Přijímací řízení jsou velice citlivým procesem, který v současné době na mnoha universitách podléhá změnám.

Philippe Even, děkan Neckerovy lékařské fakulty a prorektor University V. v Paříži upozorňuje, že kromě inteligence, motivace a vědecké průpravy by se při přijímání studentů na lékařskou fakultu měla brát v úvahu ještě další selekční kritéria, jako vzdělání v sociálních a humanitních vědách, schopnost kritického sebehodnocení a učení, emoční vyrovnanost, zralost a stabilní osobnost schopná srdečné komunikace s lidmi. K dosažení tohoto cíle by mělo výběrové řízení pokud možno vynechat písemné anonymní soutěživé zkoušení testující převážně paměť a odborné hádanky a rozvinout otevřený proces založený na vyhodnocování předchozích akademických standardů, ať již vědeckých nebo nevědeckých, a - a to zejména - rozhovory, které dávají příležitost k dialogu jdoucímu do značné hloubky. Další výuka by neměla být pokusem o vyloučení studentů ze studia, ale měla by být zbavena stresů, sankcí a poskytovat co možná nejvíce jasné cíle a základy každého kursu, měla by být suportivní a pomáhat studentům rozvinout schopnosti vyhledávání informací a kritického myšlení, které by si podrželi po celý zbytek profesionální dráhy. Je třeba mít na zřeteli, že studenti - budoucí lékaři jsou vlastně celoživotní žáci. Na školách by se mělo rozvinout sebehodnocení. V klinickém

zkoušení by mělo převládat vyhodnocování řešení klinických problémů, které by měly vyvstávat z reality. Kazuistiky by měly být rozebrány do hloubky a studenti by měli být také posuzováni podle schopnosti kriticky zhodnotit výzkumné články a vést samostatně práci, o které by také uměli podat zprávu. Státnice, tak jak dosud probíhají, nám neříkají nic o skutečné schopnosti studenta fyzicky vyšetřovat, adekvátně se chovat, třídit informace a popisovat jasně a uceleně anamnézu, spolupracovat s ostatními odborníky a navrhnout další postup.

Dr. Gonnella, prorektor pro akademické záležitosti a děkan Jeffersonovy lékařské fakulty na Universitě Thomase Jeffersona v Pensylvánii ve Spojených státech vyčíslil a velmi podrobně ukázal, jak rozvoj výzkumu na jeho fakultě příznivě ovlivnil všechny ostatní dimenze lékařského vzdělávání. Rozvoj výzkumu měl pozitivní vliv na získávání studentů zejména postgraduálních, vytvořil atraktivní klima, které fakultu zhodnotilo v celonárodním měřítku, výzkumné aktivity nových vědců přitáhly nové lékaře do universitní nemocnice, která si přeje profitovat z této atmosféry a spolupracovat a výsledkem bylo, že se rozvinuly nové patientské programy, které dále posílily reputaci celé instituce. Na úrovni pregraduální došlo k ocenění vědeckého přístupu k lékařským problémům ze strany mediků a prohloubení jejich znalostí. Studenti se zájmem o výzkum mají příležitost zúčastnit se s vědci jak neformálně tak formálně výzkumných sezení a tréninkových programů. Rozvinulo se kritické myšlení a schopnost posuzovat nové přístupy.

V symposiu věnovanému zdraví z hlediska globálních socioekonomických změn vystoupil prof. David Galinsky z Fakulty zdravotních věd University Bena Guriona v Negevu (Beer-Sheva, Israel). Na Ben Gurionově universitě řídí děkan obojí složku. Jak zdravotnickou, tak školskou. Zásadou této školy je „kdo slouží, učí, kdo učí, slouží“. Jejich pojetí výuky je blízké novému curricula 3. lékařské fakulty: jak teoretické předměty, tak klinické předměty a veřejné zdravotnictví se vyučují paralelně vedle sebe po dobu 6 let. V prvním ročníku se učí cosi jako „life cycle“, životní cyklus. Mezi předměty patří:

- komunikace;
- pozorování;
- ošetřovatelství;
- multidisciplinární týmová práce;
- progresivní péče.

Tyto předměty jsou provázeny teoriemi z oblasti fyziologie stárnutí, teorie stárnutí a pod., neboť škola je zaměřena na gerontologii. Ve druhém roce se vyučuje statistika, epidemiologie a sociologie. Ve třetím roce je patofyziologie v různých oblastech. Ve čtvrtém roce je to fyzikální vyšetření, psychologické a psychiatrické a funkční hodnocení, neurologie a vyšetřování starých lidí. V pátém ročníku jsou pak chirurgické disciplíny a anestezie a resuscitace. Zvláštním předmětem je zvládnutí na lůžko upoutaného nemocného.

Prof. Klener (Universita Karlova Praha) věnoval své vystoupení zejména zprávě o transformaci českého zdravotnictví a důrazu, jaký je současném světě kladen na poměr „cost - benefits“. Reformní snahy by měly vést k minimalizaci nákladů a maximalizaci prospěchu zdravotní péče.

Prof. Heitor Gurgulino de Souza, rektor University Spojených národů v Tokiu, upozornil, že v důsledku současných socioekonomických změn a změn životního prostředí se důraz ve zdravotní péči posouvá až směrem k tomu, co on nazývá „ultimate preventive medicine“, čímž míní lepší péči o celé životní prostředí. Universita Spojených národů je tedy zaměřena na tři klíčové oblasti:

1. restrukturalizaci globální společnosti;
2. monitování ekologických katastrof;
3. hledání nových forem zvládnání životního prostředí.

Po plenární přednášce prof. Benedictuse Philadelpho De Siqueiry, prezidenta Panamerické federace společností lékařských fakult a škol (FEPAFEM) se rozpoutala celkem vzrušená diskuse o tom, jakou roli hraje universita dnes ve společnosti, zda má přebírat zodpovědnost za další osud svých absolventů a zda má nebo nemá být prodlouženou rukou státu a jeho politiky. Zatímco prof. Siqueira prosazoval obecné a státní zájmy mezi hlavními cíly činnosti university, jeho mimobrazilští oponenti a zejména oponenti ze Spojených států považovali jeho návrhy za přímé ohrožení nezávislosti university.

Prof. Daniel Alonso, proděkan Lékařské fakulty Cornell University v New Yorku, upozornil na to, že na domovenkách www by měly být studijní materiály přístupné studentům na vzdálených terminálech. Měly by tam být učebnice, a to hypertextové. Každá škola by měla soustředit veškeré úsilí na vybudování počítačových učeben. Sám promítl na diapozitivech vybavení počítačových učeben na Cornellově universitě. Celé stěny jsou omyvatelné, píše se na nich fixy, takže lze dělat po stěnách poznámky, stěny slouží jako tabule. Podle Alonsa by informatika na lékařské fakultě měla zahrnovat slovní procesor (textový editor), zacházení s literaturou, její vyhledávání, třídění a využívání, elektronickou poštu, práci s databázemi a spreadsheetsy, grafiku a prezentaci. Fakulta má podle Alonsa zařadit výpočetní techniku a informatiku do řádného curricula, má soustředit zdroje na studijní a výukové pomůcky (multimedia) a má sama vyvíjet výukový software! Děkan pak mají vývoj výukového software a elektronizaci fakulty odměňovat přinejmenším jako výzkumnou činnost.

Generální sekretář švédské Akademie věd a děkan Karolinska Institutu prof. Erling Norrby upozornil, že počítačové studovny představují novou sociální dimenzi, neboť jsou jakýmsi seřadištěm studentů, kteří se v čase, jenž není strukturován rozvrhem, spolu stýkají. Rozvoj takových studoven s sebou kromě toho přináší též novou roli a zodpovědnost personálu Informačních středisek. Podle Norrbyho je náplní informatiky definovat, sbírat, organizovat, ukládat, analyzovat a prezentovat data.

Z celého sympozia věnového informatice při výuce medicíny vyplývá pro nás řada poučení:

1. Především musíme naléhat na vytvoření takové domovenky na www, která může v brzké budoucnosti sloužit při zevním přístupu jako výuková báze. To znamená publikovat na ní hypertextové učební pomůcky.
2. Zřídít studentům vzdálený přístup do fakultní sítě.
3. Je třeba podpořit rozvoj studentských počítačových učeben a jejich chod v síti.
4. Je třeba velmi pozorně zařadit informatiku do celého curricula a iniciovat rozvoj vlastního software.
5. Nároky na informatiku tak, jak byly definované výše, zařadit do kritérií dovedností studenta v novém curricula.

Profesor Alberto Manetta z University of California, Irvine, připomněl, že e-mail má fungovat nejenom pro komunikaci student - student, ale také student - fakulta a student - administrativní fakulty. Má kromě toho sloužit k distribuci materiálů, k obecnému poradenství (student by si měl možnost e-mailem zjistit cenu vstupenky na večerní koncert) a k profesnímu poradenství. Manetta také poukázal na to, že v blízké budoucnosti bude čím dál důležitější úloha simulátorů činnosti srdce, simulátorů vyšetření pacienta, ať už v oblasti kardiopulmonální, metabolické aj. Možnost využití těchto simulátorů potom zvyšuje počet případů, se kterými má medik osobní zkušenost. Velmi problematickým v onom samostudiu, kterým využití počítačů pro mediky nepochybně je, vidí Manetta v soustředění na určitý úkol. Práce s počítači má sice tu výhodu, že je nezávislá na čase, že je nezávislá na rozvrhu a že není student stresován přítomností tutora, ale na druhou stranu vede často k velmi rozptýlené pozornosti, kdy dotýčný při hledání určité informace surfuje v internetu na baseballová skóre, nabídky erotických služeb a generátory anekdot. Mezitím se ztratí původní myšlenka. Proto je nesmírně důležité trénovat si soustředění, v angličtině se tomu říká „importance of staying focused“. Něco v tom smyslu by mělo sloužit našim internetovým surfařům jako heslo.

Celodenní blok byl věnován lékařskému vzdělávání a akreditaci vzdělávacích institucí. Zahájil jej prof. Carlos Martini, bývalý Vice President Americké Asociace lékařského vzdělávání. Následovaly panely věnované jak lékařskému vzdělávání (kvalitě získávání lékařských hodností i postgraduálního studia, lékařským rezidenzurám), tak akreditacím lékařských fakult a certifikátů pro profesionály.

Panelu, věnovanému lékařskému vzdělávání předsedal Prof. Leon Bernstein Hahn, děkan Fakulty biologických věd na Hebrejsko-argentinské universitě Bar-Ilán v Buenos Aires v Argentíně. Účastníky panelu byly prof. James Bernard Erdmann, proděkan Jeffersonovy lékařské fakulty ve Philadelphii ve Spojených státech, prof. Hélio Egydio Nogueira, rektor Federální university v Sao Paulu v Brazíli, prof. Cyril Hschi, děkan 3. lékařské fakulty Karlovy University v Praze a ředitel Psychiatrického centra a prof. Robert L. Thivierge, ředitel služeb kontinuálního vzdělávání Lékařské fakulty University v Montrealu v Kanadě.

Prof. Höschl kromě krátkého popisu vzdělávací soustavy v zemích střední a východní Evropy přednesl poprvé na mezinárodním fóru návrh nového curricula, které bylo spuštěno letos na 3. lékařské fakultě. Prezentace se těšila neobyčejnému ohlasu a byla předmětem téměř půlhodinové diskuse s následnou frontou zájemců o kopii nového curricula. Prof. Erdmann blahopřál k vystoupení, podpořil celou řadu argumentů uvedených ve sdělení i v diskusi a stejně pozitivní pozornosti se nové curriculum těšilo i z publika. Spoluorganizátor kongresu prof. Prigollini po přednášce přišel osobně pogratulovat, že teprve teď si váží toho, že mohli takového reprezentanta z bývalého „východu“ do Argentiny osobně pozvat. Někteří z účastníků poté žádali přednášejícího o účast v jejich transformačním procesu a o poskytnutí konzultací. Jedna z otázek v diskusi byla „Proč v novém curriculumu po problémově orientované fázi ve 3. a 4. ročníku, se potom v klinické části v 5. a 6. ročníku vrací curriculum opět ke klasickému dělení lékařských oborů“. Jde o kompromis, který je dán strukturou poskytování lékařské péče v českých nemocnicích. Jedním z problémů, které byly předmětem diskuse, byla integrace postgraduálního a pregraduálního studia a jejich rovnováha. Všeobecně podpoře se těšil český návrh, aby tam, kde tomu tak není, se přesouvalo těžiště postgraduálního studia na university, neboť jedině tak lze zajistit jak rovnováhu, tak integritu celého lékařského vzdělávání včetně vzdělávání celoživotního.

Jedním z překvapení celého kongresu bylo to, že na rozdíl od nás, kde problematika výuky patří spíše k okrajovým v lékařských kruzích, těšilo se téma zde v Argentině značné pozornosti a všechny přednášky, panely a diskuse byly tak navštíveny, že sály byly zaplněny k prasknutí.

V panelu věnovaném profesionálnímu profilu všeobecného lékaře a specialisty se řešila celosvětově palčivá otázka kompetencí praktického lékaře a důrazu, který společnost žádá přesunout na léčbu v první linii. Všeobecně se má za to, že specialistů, jejichž povolání mediky láká, je nadbytek, zatímco všeobecných lékařů, schopných vykonávat náročnou medicínu první linie, je relativně málo. Nikdo však dosud nedefinoval hranici jejich kompetencí, a tak vlastně tato hranice spočívá v subjektivním sebehodnocení praktika a v jeho schopnosti rozpoznat okamžik, kdy je pacienta třeba buď konzultovat se specialistou a nebo odeslat jinam.

Prof. Dr. H. G. Sonntag, děkan Lékařské fakulty University v Heidelbergu, ve své plenární přednášce poukázal na nutnost sdružovat prostředky na výzkum v zájmu jeho zachování v ekonomicky obtížnějších podmínkách. V Heidelbergu a jeho předměstí Mannheimu jsou dvě obrovské lékařské fakulty. Jedna má na 500 profesorů na plný úvazek a přijímá stejné množství studentů do 1. ročníku. Fakultní nemocnice mají dohromady 2 - 3000 lůžek a universita má nasmlouvaných ještě několik desítek dalších nemocnic a zdravotnických zařízení, která slouží výuce. Prof. Sonntag upozornil na to, že v Německu dochází k zostřování rozporů mezi tím, jak situaci ve zdravotnictví vnímá akademická obec a tím jak ji vnímá státní správa. Informace o systému se politikům dostávají paradoxně od těch, kteří o tom systému vědí nejmé-

ně. Proto se univerzitní činitelé v Německu začínají sdružovat a hledat společné platformy pro jednání s exekutivou v oblasti zdravotnictví. V 80ti milionové zemi je nyní na čtvrt milionů lékařů.

Jedno celé dopoledne, kde převládali argentinišší účastníci, bylo věnováno starému sporu, zda přijímání na lékařské fakulty má být nějakým způsobem omezeno a nebo zda vstup ke vzdělání má být umožněn každému. Je to veliký argentinský problém, protože universita byla povinná ze zákona přijmout každého, ale tento zákon byl v rozporu jak se zájmy společnosti, kde je až 20% nezaměstnanost a část toho tvoří lékaři dělající taxikáře, tak s možnostmi fakult. Děkan Lékařské fakulty v Rio de Janeiru prof. Ferreira se dokonce obrátil až k Ústavnímu soudu, kde spor vyhrál, zákon bude pozměněn a od příštího roku bude možno omezit přijímání studentů na lékařské fakulty zavedením vstupních pohovorů nebo zkoušek.

Argentina je rozsáhlá země táhnoucí se od brazilských hranic až do Patagonie, což je rozměr připomínající úhlopříčku Evropy od Portugalska až k Uralu. Má 33 mil. obyvatel, převážně přistěhovalců, z nichž 13 mil. žije v Buenos Aires a jeho předměstích, dalších 15 mil. žije ve zbývajících několika městech a pouze 5 mil. v rozsáhlých prostorách jihoamerických pamp a Kordilier.

Prof. Daniel C. Tosteson, děkan Lékařské fakulty Harvard University v Bostonu, upozornil na to, že se nesmírně mění náplň přírodních a sociálních věd, které tvoří základ medicíny, prudce se rozvíjí lékařská technologie a také se mění podmínky organizace zdravotních služeb, což všechno daleko více než dřív klade vysoké nároky na kompetenci lékařů, kteří musí být schopni stále se učit. Proto Harvardská lékařská fakulta čím dál tím více klade důraz na obecné lékařské vzdělávání (General Medical Education). Jeho cílem je napomoci studentům rozvinout návyky, dovednosti a znalostní rámce, které jim umožní učit se během celého dalšího profesionálního života.

V pátek 6. září byli účastníci summitu přítomni telekonference ministryně kultury a vzdělání Susany Betriz Decibe, děkana Lékařské fakulty prof. Luise N. Ferreiry a prof. Federico Mayor Zaragozy, generálního ředitele Unesco v Paříži. Susana Decibe se zeptala prof. Zaragozy „Jaké jsou dnes v politice priority a co dělat pro posílení podpory školství a vzdělání ve společnosti“. Zaragoza odpověděl, že do roku 2000 by mělo být zásadou, že 6 % hrubého národního produktu by mělo být investováno jako minimum do školství. Protože je školství závislé na ekonomickém růstu, veškeré úsilí musí jít primárně do ekonomiky. Ovšem zdraví a vzdělání by mělo při výdajích být nejvyšší prioritou. Také se zmínil o požadavku na flexibilitu curriculů v tom smyslu, aby umožňovala horizontální pohyb mediků a tolerovala rozdíly mezi jednotlivými školami. Ferreira se zeptal, jak by se měla optimálně měřit schopnost žadatelů vstoupit na universitu a vystudovat medicínu. Zaragoza upozornil, že kvalita uchazečů často záleží na nástrojích, kterými je měřena. Nejlepším kritériem je stále péče jenom učitel. Je třeba mít na paměti, že jiná kritéria na



studenty má škola, jiná potom praxe a život. Ferreira se zeptal, jaká by měla být kritéria na počet studentů (numerus clausus) a kdo by je měl určovat. Zaragoza zdůraznil, že university musí být autonomní, nezávislé. Jsou-li omezení z různých důvodů nutná, a to jsou, pak by politiku těchto omezení měli v demokratických systémech formovat všichni, kterých se to týká, včetně žadatelů. Decibe však poukázala, že evaluace universit tak jako tak omezuje jejich autonomii. Zaragoza odpověděl, že to sice ano, ale zároveň chrání společnost. V další diskusi se zdůraznil význam prevence a úloha vzdělání jako jednoho z nejmocnějších nástrojů prevence lidského utrpení.

Po konferenci s generálním ředitelem UNESCO následoval panel o vyšším lékařském vzdělávání v národních a regionálních integracích, jako je Evropská unie, NAFTA (North American Free Trade Association), jihovýchodní Asie apod. Prof. Jun Ichi Suzuki, prezident japonské společnosti pro lékařské vzdělávání z Tokia, uvedl, že Japonsko má na stovacetimilionovou populaci 80 lékařských fakult. K výuce se vyjadřuje Společnost pro lékařské vzdělávání, která má celou řadu stálých komisí (pro pregraduální vzdělávání, postgraduální vzdělávání aj.) a pracovní skupiny zaměřené např. na přijímací pohovory, integrovanou výuku, evaluační proces apod. Japonsko ve svých edukačních aktivitách expanduje do jihovýchodní Asie, kde působí jako kultivující, technologicky rozvinutá velmoc. Jako příklad prof. Suzuki uvedl program na potírání a léčbu hluchoty. Jedním ze zajímavých závěrů jeho vystoupení bylo to, že je efektivnější v rozvojových zemích trénovat, než odtamtud brát stážisty. Jinými slovy je efektivnější, když ti, kdo trénují, přijedou do místních podmínek, než když lidé z místních podmínek se jezdí učit jinam. To je otázka z našeho pohledu jistě diskutabilní.

Prof. Lynn McIntyreová, děkanka Fakulty zdravotních věd na Dalhousie University v Halifaxu v Novém Skotsku v Kanadě, seznámila shromážděné experty a děkany s medicínskými aspekty NAFTA. NAFTA je sdružení volného obchodu mezi Kanadou, Spojenými státy a Mexikem. Z hlediska diskusí o tom, zda zdravotní péče je také komoditou, je nesmírně zajímavá právě zkušenost s NAFTAU, která je sice sdružením volného obchodu, ale tato prostupnost se absolutně netýká zdravotní péče. Je možné zajistit ji ještě na úrovni ošetrovatelství, chiropraxe, fyzioterapie a některých zdravotnických disciplín, ale v žádném případě ne na úrovni lékařství. Diskutovalo se o tom, proč medicína takové integraci po celém světě odolává.

Prof. Ralph Snyderman, děkan Lékařské fakulty Duke University v Durhamu ve Spojených státech, měl přednášku věnovanou dopadu biotechnologických explozí na zdravotní péči. Poukázal na rozdíl mezi akademickým modelem zdravotní péče, který je sycen zejména vzděláním, tréninkem, výzkumem (nota bene mimofakultní zdroje na Duke University činily pro výzkum v roce 1995 250 mil. dolarů), novými technologiemi a tím, čemu se říká Research Development, a modelem komerčním. Akademický model nemůže soutěžit s komerčním modelem, který je postaven na

for-profitních institucích a je sycen systémy HMO (Health Maintenance Organizations), dále tím, čemu se říká Managed Care (Cost/Service Driven), atd. Rozpočet Duke University je dán, když se nepočítá zvláštní mimofakultní příjem na výzkum, z 56 % klinickou praxí, 22 % nepřímými zisky z výzkumu, ze 7 % školným, z 5 % investicemi na rozvoj a z 10 % jinými zdroji. Prof. Snyderman uzavírá, že do 21. století je třeba orientovat výuku směrem na zdravotní péči danou komunitními potřebami, že je zapotřebí zajistit přístup ke komunitním zdrojům výzkumných příležitostí, že je třeba umožnit přístup akademického modelu k nemocným ve spádových oblastech, že se musí stát akademická medicína „cost“ efektivní. A propos děkan na Duke University řídí zároveň i nemocnici. Akademický model má některé výhody, protože na rozdíl od komerčního, je samoučícím se strojem („learning machine“). Doktoři pro 21. století by měli být:

- praktici
- specialisti
- vědci
- kliničtí výzkumníci
- administrátoři
  - \* obchod - business
  - \* práva - law
  - \* zdravotní politika - policy

Bylo mi nesmírným zadostiučiněním shledat, že v závěrečném konsensu, který shromáždění vydalo v písemné podobě, se objevuje řada myšlenek, které jsme na 3. lékařské fakultě intuitivně předjímalí, prosazovali a dodnes je víceméně neúspěšně v našem prostředí hájíme. Je to zejména vyšší integrace klinických a základních disciplin v rámci curricula tak, aby dovednosti a teoretické znalosti byly od samého počátku propojeny (Consensus Argentine Statement, str. 14), dále mnohem aktivnější role studenta ve výukovém procesu a využití „problem solving activities“ jako metodologického nástroje vyučování. Dále je to obrovský důraz, který se v rámci postgraduálního vzdělávání klade na vedoucí úlohu universit v tomto procesu (str.14). Jsou to university, které v celoživotním vzdělávání mají průběžně nabízet informace a zvyšovat vzdělání lékařů. Zajímavý je také to konsensus týkající se přijímacích pohovorů na lékařskou fakultu. Počet studentů má být omezen pouze těmito okolnostmi:

1. fyzickou kapacitou školy
2. lidskými zdroji pro výuku
3. dostupnými zdravotnickými zařízeními vhodnými pro výuku a výcvik
4. finančními zdroji.

Žádné jiné omezení nepřichází v úvahu.

Přijímací pohovory by měly brát v úvahu:

- a) výkon v rámci předchozího vzdělávání;
- b) vyhodnocení akademických znalostí neomezených pouze na specifické pole, ale zahrnujících také sociální a humanitní aspekty a intelektový výkon (intelektové předpoklady);
- c) motivace, etické a morální aspekty, zralost osobnosti, emoční stabilitu a komunikační dovednosti (str. 16).

Je radostné číst v takovém celosvětovém konsensu pasáže jakoby přímo opsané z návrhu na dvoukolové přijímací řízení zavedené 3. lékařskou fakultou a sledované tímém doc. Koženého po stránce sub b) a c).

Světový summit děkanů se dohodl na tom, že se nevyhnutelně musí podporovat mechanismy, které umožňují studentům vyhodnocovat učitele (!) (str. 16). Naopak to, co nám zbývá dodělat, je průhledný akreditační systém opravňující instituce k provádění lékařské výuky. Na str. 18 konsensu se navrhuje integrovat obsah curriculů lékařských fakult tak, aby student hrál aktivnější roli při učení, aby se zavedla rovnováha mezi individuální a sociální (preventivní) medicínou, aby se ujasnil vztah akademické medicíny ke zdravotnickým službám a aby výcvik budoucích lékařů byl založen na rozhodovacím procesu a řešení problémů („problem-solving“). Nechybělo mnoho a stala se Praha dalším místem konání světého summitu. Po dohodě s děkanem Lékařské fakulty v Heidelbergu prof. Sonntagem byla prozatímně navržena Evropa jako oblast konání budoucího kongresu. Místo konání se upřesní v dalším procesu.

O úspěch české účasti se mimořádně zasloužila česká ambasáda a osobně velvyslanec Ing. Jan Kopecký, který se osobně angažoval v činnosti organizačního výboru a zprostředkoval kontakt s Karlovou universitou, což přesahuje náplň jeho služebních povinností. V reprezentativním programu, který byl summitem vydán, je na poslední straně seznam organizací, které se o setkání děkanů zasloužily. Jsou to většinou vládní organizace Latinské Ameriky a veliké firmy jako Boehringer, Bayer, Ciba-Geigy apod. Je mezi nimi uvedena jediná ambasáda, a to právě česká.

*Účastníci summitu byli z více než 30 zemí a nechyběli mezi nimi ani děkani takových lékařských fakult jako University v Bejrútu v Libanonu, Národní University v Asuncionu v Paraguayi, lékařské fakulty v Chicagu, lékařské fakulty Guanajuatu v Mexiku, McGill University v Kanadě, Lékařské fakulty Pretorijské university v Jižní Africe, Lékařské fakulty v Káhiře v Egyptě, proděkan Jeffersonovy lékařské koleje ve Philadelphii ve Spojených státech, rektor Katolické University Svatého Corazona (z Lékařské fakulty v Římě), zástupce Fakulty zdravotních věd Ben-Gurionovy university v Negevu Beer-Sheva, Israel, právní ředitel Pasteurova institutu v Paříži, ředitel klinického výzkumu kolumbijského Presbyteriánského lékařského centra v New Yorku, děkan z University Thomase Jeffersona v Pennsylvanii, bývalý děkan Lovaňské katolické university v Belgii, prezident Národní konference děkanů Francie, rektor University Spojených národů v Tokiu v Japonsku, výkonný ředitel zkušebního oddělení University v Cambridge, prorektor Karlovy University v Praze, děkan 3. lékařské fakulty University Karlovy v Praze, děkan Lékařské fakulty Lim-*

burgovy University v Maastrichtu, děkan Lékařské fakulty University Mayor de San Antrés Bolívie, ředitel Školy veřejného zdravotnictví Evropské unie v Athénách, proděkan Lékařské fakulty University UCI v Irvinu v Kalifornii, bývalý Vice President lékařského vzdělávání Americké lékařské společnosti (AMA), děkanka Fakulty zdravotních věd Dalhousie University Halifax, Nové Skotsko, Kanada, rektor Národní lékařské akademie v Uruguayi, Montevideo, děkan Lékařské fakulty v Kapském městě, Jižní Afrika, rektor Federální university v Sao Paolo, Brazílie, děkan Lékařské fakulty Karolinska institutu a generální sekretář švédské Královské akademie věd, Stockholm, Švédsko, proděkan lékařské fakulty Svobodné university v Amsterdamu, děkan Lékařské fakulty Národní university Mayor de San Marcos, Lima, Peru, ředitelka Centra lékařského vzdělávání McGill University v Montrealu v Kanadě, bývalý děkan Svobodné university v Bruselu, Belgie, děkan Lékařské fakulty Kocha Bamba, Bolívie, děkan Lékařské fakulty Katolické university v Chile, Santiago de Chile, děkan Fakulty lékařských věd na Ben Gurionově universitě v Negevu, Beer Sheva, Israel, proděkan Lékařské fakulty Stanfordské university, Palo Alto, Kalifornie, Spojené státy, děkan Lékařské fakulty Duke University, Durham, Spojené státy, děkan Lékařské fakulty University v Heidelbergu, Německo, děkan Lékařské fakulty University de la Frontera, Temuco, Chile, prezident Japonské společnosti pro lékařské vzdělání, děkan Lékařské fakulty Harvardské university, Boston, Massachusetts, Spojené státy, ředitel Veřejného zdravotnictví University Costarica, San José, Costarica, děkan Lékařské fakulty Autonomní university v Barceloně, Španělsko, děkan Lékařské fakulty University v Sydney, Austrálie a děkan Lékařské fakulty Malayské university, Kuala Lumpur, Malaysia a mnoho dalších zástupců vysokých škol, univerzit, zdravotnického sektoru a představitelů významných společností zejména z latinské Ameriky.

FAKULTA



TAK JSME SE DÍKY NAŠEMU GRANTU  
DOSTALI DO "VITA NOSTRY",  
PANE KOLEGO ...

# GRANTY NA 3. LF UK V ROCE 1996

Seznam výzkumných projektů-grantů, které jsou řešeny na 3. LF UK v roce 1996.  
(zpracováno k 1.10.1996)

Členění:

I. 3. LF UK je *odpovědnou řešitelskou organizací*.

II. Pracovníci 3. LF UK *vedou projekty u jiných odpovědných organizací*.

III. Pracovníci 3. LF UK *spolupracují na výzkumných projektech jiných odpovědných organizací v ČR*.

IV. Pracovníci 3. LF UK *se účastní na řešení zahraničních projektů*.

## I. 3. LF UK je odpovědnou organizací - nositelem grantu.

Grantová agentura: MZ ČR- Národní program ochrany a podpory zdraví

Reg.č.	Název projektu:	Řešitel - Pracoviště:
NPZ 85/247	Prevence rizik osmotické zátěže kojenců umělou výživou	MUDr. Pavel Dlouhý Centrum preventivního lékařství
NPZ 86/249	Podpora odvykání kouření	MUDr. Bártová CSc Centrum preventivního lékařství
NPZ 87/251	Pohybová aktivita v léčbě obezity v podmínkách českého velkoměsta	MUDr. Štich Centrum preventivního lékařství
NPZ 115/321	Migrace-adaptace-integrace	MUDr.Nesvadbová,CSc. Kl.geograf.medicíny

Grantová agentura: Interní grantová agentura MZ ČR - IGA

2929-3/95	Použití Gama hřebu při léčení zlomenin proximálního konce stehenní	Doc. Bartoníček, CSc. Ortopedická klinika
2931-3/95	Volné radikály při různých patologických procesech v mozku	Prof. Rokyta, DrSc. Ústav fyziologie a klin. fyziologie
2934-5/95	Lymeská borrelióza a schizofrenní onemocnění	Doc. Janovská, CSc. Centrum preventivního lékařství

Reg.č.	Název projektu:	Řešitel - Pracoviště:
3252-3/95	TO 13 Analýza nejčastějších a závažných nežádoucích účinků základních léčiv	Dr. Fišerová, CSc. Ústav farmakologie
3253-3/95	TO 23 Lymeská artritida-možnosti prevence chron. postižení struktur pohybového aparátu	MUDr. Valešová, CSc I. interní klinika
3250-2/95	TO 3 a 4 Teratologická informační služba	Prof. Jelínek, DrSc. Ústav histologie a embriologie
3613-3/96	Vliv chronické terapie antiepileptiky a časných postnatálních záchvatů na vývoj normálních mozkových funkcí	Doc. Velfšek, CSc. Ústav patologické fyziologie
3614-3/96	Retrospektivní epidemiologická studie sexuálního zneužívání dětí v ČR	MUDr. Vaníčková, CSc Centrum preventivního lékařství
3612-3/96	Experimentální terapie a receptorové mechanismy závislosti na benzodiazepinech, aplikace moderních postupů vč. PCR in situ	MUDr. Kroftová Ústav farmakologie
3619-3/96	Ovlivnění toxických účinků opioidů a benzodiazepinů modelovou infekcí AIDS a infekcí Toxoplasmosa Gondii	MUDr. Starec, CSc. Ústav farmakologie
3621-3/96	Zdravotní, psychologické a sociální aspekty migrace. Longitudinální studie zdravotního stavu a sociální problematiky rozdílných potenciálně rizikových skupin migrujících osob.	MUDr. Nesvadbová, CSc. Klinika geografické medicíny
3611-2/96	Vliv aerobního tréninkového programu na adrenergní regulaci lipolysy v tukové tkáni obesních	MUDr. Štich, CSc. Centrum preventivního lékařství
3615-3/96	Diagnostika difusního axonálního poranění	Prof. Štefan, DrSc. Ústav soudního lékařství
3617-3/96	Je tubuloduktální karcinom samostatný typ karcinomu mléčné žlázy?	Doc. Rychterová, CSc. Ústav patologie
3620-3/96	Osteosyntéza zlomenin diafýzy bérce-koncepce rozšíření indikací nitroděřevného hřebování	Doc. Krbec Ortopedická klinika
3610-4/96	Vysoké endogenní zásoby železa jako jeden z hlavních důvodů vysoké kardiovaskulární morbidity a mortality v ČR	MUDr. Kraml, II. interní klinika
3616-3/96	Obsah trans forem mastných kyselin v potravinách, v lidském podkožním tuku, v plasmě a v mateřském mléce.	MUDr. P. Dlouhý Centrum preventivního lékařství



## Grantová agentura: Interní grantová agentura UK

Reg.č.	Název projektu:	Řešitel - Pracoviště:
GAUK 282/93	Kombinované užití antidepressiva	Prof. Libiger, CSc. PCP
GAUK 187/94	Zdraví vysokoškolských studentů a jeho determinanty (epid.stud.)	Doc. Provazníková, CSc. Centrum preventivního lékařství PhDr. Kožený, CSc.
GAUK 221/94	Model klasifikace bakterií de novo	Prof. Schindler, DrSc. Ústav lékařské mikrobiologie
GAUK 184/94	Mobilisace tuků a termogeneza u obesních při krátkodobé expozici chladu	MUDr. Štich Centrum preventiv. lékařství
GAUK 254/95	Preventivní stomatologie a hygienické programy dutiny ústní.	MUDr. Gojišová Stomatologická klinika
GAUK 256/95	Neuroimunomodulační vliv peptidů a námelových alkaloidů na projevy stresu u dvou inbredních kmenů potkanů.	MUDr. Starec, CSc. Ústav farmakologie
GAUK 258/95	Vztah endogenních a exogenních faktorů k incidenci, úmrtnosti a prognóze karcinomu prostaty v ČR	MUDr. Čelko, CSc. Centrum preventiv. lékařství
GAUK 78/96	Úloha mediátorů v závislosti morfinového typu, studie mikrodialýzou a behaviorální	Pharm. Dr. Fišerová, CSc. Ústav farmakologie
GAUK 79/96	Strukturální a imunochemické změny neonatálního srdečního svalu vyvolané akutním a chronickým nedostatkem kyslíku.	Doc. Rychterová, CSc. Ústav patologie
GAUK 83/96	Sexuální zneužívání dětí	MUDr. Vaněčková, CSc. Centrum preventiv. lékařství
GAUK 84/96	Model věkově vázaných epileptických záchvatů-infantilních spasmů (Westova syndromu).	Doc. Velfšek, CSc. Ústav patologické fyziologie
GAUK 89/96	Strukturální analýza malformací amnia. Studie na modelu histonem ovlivněného zárodku kuřete	MUDr. Maňáková Ústav histologie a embryologie
GAUK 90/96	Keratinocyty kultivované na polymerním nosiči-kryt pro rozsáhlé popálené pacienty. Klinická studie	RNDr. Dvořánková Klinika popáleninové medicíny

Grantová agentura: MŠMT - Fond rozvoje vysokých škol

Reg.č.	Název projektu:	Řešitel - Pracoviště:
FRVŠ 0479/96	Transformace projevů embryotoxicity	Prof. Jelínek, DrSc. Ústav histologie a embryologie
FRVŠ 0480/96	Vliv komplementu na vývoj plodu	Prof. Jelínek, DrSc. M. Zemen Ústav histologie a embryologie
FRVŠ 0485/96	Experimentální studie možnosti léčení bolesti a třesu vysokofrek venční thalamicou stimulací	Prof. Rokyta, DrSc. Ústav fyziologie a klinické fyziologie
FRVŠ 0488/96	Multimediální program integrované výuky biochemie, patobiochemie, klinické biochemie a klinické biofyziky	Prof. Slouka, CSc. Ústav lékařské biofyziky
FRVŠ 0489/96	Využití transgenních bakteriálních kmenů v Amesově testu se zaměřením na mykotoxiny	Doc.Bárta, CSc Ústav obecné biologie
FRVŠ 0490/96	Systém integrovaného humanitního a jazykového vzdělávání ve studiu lékařství	PhDr. Přívratská, CSc. Ústav cizích jazyků
FRVŠ 0493/96	Resistence bakterií k antibiotikům a konsultační systém podávání antibiotik	Prof. Schindler, DrSc. Ústav lékařské mikrobiologie

Grantová agentura: MŠMT - PREZENTACE

PR96123	Aktivní účast na 8. Světovém kongresu o bolesti ve Vancouveru	Prof. Rokyta, DrSc. Ústav fyziologie a klinické fyziologie
PR96125	Reforma studia na 3. LF UK v Praze	Prof. Horák, CSc. I. interní klinika
PR96126	Molekulárně biologická diagnostika virových zánětů jater	RNDr. Žďárský, CSc. Lab. molekulární biologie a genetiky

Grantová agentura: MŠMT - Posílení výzkumu na vysokých školách.

VS96130	Laboratoř genové exprese	Doc. Raška, DrSc. Ústa klinické imunologie
---------	--------------------------	---

Grantová agentura České republiky		
Reg.č.	Název projektu:	Řešitel - Pracoviště:
GAČR 305/95 0588	Extracelulární pH moduluje aktivitu neuronů, neuronální plasticitu a epileptické záchvaty.	Doc. Velíšek, CSc. Ústav patologické fyziologie
GAČR 305/95 0571	Vztah endokrinního a imunitního systému v modelu adjuvantní artritidy	Prof. Rokyta, DrSc. Ústav fyziologie a klinické fyziologie
GAČR 309/96 0463	GABA-benzodiazepinové mechanismy abstinčních projevů po benzodiazepinech	Prof. Kršíak, DrSc. Ústav farmakologie
GAČR 305/96 0557	Modelování ontogeneze bolesti	Doc. Myslivečková, DrSc. Ústav fyziologie a klinické fyziologie
GAČR 310/96 0588	Globální a lokální informační síť surveillance resistance bakterií k antibiotikům	Prof. Schindler, DrSc. Ústav lékařské mikrobiologie
<b>Nadace ROS</b>		
389	Růžová linka	MUDr. Vaníčková, CSc Centrum preventiv. lékařství
<b>MŠMT IDM</b>		
VSC/1- 15398/ 92-R	Růžová linka	MUDr. Vaníčková, CSc Centrum preventiv. lékařství

<b>II. Projekty vedou pracovníci 3. LF - odpovědnou organizací (nositelem grantu) je jiná organizace.</b>		
Grantová agentura: Interní grantová agentura MZ (Ukrajina)		
1991-97		
1064-10 OR 05	Vliv hyperfenylalaninémie na stav CNS nemocných fenylketomurií v MR obraze a spektru.	Dr. Hejmanová FNKV Doc. Čechák, CSc.
Zahájení 1993		
1407-8	Struktura a dynamika vztahu mezi psychologickým profilem a profesním začleněním studenta medicíny	PhDr. Kožený, CSc. PCP

1901-3	Inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu-nový způsob léčby hypertrofických neobstrukčních kardiomyopatií	Prof. Gregor, DrSc. PCP
2373-3	Fyziologické hodnocení závažnosti koronární stenózy	Doc. Vidimský, CSc. FNKV MUDr. Dvořák Jar.
1965-3	Diabetes mellitus I. typu ve vyšším věku: diagnostika a terapie	Prof. Anděl, CSc. FNKV MUDr. Kraml
2123-3	Prevence karcinomu tlustého střeva jednorázovou sigmoideoskopií	Doc. Kment, CSc. FNKV MUDr. Střiteský
2258-3	Cytokiny a reaktanty akutní fáze v laboratorní diagnostice ovariálních tumorů a při odhadu jejich prognózy	Prof. Musil, DrSc. FNKV Doc. Čechák, CSc. Prof. Kaňka, DrSc. MUDr. Kašpárková MUDr. Svárovský Doc. Svoboda, CSc. MUDr. Falauř RNDr. Dvořáková, CSc. Doc. Nováková, CSc.
1902-3	Hybridní jamka kyčelního kloubu s keramickou vložkou	Prof. Čech, DrSc. FNKV
2209-3	Může podávání aminofilinu zhoršit průběh epilepsí?	MUDr. Sereghy FNKV MUDr. Zárubová MUDr. Bernášková MUDr. Pometlová
2127-3	Longitudinální studie zdravotního stavu a sociální problematiky repatriovaných osob z černobylské oblasti (Ukrajina)	MUDr. Nesváblová, CSc. FNKV MUDr. Rutsch
2263-3	Diagnostika chronické infekce virem hepatitidy C pomocí polymerázové řetězové reakce.	Prof. Horák, CSc. FNKV RNDr. Žďárský, CSc.
2156-3	Vyšetřování protilátek proti intracelulárním antigenům při systémových revmatických chorobách.	MUDr. Vencovský, CSc. Revmatol. ústav
3766	Studium lymfokiny indukované diferenciací leukemických buněk	RNDr. Stöckbauer, CSc. ÚHKT

1995-97

2897-3	Prediktory psychosociální adaptace osob ve čtvrtém desetiletí života.	Doc. Z. Dytrych, CSc. PCP
2872-3	Diagnostické možnosti psychobiologického modelu osobnosti: aplikace Cloningerovy stupnice	PhDr. J. Kožený, CSc. PCP
2888-4	Včasná predikce Alzheimerovy demence pomocí geneticko-vazebných analýz na chromosomech 14, 19 a 21	RNDr. Mazura, CSc. PCP
2875-3	Predikce odpovědí na neuroleptickou léčbu u schizofrenie	Prof. Libiger, DrSc. PCP
2834-3	Počítačový screening vrozených vad a hypotrofií plodů	MUDr. Hurt, FNKV doc. Svoboda, CSc.
2883-3	Rekonstrukce prsu jako součást komplexní léčby karcinomu prsu.	MUDr. Dušková, CSc. FNKV Doc. Tvrdek MUDr. Chodounský
2836-3	Specifická imunoterapie	MUDr. Antošová FNKV
2757-3	Testování účinnosti dithiolových chelátotvorných látek pro mobilizaci rtuti a olova u profesionálně exponovaných osob	Doc. Cikrt, DrSc. SZÚ Z. Čábelková MUDr. Hrnčíř, CSc. Doc. Kneidlová, CSc.
2766-3	Analýza způsobu života a výskytu rizikových faktorů a osob s infarktem myokardu mladších 60 let a vytvoření českého registru těchto osob.	Doc. Komárek, CSc. SZÚ Doc. Janovská, CSc
2897-3	Vliv genových konverzí a delecí genu P450c21B na enzymovou aktivitu a fenotyp	MUDr. R. Průša FNM RNDr. Mazura

1996-98

3780-3/ 96	Hodnocení vztahu mezi velikostí koronární rezervy s nálezem na perfusní scintigrafii myokardu u pacientů s ICHS	MUDr. Lang FNKV Doc. Widimský, DrSc.
3779-3/ 96	Prospektivní studie hyperthyreózy /M.Graves-Basedov/ u dětí a dospívajících	Prof. Hnčková, CSc. FNKV
3703-4/ 96	Farmakoterapie a psychoterapie v léčbě sociální fobie z pohledu dvou letého katamnestického sledování	MUDr. Praško-Pavlov, CSc. PCP

3704-3/ 96	Dermatoglyfická norma české populace a její užití pro screening časného prenatálního poškození	RNDr. Klein PCP
3502-3/ 96	Pneumokoky rezistentní k penicilinu a jiným antibiotikům. Výskyt a vlastnosti kmenů izolovaných v ČR	RNDr. Urbášková, CSc. SZÚ Prof. Schindler, DrSc.
3500-3/ 96	Stav a povaha rezistence multirezistentních stafylokoků (meticilin rezistentních) v ČR	Prof. Schindler, DrSc. SZÚ RNDr. Urbášková, CSc.
3644-3	Role CD receptorů u revmatické artritidy a možnost blokády CD23 a jeho ligandů pomocí monoklonálních protilátek	MUDr. Vencovský, CSc. RÚ
3638-3	Léčba polymyositidy a dermatomyositidy metatratatem a cyklosporinem A a nové možnosti hodnocení aktivity onemocnění	MUDr. Vencovský, CSc. RÚ

Grantová agentura: MZ - Národní program ochrany a podpory zdraví.

NPZ 125/332	Manuál prevence v lékařské praxi - díl I.-III.	Prof. Provazník, CSc. Doc. Komárek, CSc.
NPZ 42/92	Manuál prevence v lékařské praxi - díl IV. Základy prevence přenosných onemocnění	Prof. Provazník, CSc. Doc. Kříž, CSc. Doc. Komárek, CSc.
NPZ 315/96	Prevence kardiovaskulárních onemocnění v ČR.	Doc. Komárek, CSc. SZÚ Prof. Anděl, CSc.
NPZ 318/96	Ozdravení stravování dětí v mateřských školách	Doc. Komárek, CSc. SZÚ
NPZ 317/96	Nové intervenční přístupy u dětské populace exponované olovu v životním prostředí na Příbramsku	Doc. MUDr. Cikrt, DrSc. SZÚ
NPZ 241/96	Ozdravení výživy zdravotně rizikových skupin populace	Doc. Janovská, CSc. SZÚ Doc. Komárek, CSc.
NPZ 313/96	Program zdravých a úspěšných dětí	Doc. Janovská, CSc. SZÚ Doc. Provazníková, CSc.

Grantová agentura České republiky

GA ČR 302/94 0939	Studie role genetických faktorů v autoproti-látkové produkci a vnímavosti k revmatoidní artritidě a dalším systémovým chorobám.	MUDr. Vencovský, CSc. Revmatol. ústav.
GA ČR 304/95 0626	Strukturální a funkční analýza komponent embryonální ledviny	MUDr. Zemanová, CSc. Fyziol. ústav AV ČR Prof. Jelínek, DrSc.

GAČR 106/95 1134	Modelování přenosu akustické energie ve středním uchu	MUDr. M. Navara, CSc. FNKV
GAČR 311/94 1739	Studium zdravotní bezpečnosti poživatin rostlinného původu se zřetelem na přírodní toxikanty a mykotoxiny.	MUDr. Turek, CSc. SZÚ Doc. Bárta, CSc. RNDr. Boučková MUDr. Bártová, CSc.
Grantová agentura: Interní grantová agentura UK		
GA UK 46/95	Biologické hierarchie	RNDr. Markoš, CSc. PřF UK
Grantová agentura AV ČR		
A7039503 95-97	Rozdílný vývoj dentice u mutantního a nemutantního kmene myši.	MUDr. Peterková, CSc. ÚEM AV Ř
	Olanzapin a haloperidol-srovnání účinnosti při schizofrenii. Sponzorováno Pharmaco LCR	Prof. Libiger, CSc. PCP

PŘEDSTAVUJEME PRACOVIŠTĚ

3. LF UK A FN KV V PRAZE:

**KARDIOCENTRUM**

**VE FN KV**

---

**ZÁKLADNÍ ÚDAJE O ZŘÍZENÍ KARDIOCENTRA**

**VE FN KV**

Petr Widimský

Enormní rozvoj kardiologie ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v posledních 5 letech (otevření kardiostimulačního centra, extenze provozu oddělení invazivní kardiologie na téměř šestinásobek dřívějšího počtu katetizačních výkonů, zahájení programu akutních koronárních angioplastik v léčení infarktu myokardu a zejména otevření kardiochirurgického oddělení) si vynutil určitou reorganizaci kardiologie v nemocnici. K 1. červenci 1996 bylo ustanoveno Kardiocentrum jako struktura propojující tři pracoviště, zabývající se kardiologií:

- kardiologické oddělení II. interní kliniky  
(vedoucí lékař: prof. MUDr. Pavel Gregor, DrSc.),
- kardiologické oddělení I. interní kliniky  
(vedoucí lékař: MUDr. Rudolf Špaček, CSc.)
- kardiochirurgické oddělení  
(vedoucí lékař: prim. MUDr. Zbyněk Straka, CSc.)



Kardiologické oddělení má plnou samostatnost (včetně ekonomické) v rámci FNKV. Kardiologická oddělení obou interních klinik jsou s nimi organizačně propojená (zejména ekonomicky pomáhají zajišťovat chod ostatních interních oddělení, podílejí se na výuce mediků apod.), po odborné stránce mají však též téměř úplnou samostatnost.

Výsledky kardiologického programu FNKV po prvním roce kompletního provozu (kardiologické oddělení zahájilo činnost 5. 10. 1995) lze prezentovat již nyní:

- jako první nemocnice v České republice zavedla FNKV program non-stop služeb na akutní koronární angioplastiky (což snížilo úmrtnost akutního infarktu myokardu z předchozích 11% na současná 4% !!)

- v počtu srdečních katetrizací (letos dosáhne cca 2000) a koronárních angioplastik (letos dosáhne cca 500) se FNKV dostala na 2. místo v České republice (hned za IKEM)

- v počtu srdečních operací (letos dosáhne cca 450) v prvním roce provozu (!!)) se FNKV dostala rázem před polovinu existujících („zavedených“) kardiologických pracovišť a je nyní na 4. místě v republice

- výsledky obou revaskularizačních procedur snesou srovnání s předními pracovišti nejen u nás, ale i v zahraničí:

- \* mortalita elektivních koronárních bypassů se pohybuje kolem 1.5%

- \* mortalita elektivních koronárních angioplastik je 0%

- \* úspěšnost akutních koronárních angioplastik v léčbě infarktu myokardu je 96%

Tyto výsledky jsou možné jen díky enormnímu pracovnímu zatížení a vynikající odborné úrovni všech lékařů a sester všech tří oddělení a díky dovednostem a zkušenostem obou kardiologů (primáře Straky a MUDr. Tomáše Hájka - oba patří mezi absolutní špičku ve svém oboru v České republice) i obou intervenčních kardiologů (vedoucím oddělení invazivní kardiologie je MUDr. Jaroslav Dvořák).

Při své nedávné pracovní návštěvě Budapešti jsem měl možnost srovnání s nejlepšími maďarskými kardiologickými pracovišti a z tohoto srovnání vycházíme více než dobře. Jediným stínem nad těmito výsledky je dosluhující 15 let starý koronární angiograf, jehož neustálé poruchy limitují provoz a ekonomicky zatěžují nemocnici. Proto prioritou pro rok 1997 je nákup nového angiografu. Česká kardiologická společnost zařadila angiograf pro Kardiocentrum FNKV na 1. místo v seznamu doporučených investic do oboru kardiologie pro rok 1997 v České republice. Snad se tedy dočkáme i odstranění tohoto stínu.

## ROZHOVOR S PRIM. MUDR. ZBYŇKEM STRAKOU, CSC., PŘEDNOSTOU KARDIOCHIRURGICKÉHO ODDĚLENÍ FN KV V PRAZE

Připravil Pavel Gregor

**Pane primáři, mohl byste na začátku seznámit čtenáře se současnou situací v kardiologii pokud jde o počty pracovišť, počty operovaných a jejich srovnání s dalšími zeměmi?**

Na kardiovaskulární onemocnění umírá v současné době více než polovina naší populace, přičemž chirurgická léčba dnes představuje velice efektivní způsob léčby, kterým lze nemocným v řadě případů život zachránit nebo alespoň významně prodloužit a zlepšit jeho kvalitu. Z těchto důvodů je pak pochopitelná snaha o zakládání nových kardiocenter a tím i o zvyšování počtu prováděných operací. V loňském roce bylo v ČR provedeno již přes 4 000 kardiochirurgických operací, což je v přepočtu asi 400 operací na milion obyvatel. Pro srovnání - je to však stále o polovinu operací méně než v sousedním Rakousku a téměř o dvě třetiny méně než ve Švédsku či Nizozemsku. Nutnost dalšího zvyšování počtu operací srdce je tedy zcela zřejmá.

V ČR existuje v současnosti devět kardiocenter, z nichž ne všechna zatím dosahují optimálního počtu operací. Podle návrhu Výboru kardiovaskulární sekce České chirurgické společnosti je za optimální považována existence deseti kardiocenter, každé s roční kapacitou 800 výkonů, což by nás zařadilo mezi průměrně vyspělé západoevropské země.

**Jste přednostou nejmladšího oddělení, které ve fakultní nemocnici Královské Vinohrady existuje. Mohl byste čtenáře VNR seznámit poněkud podrobněji s tím, kdy a jak oddělení vzniklo?**

V současnosti jsme nejmladším oddělením ve FN Královské Vinohrady a současně i nejmladší kardiochirurgií v ČR. Vznik tohoto oddělení byl podmíněn jak již výše zmíněným nedostatečným počtem prováděných operací v celé republice, tak čistě místní potřebou - přítomností velkého a moderně vybaveného kardiologického oddělení II. interní kliniky, které provádělo rozsáhlý program srdečních katetrizačních

výkonů včetně perkutánních transluminálních koronárních angioplastik bez potřebného kardiochirurgického zázemí. O vybudování oddělení bylo definitivně rozhodnuto na jaře roku 1995, v červnu byly zahájeny stavební úpravy a 5. října 1995 již mohla být provedena první operace. Celá akce byla uskutečněna bez nároku na státní dotace, přičemž většina přístrojového vybavení byla zakoupena prostřednictvím leasingu, který je nyní splácen z provozu oddělení.

**Kolik má v současné době oddělení pracovníků a odkud přišli? Můžete čtenářům přiblížit, jak je oddělení uspořádáno - t.j. počty lůžek, operačních sálů a pod.?**

Na oddělení pracuje v současnosti 72 pracovníků, z toho deset lékařů. Věkový průměr kolektivu lékařů je 33 let u sester je to 21 let. Jádrem celého kolektivu tvoří asi 15 pracovníků - chirurgů, anesteziologů a zdravotních sester, kteří přišli z Kardiocentra IKEM. Několik dalších přišlo z ostatních kardiocenter v Praze. Ostatní tvoří mladí lékaři, kteří byli přijati výběrovým řízením, a SZP, který je tvořen převážně absolventkami SZŠ a SIP. Tito byli během roku vyškoleni v dané problematice, což umožnilo zvýšit počty operací a tím i efektivitu celého provozu. Základem ovšem zůstává vytvořit pro personál takové podmínky, které zabrání odchodu již vyškolených pracovníků na jiná oddělení či dokonce mimo obor.

Všechny operace jsou prováděny na jednom operačním sále, který je vybaven pro operace v mimotělním oběhu. Pooperační oddělení bylo nyní rozšířeno na osm lůžek s invazivní monitorací životních funkcí se zajištěním umělé plicní ventilace pro léčbu v bezprostředním pooperačním období. Pro další péči je určena devítilůžková jednotka intenzivní péče s kompletním neinvazivním monitoringem. Pooperační oddělení je rovněž vybaveno přístrojem pro mechanickou srdeční podporu (intraaortální balónková kontrapulsace), modulem pro kontinuální vylučovací metody (CVVH, CVVHD, CVVHDF), jež umožňují provádět srdeční operace u nemocných s renální insuficiencí a dále vlastním analyzátozem krevních plynů (Astrup) a iontů.

**Kolik pacientů operujete, jaké je spektrum operačních výkonů?**

Tento rozhovor je připravován právě v době, kdy hodnotíme výsledky za první rok provozu oddělení. Od října loňského roku do konce září letošního roku jsme provedli celkem 430 srdečních operací v mimotělním oběhu. Když uvážíme, že za plné vytížení jednoho operačního sálu je považováno 400 operací za rok a že v loňském roce pouze tři kardiocentra v České republice provedla více než 350 operací v mimotělním oběhu, lze jistě hovořit o úspěšném zahájení provozu.

Náplní práce oddělení je poskytování kompletní chirurgické léčby získaných srdečních onemocnění a některých vrozených vad u dospělých pacientů. Více než 80% operací představují přímé revaskularizační operace myokardu formou aortokoronárních bypassů u ischemické choroby srdeční. Na tomto pracovišti jsou rutinně používány k přemostění tepenné štěpy včetně obou a. mammae a a. gastroepiploica,

jejichž použití výrazně zlepšuje dlouhodobou prognosu nemocných. Asi 15% z provedených výkonů zaujímají operace pro chlopenní vady, které spočívají v náhradě postižené chlopně umělou mechanickou náhradou nebo tzv. biochlopni. Zbytek pak představují korekce vrozených vad a kombinované výkony - nejčastěji náhrada chlopně spolu s aortokoronárním bypassem.

Pracoviště provádí i akutní výkony (představují asi 20% ze všech operací) - nejčastěji aortokoronární rekonstrukce při nestabilní angině pectoris a poskytuje zázemí pro případ selhání koronární angioplastiky. Rovněž se zde provádí akutní i plánované výkony na hrudní aortě. Od počátku tohoto roku je zde zajištěna nepřetržitá 24-hodinová pohotovost k operacím.

Vybudování a dosažené výsledky kardiochirurgického oddělení tak vytvořily předpoklady k ustavení Kardiocentra FN Královské Vinohrady, které si za krátkou dobu své existence získalo patřičné postavení v rámci kardiovaskulárního programu ČR.

### **Jak hodnotíte spolupráci s ostatními odděleními FNKV a jak se Vám spolupracuje s druhou částí Kardiocentra - tedy s kardiologickým oddělením?**

Kardiochirurgie je typickým představitelem oboru, který vyžaduje široké zázemí a dostupnost dalších oborů formou konsiliárních služeb. Proto si vybudování tohoto oddělení nedovedu představit bez úzké spolupráce s celou řadou pracovišť přítomných ve FN KV. Za mnohé mohu jmenovat transfusní oddělení, II. interní kliniku, Radiologickou kliniku, oddělení biochemických laboratoří, mikrobiologii či ústavní lékárnu. Zcela zásadní význam pak má spolupráce s dalšími částmi Kardiocentra, t.j. s oddělením invazivní kardiologie, kardiologickým oddělením II. interní kliniky a kardiologickým oddělením I. interní kliniky. Pouze úzká spolupráce s těmito odděleními umožnila dosáhnout již výše zmíněných výsledků a dále umožnila zahájení nepřetržitého 24hodinového programu koronární angioplastiky včetně možnosti akutního operačního řešení, které může v některých případech výrazně zlepšit prognosu nemocného.

### **S jakými problémy se Vaše oddělení nejvíce potýká, co se Vám nelíbí a vadí při současném provozu?**

V současné době je asi největším problémem našeho oddělení nedostatek pomocného personálu. Dochází tak k situaci, kdy plně kvalifikované sestry pooperačního oddělení nebo na operačním sále musí místo péče o pacienta vykonávat práci nižšího zdravotnického personálu či dokonce uklízet oddělení.

Obecné problémy našeho zdravotnictví, jako je nedostatečné finanční ohodnocení práce jak kvalifikovaného středního zdravotnického personálu, tak lékařů, zde asi nemá cenu dále rozebírat.

Musím se však ještě jednou zmínit o situaci, kdy i přes stále rostoucí počet prováděných kardiochirurgických operací, zůstává stále 4 000 pacientů ročně bez možnosti podstoupit účinnou léčbu svého onemocnění. To považuji za dostatečný argument, který jednoznačně ukazuje na nezbytnost dalšího rozvoje kardiochirurgie v ČR.

## **Jakých dosažených cílů si nejvíce ceníte, jaké máte plány do budoucna?**

Vybudování nového oddělení a zavedení nového programu je vždy otázkou vytvoření základních podmínek pro daný obor. Další je pak již otázkou lidí. Ve FN Královské Vinohrady dokázalo vedení nemocnice vytvořit dobré podmínky pro vznik kardiochirurgie. Já jsem pak měl štěstí na své spolupracovníky z řad lékařů i zdravotních sester, se kterými se nám podařilo vytvořit mladý, perspektivní tým, což považuji asi za největší úspěch, zvláště v době, kdy rozvoj tohoto oboru je nejvíce limitován právě nedostatkem kvalifikovaných odborníků. Důležitá rovněž byla podpora mého bývalého přednosty MUDr. Jana Pirka, DrSc, přednosty Kardiocentra IKEM. Díky všem těmto lidem se podařilo vybudovat nové pracoviště, které umožní zkvalitnit péči o nemocné s kardiovaskulárním onemocněním, kteří jsou léčeni ve Vinohradské nemocnici.

Budoucnost tohoto pracoviště vidím právě ve zde přítomném týmu mladých vyskolených odborníků, kteří se chtějí naplno věnovat svému oboru. Dobudování druhého operačního sálu a následné rozšíření jednotky intenzivní péče pak umožní zvýšit kapacitu tohoto pracoviště na optimálních 800 operací ročně, což přispěje k dosažení maximální efektivity provozu. Při zvyšování počtu výkonů i v dalších kardiocentrech se tak během několika příštích let můžeme dostat na slušnou evropskou úroveň a přispět tak ke zlepšení perspektivy našich pacientů s kardiovaskulárními chorobami.

## INFORMACE O POSTGRADUÁLNÍM KURSU

V příštím roce pořádá kardiocentrum společně s II. interní klinikou v rámci postgraduálních kursů FN KV a 3. LF UK dvoudenní kurs s názvem

### „CHYBY A OMYLY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ KARDIOLOGICKÝCH NEMOCNÝCH“

**Pořádající pracoviště:** Kardiocentrum a II. interní klinika FNKV a 3. LF UK Praha

**Koordinátor:** Prof. MUDr. Pavel Gregor, DrSc., Kardiocentrum FNKV,  
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10. Tel.+ fax 6716 2621

**Doba a místo konání:** 12. - 13. dubna 1997, posluchárna II. interní kliniky FNKV,  
Šrobárova 50, Praha 10

Předmětem kursu je rozbor situací, při nichž dochází často k omylům v diagnostice a léčbě kardiologických onemocnění, a to jak v terénu, tak v nemocničních zařízeních. Kurs je určen především internistům a praktickým lékařům.

### SOBOTA 12. DUBNA 1997

#### **A. Kardiologická onemocnění a syndromy - omyly a chyby v diagnostice** (9 - 13 hod.)

Perikarditidy (včetně konstriktivních), myokarditidy, endokarditidy  
(P. Gregor) - 1 hod.

Kardiomyopatie (P. Gregor) - 1/2 hod.

Bolesti na hrudi - problematika infarktu myokardu, nestabilní anginy pectoris;  
omráčeného a hibernovaného myokardu (P. Widimský) - 1 hod.

Srdeční selhání - systolické, diastolické (J. Krupička) - 1/2 hod.

Synkopy (P. Gregor) - 1/2 h.

Srdeční nádory (P. Gregor) - 1/2 hod.

## **B. Diagnostické metody (14,30 - 19,00)**

Omyly v interpretaci a posuzování:

- EKG (F. Kölbl) - 1 hod.
- zátěžových EKG testů, Holtera (P. Gregor) - 1 hod.
- echokardiografie (J. Krupička) - 1 hod.
- katetrizačních vyšetření a indikací k nim (P. Widimský) - 1 hod.
- radioizotopových metod (O. Lang)- 1/2 hod.

## **NEDĚLE 13. DUBNA 1997**

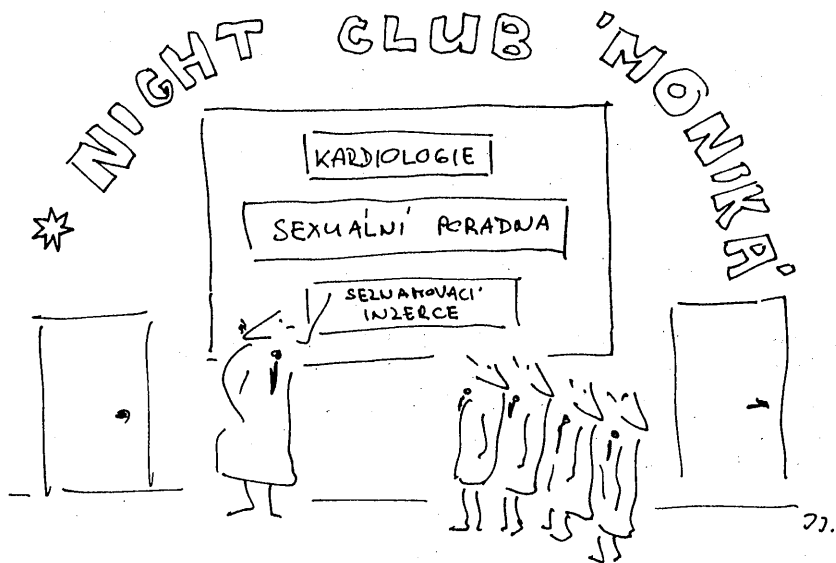
### **C. Léčba**

*Nesprávné postupy v léčbě (9,00 - 12,30)*

- arytmií, interpretaci výsledků elektrofyziologického vyšetření, poruchy funkce pacemakerů (M. Herold) - 1 hod.
- hyperlipidemií (M. Anděl) - 1 hod.
- plicní embolie (R. Špaček) - 1/2 hod.
- šokových stavů, chyby při resuscitaci (R. Jirmář) - 1 hod.

*Chyby v terapii (14,00 - 15,30)*

- antikoagulační a antiagregační (P. Gregor) - 1/2 hod.
- digitalisem, antagonisty kalcia (P. Gregor) - 1/2 hod.
- inhibitory ACE, betablokátory (P. Gregor) - 1/2 hod.
- rozhodování mezi konzervativní a revaskularizační léčbou (P. Widimský) - 1/2 hod.



TAKŽE SRDEČNÍ PROBLÉMY NAŠICH PACIENTŮ  
JSME SE ROZHODLI ŘEŠIT KOMPLEXNĚ...



# AKTUÁLNÍ OTÁZKY

# JAK JE ZACHÁZENO S DÍTĚTEM, TAK BUDE DÍTĚ ZACHÁZET SE SVĚTEM

---

Hovoříme s prof.MUDr.PhDr. Petrem G. Fedorem-Freyberghem, CSc.

---

Pozorný čtenář „Karolinky“ nalezne mezi profesory 3. LF UK nové jméno, s uvedením specializace - profesor dětské a dorostové psychiatrie. Pan profesor Fedor-Freybergh, který po úspěšném konkursním řízení nastoupil na naší fakultu letos v září, působí již téměř čtvrt století ve Stockholmu a je kapacitou ve světě známou a uznávanou. Publikoval desítky odborných statí, redigoval řadu sborníků, úspěšně organizoval několik zdařilých mezinárodních kongresů a je také zakladatelem a hlavním editorem známého odborného časopisu, který již několik let vychází v Německu. Poznali jsme ho osobně i jako člověka všestranně vzdělaného v oblasti hudby, filmu i výtvarného umění a třeba říci, že obdiv - i trochu závisti - vzbuzuje i jeho znalost sedmi jazyků.

**Pane profesore, to, že jste se u nás objevil, není zdaleka náhoda. Můžete nám o tom něco povědět?**

Ano, máte pravdu, vždyť já pocházím z Bratislavy, kde jsem se narodil a také vystudoval a byl jsem tam pracovně činný plných devět let. Po atestaci z všeobecné psychiatrie na psychiatrické klinice University Komenského v Bratislavě jsem se dál školil v dětské psychiatrii u profesora Jana Fišera v Praze, u kterého jsem také atestoval a současně jsem v roce 1966 založil samostatné oddělení dětské a dorostové psychiatrie na bratislavské psychiatrické klinice. V roce 1967 jsem obhájil kandidátskou práci z oblasti pedopsychiatrie u profesora V. Vondráčka.

Do ciziny jsem odešel na podzim roku 1968. Nejdříve do Rakouska, potom na universitu v Basileji a posléze jsem přijal pozvání universitu v Upsale a pak ve Stockholmu. I když žiji ve Švédsku, po všechna ta léta - samozřejmě ne vždy do všech detailů -, pozorně sleduji odborné i kulturní, ale také politické dění v Če-

chách i na Slovensku. A zvláště po listopadové revoluci 1989 jsem měl stále rostoucí kontakty s kolegy jak v Čechách tak na Slovensku, a přednášel jsem i na lékařských fakultách v Praze a v Bratislavě.

**Dětská a dorostová psychiatrie - zdá se, že jde o důležitý obor, mj. tím, že by měl jaksi včas „zachytit“ potenciální pacienty psychiatrům pro dospělé. Napadá mne velký význam této disciplíny v obecné prevenci, ale také jeho souvislosti s klinickou psychologií, pediatrií aj. Mohl byste krátce pohovořit o Vašem pojetí tohoto oboru?**

Podle mého přesvědčení má dětská psychiatrie v medicínských oborech unikátní pozici, protože v sobě obsahuje nebývalé preventivní možnosti pro všestranně zdravý vývoj lidského jedince. Dalo by se skoro říci, že od kvality péče dětské psychiatrie se odvíjí i kvalita (a často také terapeutická úspěšnost) v psychiatrii dospělých.

Jsem hluboce přesvědčen, že jakým způsobem je zacházeno s dítětem, takovým způsobem bude dítě zacházet se světem. Zde mám na mysli již období prenatální. V tom vidím hlavní náplň primární prevence v rámci dětské psychiatrie. Chtěl bych tento preventivní aspekt oboru připomenout právě v souvislosti s mým počínajícím působením na 3. LF UK, která svým zaměřením byla od svých počátků orientována na prevenci ve všech svých oborech.

Se starostlivostí o duševní a sociální zdraví jedince musíme, podle mého názoru, začínat nejpозději již ve třetí generaci před jeho narozením: v rodině, v domě jeho budoucích rodičů, kde se jemu dostane - nebo také nedostane - základních hodnot morálky, etiky a respektu k životu. S tím také souvisí důležitost prenatálního a perinatálního vývoje, kterých optimalizace jak pro matku, tak pro otce - a samozřejmě i pro prenatální dítě s jeho potřebami, senzitivitou a kompetencemi - významně ovlivní jeho vstup do světa. Tak se nám dětská psychiatrie rozvíjí od medicíny preventivní a rodinné také na medicínu interdisciplinární, která v sobě integruje nejen psychiatrii dospělých, ale také porodnictví, gynekologii, pediatrii, a dále různé obory psychologické, zejména psychologii vývojovou, klinickou, kognitivně-behaviorální a jiné obory, jako je humánní etologie, sociologie, antropologie, aj.

Od svých počátků měla dětská psychiatrie charakter dynamické disciplíny, což významně ovlivnilo psychiatrii dospělých, která se postupně z pozic výlučně deskriptivních a striktně fenomenologických vyvíjela, a přijímala koncepci dynamického chápání jednotlivých psychopatologických fenoménů.

Dětská psychiatrie se zabývá psychickými potížemi člověka v nejcitlivějším a nejzranitelnějším období jeho duševního a somatického vývoje a může tedy dobře sloužit jako model medicíny vpravdě dynamické a psychosomatické, kde individu-um je pojato v jeho nedělitelné kontinuitě od samých počátků svého života a také v jednotě nedělitelnosti všech funkcí jak psychologických tak somatických. Fyziologické, biochemické, endokrinní, imunologické a psychologické procesy

predstavují nedělitelný celek v němž každá vývojová fáze je kvalitativně rovnocenná a stejně citlivá na eventuální ohrožení.

**Pane profesore, jste spoluzakladatelem International Society of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. V letech 1983-1992 jste této Společnosti předsedal a nyní jste již čtvrtým rokem jejím čestným presidentem. Můžete nám tuto Společnost přiblížit?**

Společnost ISPPM, podobně jako celá dětská psychiatrie, překonala svůj vlastní vývoj z pozic zprvu převážně psychologických ve Společnost interdisciplinární medicínsko-psychologicko-antropologickou v širokém smyslu slova, která se snaží o kreativní dialog mezi nejrůznějšími obory těchto disciplin, o jakousi „cross-fertilizaci“, o nacházení společného jazyka a sémantického dorozumění mezi nimi, v zájmu usnadnění pokusu o nové paradigma a novou vědeckou teorii člověka.

Společnost se skládá z vícero národních sekcí, od roku 1993 má i sekci českou. Máme v současnosti okolo 2.000 členů ze všech kontinentů. Každé tři roky pořádáme světový kongres a v mezidobí organizujeme menší sympozia v různých zemích. Poslední kongres byl v Heidelbergu (1995), mj. za účasti 15 studentů právě ze 3. LF a z PpF UK. Příští se bude konat v září 1998 v Londýně.

Společnost má charakter nejen mezinárodní, ale také široce interdisciplinární a sdružuje jak lékaře různých oborů, tak psychology, sociology, etology, antropology, aj.

**Váš časopis „International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine“ vychází již několik let. Jak se k němu může český čtenář nejnadhěji dostat?**

Časopis jsem založil v r. 1989 a dosud jsem jeho hlavním redaktorem. Zpočátku vycházel v Londýně, nyní v Heidelbergu. Vydáváme ho již osmým rokem 4x ročně a každý ročník obsahuje cca 600 stran anglického či německého textu.

Časopis je interdisciplinární, podobně jako ISPPM, jejímž je oficiálním periodikem. Jeho redakční rada se skládá ze světových odborníků medicíny, psychologie, antropologie a přidružených oborů.

Časopis společně s ISPPM a ve spolupráci se 3. LF UK a Psychiatrickým centrem Praha a pod záštitou děkana 3. LF UK prof.MUDr. C. Höschla, DrSc., pořádal v květnu 1996 mezinárodní konferenci v Praze na téma „Prenatální a perinatální psychologie a medicína: nový přístup k primární prevenci“, a z této konference vydal zvláštní Supplement.

Možná bych zde měl též připomenout, že od září letošního roku je tento časopis afiliován se 3. LF UK. Mají tedy zainteresovaní odborníci, lékaři i studenti na stránky tohoto časopisu přístup otevřený. Vždy uvítáme opravdu kvalitní příspěvky. Objednávka časopisu, a stejně tak členství v ISPPM, je velice snadná. Předsedkyní české sekce ISPPM je dr. E. Šulcová, psychologka zaměstnaná v PCP, a s ní se lze telefonicky domluvit (tel.č. 66 003 173).

**Pane profesore, v této zemi se politické poměry před sedmi lety radikálně změnily, ale lidé zůstali většinou stejní. Řečeno s Karlem Čapkem, „kdo je slušný, byl slušný vždy, kdo myslí, že teď přišla jeho chvíle, myslel vždy na sebe“. Neobáváte se trochu u nás opět - byť zatím nepravidelně - začít žít?**

Jsem rád, že připomínáte Karla Čapka, navštívil jsem nedávno vilu bratří Čapků, která stojí blízko budovy 3. LF UK, a byl to pro mne velký zážitek. S dílem obou Čapků jsem ostatně vyrůstal od dětství, počínaje „Povídáním o pejskovi a kočičce“ až po „Válku s Mloky“. I ve Stockholmu si pravidelně čtu v jeho knize „Na břehu dnů“, což jsou fejetony a články z let 1921-1938, které nic neztratily ze své aktuálnosti.

Bratři Čapkové byli a jsou pro mne nejen jedním z vrcholů evropské kultury, literatury a umění, ale i evropské civilizace a humanismu, který v každodenním dění dnešní Evropy a světa stále postrádáme.

Pokud jde o poslední část Vaší otázky, jestli se nebojím zde začít žít a pracovat: od listopadu 1989 se započal můj postupný návrat domů, jak do Čech tak na Slovensko, a za tyto poslední roky jsem potkal tolik slušných lidí v „čapkovském“ smyslu, že se tady cítím opravdu doma a v lidském bezpečí. Také bych chtěl zdůraznit, že po dobu mého více než dvacetiletého exilu a poznávání světa jsem se znovu a vždy setkával s poznáním, jak vysoká je úroveň medicinského studia, vzdělání a kultury v našich zemích a jak vysoká byla a je morálka a etika našeho lékaře vůči pacientovi v porovnání s jinými zeměmi, které jsem poznal.

Vracím se tedy do vysoce vyspělé země, jak kulturně tak vzdělanostně, a dnes už i do země svobodné. Je to pro mne veliké privilegium a čest. Budu se snažit očekávaní ve mne vkládaná nezklamati.

*(Rozmlouval Zdeněk Klein)*



*prof. MUDr. PhDr.*

*Petr G. Fedor-Freybergh, CSc.*

# CONFERENCE OF THE CZECH BURN SOCIETY WITH INTERNACIONAL PARTICIPATION

---

Radana Königová

---

S hlavním tématem „*Quality of Life in Severe Burns*“ se tato konference konala v Praze ve dnech 17. - 19. září 1996. Byla organizována Českou lékařskou společností JEP ve spolupráci s Klinikou popáleninové medicíny 3. lékařské fakulty University Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (Prague Burn Center), pod záštitou děkana 3. LF UK pana Prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc. a ředitelky FN KV paní MUDr. Zuzany Roithové.

Zahraniční účastníci z 18 států evropských, severoamerických i z Jižní Ameriky byli nejen z řad lékařů, ale též z řad rehabilitačních a sociálních pracovníků a zdravotních sester, jež tvoří na všech specializovaných popáleninových pracovištích podstatnou část popáleninových týmů.

Současně s hlavními osmi zasedáními, jimž předsedali zahraniční hosté spolu s našimi lékaři, se konala sekce sesterská, kde bylo předneseno 18 sdělení, týkajících se všech aspektů ošetrovatelské péče ve všech fázích léčení, včetně období rehabilitačního a rekonstrukčního. Tato poslední fáze je dlouhodobá, někdy celoživotní, a ovlivňuje bezprostředně kvalitu života postiženého i jeho rodiny.

Hlavní téma konference „*Quality of Life*“ bylo vybráno na základě mezinárodních setkání specialistů nejrůznějších oborů, kteří jsou členy multidisciplinárních týmů a kteří se střetávají v současné medicíně s etickými problémy, jež přesahují hranice tradiční Hippokratovy lékařské etiky. Společenský i ekonomický význam současné medicíny vyžaduje větší prostor pro účast veřejnosti, jak pronesl ve svém úvodním proslovu Daniel Callahan, president Hastings Center, ústavu bioethiky v New Yorku.

Při řešení „medicínských“ problémů se vždy uplatňují vlivy morální a kulturně-společenské hodnoty společnosti jednotlivých zemí. Většina důležitých rozhodnutí obsahuje jak vědecké, tak etické, ale i ekonomické posuzování.

Prvým úkolem konference bylo upozornit na **faktory, jež ovlivňují přežití pacienta**, i když pouhé přežívání není ukazatelem složitých patofysiologických dějů, jež se prolínají, ani není měřítkem konečného úspěchu či neúspěchu (long-term outcome). Úvodní dvě zasedání byla věnována otázkám hodnocení závažnosti popáleninového traumatu i elektrotraumatu a vlivům, jež zvyšují morbiditu a mortalitu. S tím souvisely problémy resuscitační, byly probírány rozmanité formule zajišťující cirkulaci a metody zajišťující ventilaci.

V dalších zasedáních byly řešeny techniky chirurgické v akutním období a dále techniky rekonstrukční, užívané k úpravě jizevnatých deformací.

Tvorba a „zrání“ jizev soustřeďuje pozornost nejvýznamnějších výzkumných pracovišť. Např. (PIEDMONT FOUNDATION FOR STUDIES AND RESEARCH INBUNRS ITALII). Konečný výsledek léčení (komplexního a dlouhodobého) lze hodnotit dle charakteru jizevnatých znetvoření, jež z velké míry určují kvalitu života pacienta a jsou podstatně ovlivněny individuální stressovou odpovědí organismu. Tato stressová odpověď je různá u jednotlivých pacientů. Je to odpověď jak na úraz, tak i na léčbu, a může být ovlivněna řadou faktorů ve smyslu kladném i záporném.

Touto problematikou se zabývala další zasedání, kde naši pracovníci upozornili ve svých sděleních na význam psychiky a ovlivnění individuální stressové odpovědi užitím Seropramu, a to v období akutním i rehabilitačním.

Účastníci z evropských zemí (Nizozemí, Itálie, Maďarsko) referovali o příznivém působení táborů pro popálené děti z hlediska rehabilitace fyzické a psychické, což prokazují i naše vlastní zkušenosti.

„Měřením“ kvality života pomocí nejrůznějších schémat, dotazníků a vyšetřovacích metod byla věnována další zasedání, kde zaujala přednáška z Baltimore Burn Center, John Hopkins University. Ukázala výsledky dlouhodobého sledování kvality života po popáleninovém traumatu v souvislosti s úrovní vzdělání pacientů před úrazem a se stressovými poruchami po úrazu a s možnostmi návratu do práce.

Zástupci Mediterranean Burns Club se sídlem v Palermu, podobně jako pracovníci z Košic studovali problém hromadných katastrof a jejich dopad na kvalitu života obětí. Vědecký program byl veden v duchu přednášky S. W. A. Gunna, presidenta Světové Asociace pro medicínu katastrof (World Association for Disaster and Emergency Medicine), jenž je též konsultantem Světové Zdravotnické organizace (WHO) pro humanitární medicínu. Svou přednášku nazval „UT VITAM, ABONDAN-TEUS HABEANT“.

Druhým úkolem konference bylo zvážit **etickou odpovědnost lékaře** při rozhodování o způsobu léčby u pacientů s infaustní prognózou, kdy se střetáváme s problémem marného léčení („futile treatment“), ale současně musíme zvažovat princip autonomie pacienta a zároveň princip sociální spravedlnosti (social, distributive justice).

Konferenci uzavřel a zhodnotil - velmi příznivě - zástupce American Burn Association Prof. A. M. Munster.

Konferenční prostory v klubu techniků ČVTS na Novotného lávce byly poněkud stísněné, protože ve vstupní hale byla instalována výstava firem a společnosti, které demonstrovaly řadu nových přípravků a informačních materiálů. Vlastní přednáškový sál byl ve druhém patře, takže účastníci byli nuceni užívat výtahu či schodiště v každé pauze. Výhled na Karlův most z oken a pohled na Vltavu a nábřeží směrem k Národnímu divadlu ozářené sluncem snad kompensoval prostorové nedostatky uvnitř klubu.

10. 10. 1996



# STUDENTI

# FENCYKLIDINOVÝ MODEL SCHIZOFRENIE

(Seminární práce, Kurs biologické psychiatrie, 1995/96)

---

*Petra Salivarová - Kovařtková, 3. LF UK*

---

Schizofrenie je psychóza, která se vyznačuje velmi rozmanitým klinickým obrazem a jejíž symptomatologie je dána zvýšenou aktivitou dopaminergního systému a současně sníženou aktivitou systému GABA. Pro rozvoj projevů má hlavní význam dopaminergní D3 receptor, který se vyskytuje převážně v limbických strukturách, na rozdíl od receptoru D2, který převládá v bazálních gangliích (léčba schizofrenie haloperidolem, který se váže na oba typy receptorů, ale na D2 dvacetkrát častěji než na D3, je sice možná, ale vede k rozvoji extrapyramidových příznaků v důsledku postižení bazálních ganglií).

V posledních dvou dekáдах se zkoumá nový, fencyklidinový model schizofrenie (1, 2). PCP (Phencyclidine, „andělský prach“) indukuje psychotomimetický stav, který úzce připomíná schizofrenii. Na rozdíl od amfetaminem vyvolaných psychóz v sobě PCP - indukovaná psychóza - zahrnuje oba schizofrenické symptomy: pozitivní (halucinace, paranoia) i negativní (emociální zchudnutí a motorická retardace).

PCP byl vyvinut jako celkové anestetikum na konci padesátých let. V počátečních klinických studiích PCP vyvolával stav připomínající katatonii, který dovoloval malé chirurgické výkony, ale jenž se výrazně lišil od stavu relaxovaného spánku navozeného barbituráty nebo opiátovými anestetiky. Během PCP anestezie se u pacientů objevuje chudost až úplná ztráta výrazu s otevřenými ústy a fixovaným nevidomým pohledem. Stávají se celkově rigidními s voskovou flexibilitou, která připomíná endogenní katatonii a akinetický mutismus, avšak nedochází ke kompletní ztrátě vědomí. Stejný stav vyvolávají i PCP deriváty - cyklohexamin a ketamin. U velkého procenta těchto subjektů PCP vyvolal psychotické reakce, zahrnující excitaci, bizarní chování, symbolické myšlení a těžké halucinatorní poruchy, které

obvykle přetrvávaly 12 až 72 hodin po anestezii, ale zřídka kdy perzistovaly více než 7 až 10 dní.

### Psychotomimetické účinky PCP u zdravých dobrovolníků

Subanestetické dávky (0,05 až 0,1 mg/kg i.v.) vyvolaly progresivní emocionální oploštění, autistické a negativistické chování, v některých případech i katatonní držení a perseveraci. Verbální odpovědi v projekčním testu se staly konkrétními, idiosynkratickými a bizarními. Ve formálních studiích neuropsychologických funkcí PCP indukoval spektrum poruch pozornosti, percepce a symbolického myšlení.

### Účinky PCP u schizofrenních subjektů

Podání PCP schizofreniků vedlo k exacerbaci myšlenkových poruch a ke vzrůstu rozhodnosti a nepřátelství. U stabilizovaných schizofrenních pacientů vedla jednotlivá nízká dávka PCP k znovuvzplanutí příznaků, které přetrvávaly dny až týdny. Poruchy udržování tělesného vzhledu, depersonalizace a myšlenková inkoherence byly buď vyprovokovány, nebo zhoršeny. Jenom pacienti, kteří se dříve podrobili prefrontální lobotomii, se ukázali relativně rezistentními k psychotomimetickým efektům PCP.

### Abúzus PCP

Během šedesátých a sedmdesátých let došlo k epidemii zneužívání PCP. Nízké dávky (5 až 10 mg orálně, insuflací nebo inhalací) vyvolávaly agitaci, vzrušení, katalipsii a mutismus. Halucinace, deziluze, paranoia, myšlenkové poruchy a katatonie bez zastření vědomí přetrvávaly u některých PCP zneuživatelů dny až týdny po jediné dávce. Odhadnout z retrospektivních studií procento pacientů, u nichž se vyvinul psychotický stav po zneužívání PCP, je těžké. Průměrně se udává 25 až 30 procent.

### Molekulární mechanismus účinku PCP

PCP je liposolubilní molekula, která snadno a rychle proniká hematoencefalickou bariérou po periferním podání. Na základě farmakokinetických úvah se odhaduje, že nízká dávka 0,1 mg/kg i.v. vyvolává sérovou koncentraci 0,01 až 0,1 (M stejně jako 5 mg „pouličního jointu“). Tyto úvahy vycházejí z pozorování, že PCP indukovaná psychóza je selektivně závislá na sérové koncentraci PCP v rozsahu od množství, která nejsme schopni detekovat (0,02 (M) až do 0,4 (M u pacientů s akutní PCP intoxikací). Koncentrace nad 0,4 (M vyvolávají velké zastření vědomí, zatímco koncentrace nad 1,0 (M jsou spojeny s komatem, záchvaty a respirační zástavou.

PCP receptor je lokalizován v iontovém kanálu, tvořeném N-metyl-D-aspartátovým (NMDA) receptorovým komplexem. NMDA receptory jsou typem receptorů pro excitační L-glutamovou AK, což je hlavní excitační neurotransmitter v mozku. PCP inhibuje NMDA receptor a vede tak k poruchám NMDA-zprostředkované glutamatergní neurotransmise.

Bylo dokázáno, že účinky PCP nejsou inhibovány dopaminovými antagonisty (haloperidolem) ani nejsou zvyšovány dopaminovými agonisty jako amfetaminem nebo metylfenidinem. Stejně neschopná indukovat nebo zvyšovat účinky PCP se ukázala široká paleta serotoninergních, adrenergních, GABA-ergních a opiatoergních sloučenin.

### Účinky u zvířat

U myší a potkanů PCP vyvolává stereotypní chování a hyperaktivitu. Pokusy byly prováděny na potkaních samcích odrůdy Wistar váhy 195 - 325 g ve světlé místnosti se stálou teplotou. Bylo užito kruhového bazénu - průměr 140 cm a hloubka 25 cm. Do vodního bludiště byl 2 cm pod hladinu vody umístěn transparentní ostrůvek - 10 cm v průměru. Zvířata byla během experimentu umísťována do tří základních startovacích pozic a byla měřena doba, za kterou dosáhla ostrůvku.

Během prvního tréninkového sezení nebyl znatelný rozdíl v chování ve vodním bludišti mezi skupinou, které byl podán PCP a skupinou kontrolní. Na konci tréninku dosahovali potkani z kontrolní skupiny ostrůvku průměrně za deset sekund, zatímco PCP-skupina v rozmezí třiceti až devadesáti sekund. Ačkoliv se potkani, jimž byl aplikován PCP opakovaně snažili dosáhnout plošiny, byli neúspěšní. Z těchto výsledků vyplývá, že PCP pravděpodobně inhibuje prostorové učení u potkanů.

U mnoha dalších druhů (s výjimkou myší a potkanů) - např. u morčat, králíků, koček, psů a opic - PCP indukuje zklidnění a ztišení, takže zvířata neodpovídají na zacházení charakteristickou agresivitou. U opic je zklidňující efekt tak výrazný, že ošetřovatelé mohou zvířatům vkládat bez obav prsty do tlamy.

### Ovlivnění NMDA receptoru

Glutamát, glycin, polyaminy a specifické divalentní kationty (zinečnatý a hořečnatý) významně ovlivňují NMDA receptor. Jejich abnormální koncentrace mohou vést k poklesu aktivace receptoru. Stejně tak může být sám NMDA receptor dysfunkční - například je-li poškozen Alzheimerovou chorobou. Konečně striatální neurony nesoucí NMDA receptory jsou vysoce ohroženy možností degenerace účinkem excitotoxinů nebo hypoxicko/ischemickými insulty. V posledních letech se objevila hypotéza, že na patofyziologii Huntingtonovi choroby se podílí právě degenerace těchto striatálních neuronů účinkem nahromaděných excitotoxinů. Ovšem zkoumání dalších možností ovlivnění NMDA receptoru a z toho vyplývajících výsledků zůstává zatím otázkou budoucnosti.

*Literatura:*

- 1) Daniel C. Javitt, Stephen R. Zuckin, *Recent Advances in the Phencyclidine Model of Schizophrenia*, *The American Journal of Psychiatry*, 1991 October, pp 1301 - 1308
- 2) Shin-ichi Ogawa, Shigeru Okuyama, *A Rat Model of Phencyclidine Psychosis*, *Life Sciences*, 1994, No, 21, pp 1605 - 1610.

# RIZIKO VÝSKYTU SCHIZOFRÉNIE U POTOMSTVA MONOZYGOTICKÝCH A DIZYGOTICKÝCH DVOJIČIEK

(referát v rámci kursu „Biologická psychiatrie“)

---

Martina Jůzová, studentka 4. ročníku 3. LF UK

---

Etiológia schizofrénie (SCH) nieje dodnes presne známa, ale mnoho získaných poznatkov (rodinné štúdie, dvojčikové štúdie atd.) svedčí o tom, že genetické faktory sa javia ako najdôležitejšie.

Rodinné štúdie výskytu SCH za posledných 62 rokov ukázali, že riziko onemocnenia (korigované na vek) je asi 13% u detí schizofrenikov v porovnaní s 1% rizikom výskytu SCH u normálnej populácie. Štyri súčasné štúdie prvostupňových príbuzných odmietajú dosiaľ prijímaný názor o rodinnosti SCH, ale nemôžeme im plne dôverovať z viacerých dôvodov:

- štatistické závery boli robené na malom množstve prípadov;
- príbuzní neboli vždy k dispozícii;
- informácie boli založené na telefonických rozhovoroch a na informáciách „z druhej ruky“ (napr. z chorobopisov).

Štúdium dospelého potomstva monozygotických a dizygotických dvojčiek, z ktorých aspoň jedno dvojča trpí SCH, poskytuje unikátnu možnosť pre dôkaz hypotézy, že genotyp pre SCH môže ostať neprejavý v klinickom fenotype po celý život a prejaví sa až u potomstva. Schizofrenické genotypy môžu teda byť kompletne potlačené u rodičov, ale môžu sa preniesť a prejavíť u ich potomstva, ktoré stretlo domnelé „spúšťače“ rozvoja SCH.

Margit Fischerová v r.1971 oznámila, že riziko onemocnenia SCH u potomstva jej (skúmaných) dánskych monozygotických dvojčiek (1 schizofrenické a jedno zdravé dvojča) bolo rovnaké a nelíšilo sa od rizika detí shizofrenikov uvádzané v literatúre. Všetci potomkovia dvojčiek (mono- i dizygotických) skúmaných Fischerovou, boli ďalej sledovaní Dánskym národným psychiatrickým registrom do r. 1985, t.j. asi 14 rokov po štúdiu Fišerovej.

### Výsledky štúdie

Dvojčkové vzorky mali celkom 150 potomkov. Z tohoto počtu sa 14 potomkov „stratilo“ z ďalšieho pozorovania, 10 zomrelo a 4 emigrovali.

115 potomkov (85%) dosiahlo vek nad 35 rokov a 58% sledovaného potomstva dosiahlo vek 45 rokov. Tento vek predstavuje hornú vekovú hranicu pre manifestáciu SCH. Po prekročení tejto vekovej hranice už SCH obvykle nevznikne.

Potomstvo bolo rozdelené do štyroch skupín (viď nasledujúca tabuľka). Potom sa vypočítalo riziko onemocnenia potomstva schizofrenickej dvojčky z každého páru (monozygotického i dizygotického). Tento výsledok sa porovnal s rizikom onemocnenia potomstva zdravej dvojčky (respektíve dvojčky, uktorej sa SCH neprejavila vo fenotype) tých istých dvojčkových párov.

Výsledky sú nasledovné:

	Počet celkom	Počet onemovnení	Počet onemocnenia (%)
Monozygotický pár			
Schizofrenické dvojča	47	6	16,8
Normálne dvojča	24	4	17,4
Dizygotický pár			
Schizofrenické dvojča	27	4	17,4
Normálne dvojča	52	1	2,1

6 sekundárnych prípadov SCH bolo nájdených v potomstve monozygotických dvojčiek s prejavenu SCH - 3 potomkovia s paranoidnou SCH, 1 so schizoafektívnou poruchou, 1 s katatonickou SCH a 1 s epizódou schizofrenickej ataky, počas ktorej uškrti! svoje dve deti. Odhad rizika onemocnenia je 16,8%.

4 sekundárne prípady boli nájdené medzi potomstvom fenotypicky normálnych dvojčiat - 2 potomkovia s paranoidnou SCH, 1 s akútnou schizofrenickou atakou, 1 s psychózou podobnou SCH, ktorý si to ale nikdy nepripustil. Bol nájdený Fischerovou v priebehu práce v teréne - psychotický 7 rokov, zomrel ako 47 ročný na rakovinu. Riziko onemocnenia je 17,4 %.

Keď sa vrátíme k dizygotickým dvojičkám, zistíme nasledovné:

4 prípady výskytu SCH sa objavili u potomstva dvojčiat s prejavenu SCH - 2 s paranoidnou SCH, 1 s katatonickou SCH a jedna sebevražda 23 ročného schizofrenika (podľa vyhlásenia všeobecného lekára sa v tomto prípade jednalo o SCH so sluchovými halucináciami). Riziko onemocnenia je 17,4 %.

A konečne z 52 potomkov fenotypicky normálnych potomkov dizygotických dvojčiek sa udáva iba jeden prípad hraničiaci s SCH. Z toho vyplýva, že riziko onemocnenia je 2,1% a to je podstatne nižšie ako u predchádzajúcich troch skupín.

## Záver

Monozygotické dvojčky majú takmer rovnaké riziko onemocnenia potomstva SCH (16,8% a 17,4%) bez ohľadu na to či sa u nich SCH prejavila alebo nie. Výsledok zistenia výskytu SCH u potomstva zdravých jedincov monozygotických dvojčiek podporuje genetické hypotézy o etológii SCH.

Riziko onemocnenia potomstva fenotypicky zdravých monozygotických dvojčiek je rozhodne vyššie v porovnaní s rizikom onemocnenia potomstva fenotypicky zdravých jedincov dizygotických párov.

## Použitá literatúra

1. Gottesman I.: *Confirming unexpressed genotypes for schizophrenia, original articles, Arch Gen Psychiatry - Vol 46, October 1989.*



TEXTY

STAROST A STAROSTI

(ukázka z knihy)

**Zdeněk Eis**

# STAROSTI

## (JAKO PROBLÉM LIDSKÉ PSYCHIKY)

*„Jestliže nikdy nemohu být cele sám sebou, pak to, co mi dovoluje zachránit mou osobnost před zkázou, je vůle po autentičnosti, ono paličaté, vzdorovitě „já chci být sám sebou“, které není nic víc než tragická a beznadějná vzpoura proti deformaci.“*

Witold GOMBROWICZ

Vyšel jsem z několika významů pojmu starost, jak je chápeme v češtině. Přitom ale nevím, zda jsem vyčerpal všechny dostupné výklady. Někdy jsem totiž měl pocit, že různé dimenze starosti se na jedné straně podobají, a na straně druhé jsou obsahově i významově různorodé. Takto *rozmanité projevy starosti* v esenciálním smyslu a v dopadu na lidský subjekt tvoří *základ pro zneklidněnou a často rozkolísanou psychiku dnešního člověka*, která se musí tím kterým problémem zabývat.

Pojem STAROST má svůj hluboký význam v rámci našeho každodenního duševního života, protože je svázán s podstatnou součástí lidské existence, v zápase o přežití. Je pojmem filosofickým, jak jsem se o tom zmínil v první části této knížky. Ve snaze odlišit toto filosofické pojetí starosti od toho, které se týká bezprostředně lidské psychiky, a je zaměřeno na konkrétní lidský subjekt, jsem nakonec zvolil označení STAROSTI - tedy množné číslo slova starost. STAROSTI jsou projevem psychosociálního stavu (podmíněného zároveň biologicky) každého jedince daném okamžiku jeho života.

V této volbě mi napověděla praxe. V psychoterapii - a částečně i v psychologickém poradenství - nenacházíme totiž nikdy člověka s jedinou starostí. Naopak narážíme na lidi, kteří mají starostí někdy až příliš mnoho. Tyto jejich starosti bývají zpravidla hierarchizované, přičemž jednu z nich jedinec obvykle prožívá jako „největší či nejvýraznější“. Zda je to ta pravá, či náhražková, nechme nyní stranou. (O obtížnosti tohoto rozlišení jsme se již zmiňovali.) Z praxe psychoterapeutických i lékařských ordinací vím, že se na terapeuta obrací pacienti nejen s reálnými starostmi, které pramení z potíží, onemocnění či poruch. Prožitek v tomto ohledu nemusí odpovídat posouzení odborníka, ani realitě postiženého. Lidé se často zaměřují na tzv. „*zástupné*“ starosti, ba často podléhají i *starostem „falešným“*. Ať už je tomu tak nebo onak, základním prožitkem STAROSTÍ je snaha zbavit se jich - a to mnoha způsoby: někdy uvážlivě, jindy urputně, a nejednou dokonce za každou cenu.

Mezi nejčastější příklady *zástupných starostí* patří nespecifické bolesti hlavy. Když se ten, kdo poskytuje péči, takovou informaci od pacienta dozví v „holé“ podobě (*“Bolívá mě často hlava“*), není z toho moc moudrý, a ani když se pacient o svých potížích „rozpovídá“, nemusí se odborník dostat v hledání příčin nepříjemných pocitů dál. Přitom moje osobní zkušenost vypovídá o tom, že se na mne se *zástupnými starostmi* obrací přibližně 60% klientely. Pacient či klient je obvykle uvádí na prvním místě a bezprostředně se k nim upíná jako k hlavnímu problému. Často se přitom mylně domnívá, že právě

jejich rychlé vyřešení by mu ulehčilo život. Odborník je však po zvážení všech okolností a souvislostí nemusí, někdy dokonce ani nemůže, pokládat za hlavní a určující příčiny, které postiženému působí starosti. V tom spočívá kompetence jeho odbornosti. Pacienti často nevědí o příčinách vlastních starostí skutečně nic, nebo je „masakují“ náhražkovými, vedlejšími údaji, protože nechtějí či nemohou řešit podstatu toho, s čím se na odborníka obrátili o pomoc.

Pojednat o starostech ve sféře lidské psychiky naráží, jak je z uvedeného patrné, na mnohé překážky. Ta nejpřednější spočívá v tom, že psychologie, psychoterapie i sociologie se problémem lidských starostí výslovně nezabývají - pojmově ani věcně. Dal jsem si v několika renomovaných knihovných práci a prohlédl všeobecné i odborné encyklopedie. Zjistil jsem, že o tom, čím se člověk zabývá ve své každodennosti, tato díla nepojednávají ani to neobjasňují. Slovníky z výše jmenovaných oborů pojem „starosti“ neznají. Zavírají tak oči před skutečností, že jsou to právě starosti, které patří k výrazně lidským každodennostem a vytvářejí pomezí mezi běžnými problémy a diagnostikovatelnou psychickou nemocí, poruchou nebo krizovým stavem jedince.

STAROSTI chápu v životě každého jednotlivce jako předsíní zprvu nesouvisejících problémů, z níž se posléze otevírají dveře k pravým starostem a ke krizovým stavům.

Je zřejmé, že starosti, zůstanou-li neřešeny a odsouvány, mohou vést k závažným psychickým potížím. Ty nastávají, když jedinec chodí kolem sebe a svých problémů nevšímavě nebo přehlíživě, neřeší je, případně je „hází za hlavu“ v domnění, že „to nějak dopadne“, že se vše nakonec „samo“ vyřeší. Poznání, že tomu tak nebude, často přichází až po protrpěných a často velmi nepříjemných stavech.

Jsou to obvykle nesnáze, překážky, frustrace a různé podoby problémů, které člověka přepadají dříve, než upadne do krizového stavu. Dotyčný obvykle přehlédne řadu signálů, předcházejících stavu, nazývaném NESNÁZE.

NESNÁZE patří k duševním rozpoložením, která se obtížně definují, protože neznáme jejich určité ohraničení, vymezení a tím ani popisné uchopení. V praxi často váháme, zda vlastně jde o nesnáze v pravém slova smyslu, anebo o běžné potíže, které doprovázejí každou aktivní činnost člověka. V takových okamžicích se sami sebe tážeme: Co se stalo, že jsme se náhle, bez přípravy ocitli v neznámé situaci, která nás přivedla do potíží? S čím vlastně musíme v běžném životě při našich aktivitách počítat? Kdy naše nesnáze překročily míru „běžnosti“ a únosnosti? V lepším případě můžeme uvažovat o tom, že si tyto otázky uvědomíme a začneme hledat odpověď.

Pokusím se oprít o psychoterapeutickou zkušenost. Pro každého člověka je neobtížnější dobrat se *podstaty* svých potíží a nesnází. Postižený jedinec se ptá: „Dokáži se z nich dostat, stačím sám na sebe?“

Lidé kolem nás jistě v běžném životě nesnáze překonávají. Ovšem nemusí tomu tak být vždy - a to ani v nejběžnějších situacích. Myslím, že by bylo vhodné do své osobní životní filosofie přijmout skutečnost, že *člověk plně sám na sebe nestačí*, že druhé lidi ke své psychicky vyvážené existenci potřebuje.

Stačí, když se s nesnáze nedokážeme vyrovnat v běžné rovině. To má vzápětí za následek naši *nerozhodnost*, která vede k rozkolísání jistoty a tím ke zrození pocitu nejistoty. Přitom je třeba počítat s tím, že nesnáze se kupí a to pro nás znamená značné oslabení v jejich zvládnání. Nenajdeme-li k nim pevný postoj, neobnovíme ani svou předchozí jistotu.

Mezi nesnáze může patřit i *plachost*. Ta bývá dána povahovým rysem, v jehož pozadí nalézáme problematickou řadu příčin. Například: malé sebevědomí, nedostatek sociálních zkušeností (třeba výchovou v neúplné rodině), tréma nebo introverze. Praxe ukazuje, že jisté projevy plachosti a uzavřenosti do sebe jsou řešitelné.

Podle výsledků jednoho z amerických výzkumů sebehodnocení plachosti z osmdesátých let se ukázalo, že 40% osob se pokládá za plaché, naopak jen 1% dotázaných uvedlo, že období plachosti nikdy neprožilo. Plachost je tedy skutečně součástí běžného lidského života a postupného osvojování si psychosociálních návyků.

Shrnuji: Nesnáze jsou součástí našeho běžného života a nelze se jim podle žádného „receptu“ plně vyhnout. Prostě musíme přijmout, že nás provázejí naši každodennosti. Měli bychom se naučit s nimi žít a dokázat jim čelit v odpovídající míře. To však není snadné, uvážíme-li navíc, že ne-snáze jsou obvykle - často k nerozeznání - kombinovány s PŘEKÁŽKAMI a FRUSTRACEMI.

Co vlastně jsou PŘEKÁŽKY? Překážky vytvářejí „něco“, co nám brání plně realizovat náš zájem, naše snažení a aktivity. Nemám však na mysli „překážky“ obvyklé, jimž se často říká „objektivní“. Například žádná pohybově sebe-nadanější žena si ve čtyřiceti letech nemůže vzpomenout, že se stane špičkovou baletkou. Překážka tkví v tomto případě v jejím věku, kdy je na takové povolání pozdě.

Překážky jsou jakýmsi vyšším stupněm nesnází. Jsou charakteristické tím, že jsou konkrétnější. Narážíme-li na překážky, pak zpravidla tušíme jejich konkrétní rysy a máme tak před sebou jejich rámcové kontury. Nalikolik je subjekt bude správně analyzovat, aby skutečně věděl, čemu má čelit, je jiná otázka. Rozpoznávání skutečných překážek od falešných je převážně dílem nabytých zkušeností a poznání praxe, z nichž můžeme vyvodit určité závěry.

Mnozí z nás se mohli ve svém raném vývoji setkat v původní rodině s dvěma krajnostmi. První „vychovává“ ve smyslu, že život je procházka růžovým sadem, něčím krásným a bezproblémovým. Druhý vychází z „tvrdé“ reality, z toho, jak to v životě opravdu chodí... Krajnost tohoto typu podává svět jako slzavé údolí, ve kterém žijí jen samí mizerové a lumpové, a my si na ně musíme dávat velký pozor. Šedivost a bezútěšnost tohoto pohledu na život zúzkostňuje subjekt už od mládí a vede ho k číhivosti ve smyslu „kdo mi zase co provede“.

Zmiňuji se o obou krajnostech ze zřetelných důvodů. Zamyslíme-li se nad tím, jak jsme byli v rodině i mimo ni v dětství utvářeni, pochopíme - často až pozdě a časově neúplně - kdy jsme se my sami nebo naše okolí začali přiklánět více k tomu či onomu postoji. Byli jsme doma vedeni spíše „do plusu“, k pozitivitě nebo „do mínusu“ v postoji k životu? V souvislosti s tím se otevírá další otázka: Jaký je náš současný pohled na život - na okolí, na lidi, s nimiž sdílíme společný domov nebo pracoviště? Jsme jako lidé laděni spíše optimisticky nebo pesimisticky?

Krajnosti v žádném případě nebývají dobrým rádcem pro náš život a vlastně se v „čistě“ podobě vyskytují zřídka. Extrémy se mohou člověku přihodit, ale v běžném životě nebývají pravidlem. Člověk myslí, představuje si ve fantazii leccos krajního, ale ví, že je tomu tak pouze v myslí či ve snění. Ovšem, vyskytnou-li se v naší každodennosti překážky výraznějšího či trvalejšího rázu, pak se můžeme snadno ocitnout ve stavu frustrace.

FRUSTRACE je psychický stav, při němž dochází k různým potlačeníům. Jsme vystaveni překážkám, o nichž předem víme, že jsou nepřekonatelné. Jde právě o onen vyhraněný pocit jisté „bezmocí“, kdy z určitých důvodů nemůžeme dosáhnout vytyčeného cíle. Jakmile se do popředí lidského života dostanou pouhé holé potřeby, tedy to, čemu se říká „obstarávání“ a jejich neuspokojování, dostává se člověk do „kolotoče“, z něhož není možné bez následků prostě „jen tak vystoupit“. Přitom naše potřeby - uspokojené nebo neuspokojené - mohou být skutečné či fiktivní, vnitřní nebo vnější, laciné či hodnotné. Zjednodušeně řečeno: nevyvíjí-li se vše podle našich představ, dostávají se pocity ohrožení, oddálení či znemožnění uspokojit určitou dílčí potřebu či celkový cíl.

Každé potlačování a mnohé překážky, které se nám staví do cesty, se dotýkají afektů a popudů. Tím se rázem ocitáme v zajetí nepřijemných emocí jako jsou agrese, úzkost, zlost a řada dalších.

Snáze čitelné jsou pochopitelné překážky vnější, obtížněji překážky vnitřní (například plachost nebo stydlivost, ale zároveň mnoho dalších).

Mnohem složitější je pak *frustrace existenciální*, jak ji definoval Viktor E. Frankl. Nazval ji pocitem prázdnoty vlastního života, jeho bezcílnosti, pomíjivosti vlastní existence. Pozitivní řešení takovýchto frustrací je ovšem složitější a v jistém smyslu by přesahovalo moji kompetenci.

Z nepřekonávání překážek však pocházejí i četné frustrace, které neznamenají ani konflikt ani stres, ale mohou někdy zapříčinit stav se závažnými následky. Nejtypičtější reakcí na tento stav je agresivní jednání. V praxi býváme často překvapeni agresivním chováním jedince, se kterým jinak vycházíme bez větších potíží.

*Jednou mě v ordinaci navštívil podnikatel, který si stěžoval na psychickou rozkolísanost. Své potíže shrnul do věty: „Je toho na mě moc a před sebou mám tolik nesnáží a překážek, že si s nimi nevím rady.“ Při analýze jeho případu se přišlo na to, že nesnáší frustrační situace. Už jako dítě (žil bez otce, jen s matkou) nenáviděl chvíle, kdy mu matka v dobré výchovné víře kladla do cesty překážky, které musel*

překonávat. V dětství - stejně jako posléze v dospělosti - reagoval slovní agresivitou. Dnes jako podnikatel připouští, že si takovým chováním kazí dobrou pověst i mezilidské vztahy ve svém nejbližším okolí.

Jak je z tohoto případu vidět, o frustraci můžeme mluvit jako o *psychickém stavu*, ale v žádném případě ne jako o nemoci.

Frustrace je psychická reakce na překážku - tedy na něco, čeho nemůžeme dosáhnout, i když bychom velice chtěli. Tak se například často stává, že člověk bývá celoživotně frustrovaný tím, že není bohatý. Někdy mu to vadí natolik, že se od toho není schopen osvobodit. Snaží se zbohatnout, a když mu to nejde, závidí těm úspěšným. (Bezpočet příkladů na podobné frustrace najdeme v mnoha dílech světové literatury, z nichž možná nejvýrazněji působí na čtenáře dílo Honoré de Balzaca).

Překážky se nám staví do cesty, abychom je překonávali. V podstatě lze říci, že *zatímco nesnáze řešíme, překážky překonáváme*. Obojí je nezbytné pro náš vývoj a případné zraní a navíc to vede ke zvládnání nejrůznějších frustrací.

Nesnáze a překážky jako součást lidské každodennosti jsou ještě relativně „snadno“ a dobře zvladatelné, řeší-li se důsledně a včas.

Jinak je tomu v případech, kdy se nesnáze nahromadí a překážky nakupí. Pak už začínáme mluvit o **PROBLÉMECH**.

*Svět problémů a jejich řešení*, jak se o tom zmiňoval už francouzský filozof Gabriel Marcel, je mnohonásobně složitější, než spád našich obvyklých nesnází a překážek. Je to dáno jeho *komplexností* - problémy na nás útočí svým množstvím, členitostí a rozvrstveností. V tomto smyslu jsou již problémy předstupněm starostí.

Z běžného jazyka jsme zvyklí na skutečnost, že problémy řeší vědec, politik či umělec. Víme, že by je měli řešit *věcně a „objektivně“*. Zdá se mi však, že tomuto vymezení chybí malý dodatek: „... na základě daného poznání a emočního rozpoložení.“ Při pokusech jedinců o *řešení problémů* není lidská subjektivita něčím vnějším, ale je naopak jejich neoddelitelnou součástí. Každé lidské Já se podílí na „spoluřešení“ problémů. Proto je důležité uvědomit si *spjatost každého problému s mým Já*, neboli vztah mezi akutním problémem a tím, kdo se ho pokouší zvládnout.

Z této provázanosti mezi „objektivní“ stránkou problémů a lidskou subjektivitou vyplývá mnoho dalších nesnází. V lidských dějinách pozorujeme velké množství tzv. „dořešených“ problémů, platnost jejichž řešení záhy skončila.

Co vlastně znamená formulace „stanouti před problémem“? Každý, kdo se ocitne na životní křižovatce, z níž se rozbíhá mnoho řešení, se dostává do složité situace, ze které obvykle neexistuje bezproblémové východisko. Toto *stanutí na křižovatce* se může v jisté chvíli zkomplikovat - objektivně či subjektivně - a řešení situace je náhle v nedohlednu. V tom okamžiku jsme se zabořili do něčeho, z čeho není snadné jen tak vybědnout - ocitli jsme se před **PROBLÉMEM**.

Uvedu příklad jednoho psychoterapeutického rozhovoru, který ukazuje, jak objektivní a subjektivní ovlivňuje lidské jednání.

Jedna redaktorka mi vyprávěla, jak se jí nechce na důležité setkání, v němž - jak správně tušila - jí mělo být oznámeno, že redakce nadále nestojí o její služby a že má být k určitému datu propuštěna. Nejednalo se o kontakt v plném slova smyslu pracovní, ale naopak neoficiálně „přátelský“, v němž se paní redaktorka měla dozvědět určité informace předem, aby se na „úřední“ rozhovor mohla dobře připravit. Když se v dalším hovoru podařilo analyzovat pocit nechuti k tomuto setkání, objevil jsem, že v pozadí nechuti není „jen“ nepříjemný fakt nutného opuštění pracoviště, ale zároveň neurovnaný vztah k bývalému partnerovi, se kterým se nedokázala rozejít, a tak „musela“ stále čelit jeho touhám po návratu, aniž by k tomu už měla chuť. Sama si tuto skutečnost uvědomila po mé otázce: „Kdybyste žila uspokojivý partnerský život, myslíte, že byste také váhala jít na přátelské setkání, kde se máte o sobě předem dovědět důležité informace?“ Odpověď byla jednoznačná: „Ne!“

Na uvedeném příkladu se ukazuje, jak vnější problémy (v tomto případě pracovní) jsou ovlivněny subjektivními pocity vnitřního neuspokojení, jak se nezřetelně mísí subjektivní prožitky (nevyřešený partnerský vztah) s objektivními potížemi (ztráta pracovního zařazení). Přitom nejsou-li naznačené rozměry problému více uchopeny a dořešeny, hrozí přerůst v chronickou krizi, která se může stát trvalou součástí života takto disponovaného jedince.

Problémy nás většinou potkávají v množném čísle, ve shlučích a komplexnosti. Jejich následky, které nás zavalují, bývají různé. V každém případě však, jsme-li plni problémů, ztrácíme pocit, kterému anglicky říkáme *comfort*, což bych v tomto případě česky překládal jako *pohodu*. Ztrácíme-li tuto pohodu, začne nás mít ve své moci „*discomfort*“, česky vyjádřeno - „*poklesnutí na mysl*“.

Toto „poklesnutí na mysl“ bývá zpravidla provázáno *vnitřními psychickými rozporů*, které se projevují rozkolísaností, oslabením, projevy nejistoty, ztrátou psychické rovnováhy. Navíc se často množí další problémy.

To, co jedince v určitém okamžiku „rozhází“, se z odstupu může jevit jako maličkost. Z praxe vím, že ztrátu psychické rovnováhy mohou přivodit ve své podstatě zcela rozdílné události: například špatná známka ve škole (nad níž se po letech pobaveně usmějeme), neúspěch na pracovišti, odraz tohoto neúspěchu v dočasném snížení společenské role a mnoho dalších.

Při řešení vnitřních rozporů musíme vyjít z toho, že člověk obvykle už na ně nestačí sám. *Já bez Ty* se najednou stává bezmocné (jak to viděli filosofové Martin Buber a Emmanuel Lévinas). Ovšem jedinec plný problémů se ve svém akutním stavu často nedopracuje k návštěvě odborného pracoviště, které mu může pomoci. Potíž spočívá v tom, že ne každý člověk v tísní sám a bez pomoci dospěje k tomu, co lze v tomto případě pokládat za optimální: k pokusům o rovnováhu vnitřních rozporů.

Nedejme se mýlit, byť nás povrchní pohled na naše okolí k tomu svádí: člověk bez vnitřních rozporů, bez kolísání, bez pochyb - vlastně neexistuje! Dokonce mohu



uvedený poznatek zformulovat tak, že výše vyjmenované „potíže“ jsou údělem lidské existence. Jsme všichni plni vnitřních rozporů, toužíme po jejich „řešení“, samozřejmě s pozitivním výsledkem pro nás. Tato touha nás životem provází permanentně.

Má-li tedy někdo potíže, případně trpí-li psychickými rozpory, nejedná se ještě nutně o nemocného člověka. Rád bych zdůraznil, že vnitřní psychické oslabení, případně potíže, starosti, ale i psychické krizové stavy sice dezorganizují naši každodennost, vykoledují nás v běžném životě, ale „nemocí“ v pravém slova smyslu nejsou.

Pásmo mezi zdravím a nemocí je totiž neutrálním územím „nikoho“; něco mezi ne-nemocí a nemocí. Často se jedná o stav, kdy se člověk netěší plnému zdraví a psychické pohodě, ale ještě ho nelze diagnostikovat jako nemocného. Na území „nikoho“ žije každý svou každodennost a v ní prožívá své potíže. S nimi jsme mu povinni pomáhat na základě humánního přístupu a pragmatického pravidla platného v medicíně: lépe postižením předcházet, než je léčit. Nutno dodat, že s touto základní větou o prevenci však ne každý postižený souhlasí. Nejčastěji si řekne: „Na to nemám peníze, na to není čas!“ Málodko si však uvědomí, že léčba, když poruchy propuknou, stojí neskonale více hmotných prostředků i časových ztrát než včasná prevence. Nakupením, přehlížením vnitřních psychických rozporů, jejich odsouváním na takzvaně „vhodnější příležitost“, se v každodenním spěchu dostáváme na práh stavů, které už bývají obtížně únosné a finančně i časově mnohem náročnější.

## PROBLÉMY VÝJIMEČNOSTI A OBVYKLOSTI

Za výjimečné musíme pokládat to, co překračuje - nikoli porušuje - zaběhaný řád. Obvyklé je naopak vše, co se opakuje, co pravidla či řád má. V běžném životě si často klademe otázku, co je vlastně obvyklé a normální? V pozadí každé takto položené otázky přichází ke slovu tázání, které nás často hodně zúskostňuje. Ptáme se: Jsem normální nebo jsem spíše natolik „zvláštní“, že na mne všichni musí brát ohledy?

Problém obvyklosti, normálnosti a normy vůbec je ve své obecné rovině dost složitý. Má-li se týkat oblasti duševní, kde je zatím tak málo exaktně vyjádřitelného, pak se tím spíše dostáváme k tomu, na co si nedokážeme plně odpovědět.

V běžném životě, při naší každodennosti je obtížné stanovit, co je běžné a normální. Za běžné a obvyklé pokládáme například pozdravy, poděkování, umění požádat a poprosit o něco. To jsou běžně přijaté normy života.

Do této „normy“ spadá i *kladení životních a koncepčních otázek sobě samým*. Toto tázání však zároveň již může svědčit o tom, že jsme v úzkých

a postrádáme připravená a vyzkoušená řešení. Na druhé straně toto „pouhé“ kladení otázek sobě samému bývá často obrovským skokem vpřed, protože zpravidla otevírá nové možnosti a obzory.

Obtížná situace nastává teprve ve chvíli, kdy máme posoudit, zda se v určité konkrétní situaci jedná o běžnou potíže či problém, nebo zda jejich kumulace, případně nesnesitelnost už pokročila natolik, že nastal čas obrátit se na odborníka.

Přestoupíme-li neviditelný práh mezi zdravím a nemocí, pak už mluvíme o *psychické poruše*. Kdy se tak u jedince přesně stane, můžeme určit jen s obtížemi. Odpovědný odborník by však měl rozlišit osobní problémy od psychické poruchy. Je třeba posoudit určité projevy a znaky, aby případná nemoc mohla být buď vyloučena nebo diagnostikována.

V otázce normy sehrává svou samozřejmou úlohu také čas. Každý z nás si například pamatuje, že babička se oblékala jinak než matka. Ve stylu odívání čas nejednou odbourává už přijaté, normální a běžné. Stejně tak se v průběhu jistého časového úseku mění obvyklé ve výjimečné a opačně. Dříve narození s oblibou pozorují, jak mladší generace jsou „jiné“ než ta „jejich“, v níž vyrůstali a žili oni.

To vše v nás vyvolává otázku: Toužíme více po výjimečném nebo po obvyklém? Odpověď nemůže být jednoznačná, protože oba protiklady hrají v našem životě svou nezastupitelnou roli. V každém člověku je uloženo - být v nepatrné míře - poselství Ikara a jeho touha nejen chodit, ale také létat. Naproti tomu každý jedinec k běžnému životu potřebuje obvyklosti, řád a pravidla. Už proto, aby nemusel dnes a denně řešit to, co lze běžně zvládnout rutinním způsobem.

Za nebezpečné lze naopak pokládat oba extrémní přístupy: jak přístup, který akcentuje žití pro výjimečné okamžiky, vše jim v životě podřizuje, a tím zanedbává samozřejmosti, které dělají život příjemným, tak i opačný případ, kdy vsadíme na obvyklosti, a můžeme tak proměnit svůj životní styl v šed' a nezajímavost.

Oba protiklady - jak výjimečnosti tak obvyklosti - patří nutně k lidským údělům.

## PODOBY KAŽDODENNOSTI

Odhalit pro sebe krásu okamžiků v opakujících se zážitcích a očekávaných reakcích vyžaduje určitý časový odstup, lidskou zkušenost a touhu volit mezi neznámým a dosud jen částečně poznaným.

Když je člověk mladý, touží po výjimečnosti, po zvláštностech, kterými by na sebe upoutal pozornost, nebo se chce v životě lépe „bavit“ a „zabavit“. V kursu jsou jedinečné, nebyvalé, prostě skvělé zážitky. Spokojenost mládí tkví na první pohled v něčem jiném než spokojenost člověka v pokročilém věku. Mladý jedinec jen s obtížemi rozeznává krásu života v její opakovatelnosti a každodennosti - dvou prvočinitelích, jimiž se opakovaně „zmocňujeme“ života, když jej v danou minutu žijeme.

Každodennost počítám ke krásám žitého okamžiku. V takovém případě mám naději, že uvidím „nové“ krajinu, les, město, člověka - spatřím je v takových podmínkách a souvislostech, jak jsem je dosud ještě neviděl. Mám naději na nové prožitky.

Každý si takové inovace může po zácvičku navodit „akcemi“. Především takovými, které mají za úkol *zmírnit* starost. Za každou takovou „akci“ se však platí. Někdy přiměřeně, jindy nepřiměřeně; totiž v tom případě, když se snažím zbavit problémů, ať to stojí, co to stojí.

Druhým způsobem je problémy prostřednictvím akce *řešit*. Spočívá to v opakovaných pokusech o opuštění vlastní ulity. Jsem-li osamělý, musím mezi lidi, jinak se nedočkám příležitosti k tolik potřebným kontaktům.

Každé *skutečné řešení* problému umenšuje, někdy dokonce eliminuje. Zvolíme-li naopak *ne-řešení*, dostáváme se do bludného kruhu jejich neustálých návratů a opakování, která bývají často zavádějící.

Starost, s níž si nevíme rady, s námi cloumá, zmítá a někdy má tendenci nás dokonce plně obsadit a pohltit. Přitom beru ohled na to, že jsou samozřejmě věci osudové, dané a neměnné - mezi něž patří například invalidita či smrt - s nimiž si nelze poradit jinak než tím, že je přijmeme.

V těchto záležitostech vlastně existuje pouze nepozorovatelná hranice mezi starostí a krizovým stavem. Řekl bych, že jde o *dvě polohy* dané životem.

## PROBLÉMY S PLANOSTÍ A NICOTĚNÍM

Krása a uspokojení z každodennosti spočívá na jediném základě, totiž na *tvoření*. Mám na mysli takové tvoření a jednání, takovou práci, která nejenže něco přináší, ale také vnitřně uspokojuje.

Protikladem tvoření v žité každodennosti je *nicotění* (francouzsky *néantisér* - jedná se o Sartrův termín, který on sám odvodil od pojmu „nicota“).

Rezervujme si tento pojem pro *plané přežívání*, kdy nevíme kudy kam, protože nás má v moci vnitřní chaos, který pocítujeme uvnitř sebe sama. Nicotění přichází v okamžiku, kdy jsme se ocitli ve stavu bezvýchodnosti, marnosti našeho počínání, kdy vše kolem nás narází ztrácí smysl, propadáme se někam, a přitom nemáme ponětí, kdy a kde se zastavíme, abychom pád neprohlubovali. Albert Camus to vyjádřil slovy: „*Někdy se stane, že se kulisy zhroutí. Vstávám, jedu tramvají, čtyři hodiny v kanceláři nebo v továrně, jídlo, tramvaj, čtyři hodiny práce, jídlo a spánek, a pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek a sobota, stále stejný rytmus - po této cestě se dá dlouho pohodlně jít. Ale jednoho dne se vynoří „proč“ a touto omrzelostí smíšenou s údivem všechno začíná.*“

Takové ošklivé „chvilky“, kterým Martin Buber říkal *vnitřní chaos* nebo *vír chaosu*

su, nás navštěvují obvykle v nejnevhodnější dobu a mají svůj původ v těžko předem odhadnutelných okamžicích.

A na světě se ocitá nejošidnější otázka, kterou sobě i ostatním můžeme položit. Ptáme se, PROČ se tak děje. Jsme však lapeni, protože na ni není nikdy *úplná* odpověď.

My přece převážně nevíme proč, my si pouze zkoušíme na tuto otázku odpovědět - se všemi lidskými omezeními, na které musíme v daném okamžiku myslet.

Každá odpověď na otázku PROČ má v sobě zakódováno *definitivní řešení*, které se opírá o přesvědčení, že odpovědi na ni dávám odpovídající smysl. Podvědomě tedy očekávám, že při správné odpovědi bude *VŠE* jasné. V každé odpovědi na PROČ se tak pokoušíme o nemožné: o plnou, vyčerpávající a definitivní odpověď. Ve skutečnosti takto odpovědět je nemožné.

*Nedávno mne navštívila pětaticetiletá inženýrka chemie, vedoucí laboratoře, vdaná, s dvěma malými dětmi v základní škole. Vyprávěla mi, co s ní udělal onen „vír chaosu“. Doma byla matkou vychovávaná a vedená jako dítě, které muselo plnit své povinnosti „perfektně“. Jako žena, matka a vedoucí laboratoře na všechny úkoly prý nestačila, neboť měla pocit, že jednou šidí rodinu, podruhé práci. Když pocítovala únavu a skleslost, sahala po skleničce. Denně se napila relativně malého množství alkoholu. Pod dojmem popularizačních článků v novinách si vzala do hlavy, že se u ní už projevuje závislost na alkoholu. Obrátila se o radu na jednu z linek důvěry a tam měl službu zkušený alkohololog. Svěřila se mu na rok do ambulantní péče. Odborník brzy poznal, že se u této ženy nejedná ani tak o závislost na alkoholu, jako spíše o neurózu, o nevyrovnanost s vlastním dětstvím a o sklony k perfekcionismu. Pacientka mu nechtěla věřit, když ji po roce propouštěl z ambulantní péče s tím, že se nejedná o závislost, ale právě o zmíněný „zděděný“ a hlavně naučený perfekcionismus. Reagovala na jeho závěr jednoznačně: udělala to, co žádáme u závislých osob - začala trvale abstinovat. Proti „víru chaosu“ ovšem postavila čin, a tak zvládla to, co je v člověku často tak nezvladatelné.*

Popsaný příklad naznačuje, jak obtížné je odpovědět sám sobě na otázku PROČ.

Kdopak má to věčné nicotění unést? Kdo to má unést v běžném - a skoro mámu - chuf říci v „normálním“ - životě? V něm totiž potřebuji k vlastnímu životu ty *druhé*, ostatní: potřebuji ševce, abych nechodil bos, potřebuji krejčího, abych nechodil nahý, potřebuji jídlo, střechu nad hlavou, rodinu, přátele a tisíce dalších velkých i malých skutečností, které k životu patří.

*Nicotění* navozuje přežívání s následnou *plaností* - neboli rezignací na rozměr a smysl vlastního života, který je každému vyměřen od narození po smrt. Ti, kteří zvolí tuto planost nebo se vyhýbají řešení, se v případě „životního úderu“ snáze ocitají v krizových stavech, z nichž obtížně hledají cestu ven.

Problém nicotění totiž „zabírá“ všechno naše vědomí, naše city a dokonce i naše bytí a existenci. Člověk se v tomto stavu dostává k *negování svého okolí a prostředí*, ale i k *negování sebe sama*. Nastupuje tak někdy plíživou, jindy zřetelnou cestu *vnitřního psychického rozvratu*.

Problémy v životě má každý. Jejich rozmanitost je obrovská a množství výskytu téměř nezměrné. Potvrzují to i zkušenosti z ordinací, advokátních kanceláří, z činností sociálních pracovníků, záchranných sociálních sítí a dobročinných organizací.

Co nás nejvíce zajímá na problémech, které nás *obsazují*? Především jejich hromadění v běžném životě. Klademe si otázku, co to vlastně znamená, že se proti nám - alespoň tak to prožíváme - vrší problémy? Ptáme se, proč se tak chaoticky kupí? Postižený jedinec nakonec nevyhnutelně dospěje k poznání, že by z nich měl *vybřednout*, nebo jim čelit.

V zásadě se může jednat o *dva základní mechanismy* naznačeného stavu. První se týká hlediska *kvantitativního*, kdy se problémy vrší a vrší, až je jejich zmnožování tak velké (případně i tak rychlé), že si s nimi člověk neví rady. Původní nesnáze a překážky se proměňují v problémy, které nás obsazují a stávají se nepřehlednými. Zmocňuje se nás čím dál tím větší pocit nemožnosti, případně neschopnosti něco s nimi udělat, pokusit se o jejich řešení, případně je minimalizovat. K takovému řešení totiž člověku, zahlcenému problémy, chybí aktivita, protože bývá pasivní a znechucený.

Druhý mechanismus nastává tehdy, když víme nebo máme pocit, že se naše všednodenní problémy prohlubují, že už nejde o jednotlivosti a maličkosti, ale že nás mají natolik ve své moci, že si s nimi neumíme poradit. Tak vypadá *kvalitativní* stránka prohlubování problémů. Takovéto „citlivé“ problémy nás zasahují na nejzranitelnějších místech struktury lidského Já a ničí ji. Ke slovu často přichází nelehký problém vlastního svědomí a od něho se odvíjející důsledky.

*Poznal jsem v ordinaci nadaného muže kolem čtyřicítky, vysokoškoláka. Jeho hlavní potíže tkvěly v tom, že nedokázal přiměřeně zvládnout všednodenní problémy. Věděl o nich, uvědomoval si naléhavost řešení, ale nechával si je čím dál tím více přerůst přes hlavu. Vždy si našel záminku, proč nad vršícími se problémy mávl rukou. Jeho potíže netkvěly v chabém intelektu, ale v návyku na „životní těkavost“. V rodině i v povolání přeskakoval z jedné aktivity do druhé a žádnou plně nedokončil a nezavršil. Naučil se tak žít už jako vysokoškolák a tehdy naučený přístup k životu přenesl později do vlastní rodiny a povolání. Stěžoval si mi, že platí za ne zcela solidního: vždy něco slíbí a pak na to pozapomene, jednoduše nedodrží slovo. Vyhledal mne a očekával radu. Byl velice zklamán mou odpovědí: měnit tak letité „návyky“ je velice obtížné, protože neexistuje účinná rada, která by mu okamžitě pomohla; musel by podstoupit několikaletý psychotherapeutický proces s nezaručenými plnými výsledky. Poděkoval a odešel; od té doby jsem ho neviděl.*

Kvantitativní i kvalitativní mechanismy se pochopitelně prolínají a zároveň prohlubují, jakmile problémy nelze převést na rozumovou rovinu - tedy tehdy, když se jich začnou zmocňovat emoce a tím se stávají méně racionálními. První i druhá

cesta vede k přechodu od problémů VE STAROSTI. Ty přispívají k naší vnitřní stísněnosti, navozují pocit nejistoty, případně vedou ke stavům úzkosti.

Ovšem problém přechodu bývá u jedince také úkazem jeho postoje k životu. Co pro něho skýtá život? Co mu „nabízí“, k čemu ho „vybízí“? Tyto otázky trápí především mladé lidi - respektive ty z nich, kteří si je jsou schopní položit a uvědomit. Právě ti se ocitají na prahu *hledání*. A už hledání samo může vést k pozitivnímu řešení.

Přiznám se, že jsem se nejvíce o „vztahu k životu“ poučil u Martina Bubera a později u Emmanuela Lévinase. Buber napsal, že každá dozrávající lidská osobnost „*padá pod nekonečnem možností. Množství možností přetéká nad ... nepatrnou skutečností*“ lidské existence a pokouší se ji přemáhat. „*Fantazie, hrající si s možnostmi, umění tvořit tyto možnosti..., propůjčuje určitosti okamžiku existenční formu své neurčitosti. V možnosti hrozí zánik skutečnosti. Vlady se ujímá kolotající chaos, zmatek a bloudění*“ (Genesis 1,2).“

Výsledkem života ovšem, podle mého názoru, není chaos, pouhý zmatek a bloudění, ale *smysl*, který mu byl udělen jeho vznikem. Martin Buber se snažil upozornit na možnosti jedince, které mohou být někdy falešné či příliš subjektivní, zavádějící, případně scestné. *Volba možností*, s přihlédnutím k sociálním a kulturním okolnostem a danostem, je u Bubera ponechána k *rozhodnutí* na lidské osobnosti, která zároveň přejímá za toto své rozhodnutí odpovědnost.

Na této cestě potkává člověk nekonečné množství problémů, starostí a přechodů mezi nimi. V této souvislosti se nabízí otázka o *vztahu dobra a zla v průběhu lidského života*. Tento protiklad je pochopitelně stále přítomen v životě, jenže jedinec ho nevidí v tak vyhraněné podobě. Právě v praktickém životě potřebuje každý z nás více a častěji *smysl pro kompromis* a vyladění k *toleranci*. Kdo je postrádá, protrpí si své a přidá si na STAROSTECH, kterým by se za jistých okolností býval mohl vyhnout.

(Uvedený text je ukázkou z knihy PhDr. Zdeňka Eise "Starost a starosti", kterou vydalo nakladatelství JEŽEK. Knihu si můžete písemně objednat na adrese: Nakladatelství JEŽEK, Štemberkova 890, 516 01 Rychnov nad Kněžnou, nebo zakoupit v knihkupectví FIŠER, Kaprova 10, Praha 1. Cena knihy je 95 Kč.)

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

