

VITA NOSTRA REVUE

VINOHRADSKÁ TROJKA A WOHNOUT PRO ITIBO - DEVADESÁTINY PROF. ČECHA - ROZHOVORY S HANOU PROVAZNÍKOVOU A RENATOU SOUMAROVOU - MÝTY O OBĚTECH A PACHATELÍCH - NOVINKY VE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER NA 3. LF - URGENTNÍ MEDICÍNA A STRES - REPORT Z ORDINACE PRO CHUDÉ - PŘED 50 LETY ZEMŘEL VRATISLAV JONÁŠ - RICHARD ROKYTA: BUŇKY VYŽADUJÍ TRPĚLIVOST - DOBRONICE VE FOTOGRAFIÍCH

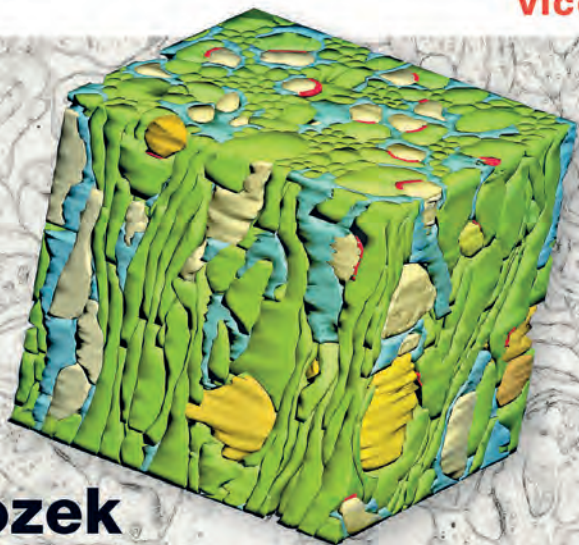
vesmír

Věda, příroda, člověk, společnost — Časopis s tradicí od r. 1871

časopis Vesmír
není jen o vesmíru

- Sledujeme stovky vědních oborů
- Věnujeme se i medicíně
- Články recenzujeme
- Čtete v tištěné i elektronické podobě

více informací na vesmir.cz/predplatne

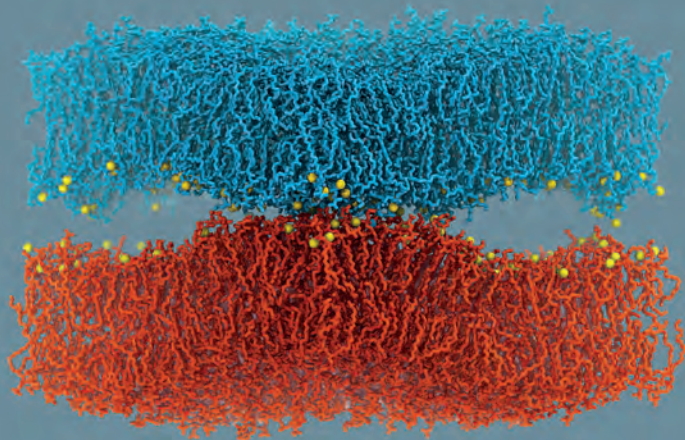


Mozek v kostce

2017/10

Chemie života

2016/9



Hodiny v nás

2016/5

2016/11

Hranice života a smrti



EDITORIAL . . . . .	.2	RES PUBLICA	
FACULTAS NOSTRA		Červený koberec (Marek Vácha) . . . . .	.69
Vinohradská Trojka a Wohnout pro Itibo (Petr Michenka) . . . . .	.4	Muž s deštníkem (Jiří Hanák). . . . .	.70
Ortopedii má ve své DNA (Monika Arenbergerová) . . . . .	.9	Kafkonomie aneb Deset let si zaděláváme na další průšvih (Tomáš Sedláček) . . . . .	.71
Na fakultě jsem strávila většinu života (Jolana Boháčková). . . . .	.13	Koho robot o práci nepřipraví? (Lukáš Kovanda). . . . .	.73
Pamětní medaile 3. LF UK putuje na Ústav ošetřovatelství a Neurochirurgickou kliniku (Monika Arenbergerová) . . . . .	.19	Zásada štenýřového lešení (Ondřej Vaculík) . . . . .	.75
Novinky ve vzdělávání sester na 3. lékařské fakultě (Hana Svobodová, Marie Zvoníčková) . . . . .	.22	Žena kutila (Zuzana Pelantová) . . . . .	.77
Sdělování špatné diagnózy je jednou z nejtěžších součástí naší práce (Jolana Boháčková) . . . . .	.25	ORBIS PICTUS	
I spořádaný otec může být vrahem aneb mýty o obětech a pachatelích (Jolana Boháčková). . . . .	.28	Léto ve znamení hada na holi (Jiří Sýkora) . . . . .	.79
MEDICÍNA		Praha, úžasná výzva (Eleonora Conchet) . . . . .	.82
Urgentní medicína a stres (Jana Šeblová). . . . .	.33	VE FOTOGRAFIÍCH	
Stres: návod na přežití (Petr Třešňák) . . . . .	.36	Dobronice camp (Barbora Bláhová, Pavel Dohnálek) . . . . .	.84
Rozhoduje kontext pacienta (Anna Ouřadová) . . . . .	.43	POST SCRIPTUM	
Účinky nové vakcíny použité při léčbě rakoviny vaječníků představil v Chicagu profesor Lukáš Rob (Jolana Boháčková). . . . .	.46	Po výročí (Jaroslav Veis) . . . . .	.93
Před 50 lety zemřel Vratislav Jonáš (Pavel Čech). . . . .	.48		
V roce 1918 se víc umíralo na TBC a chřipku, teď na nemoci srdce (ČTK). . . . .	.50		
Nelze být zdravý v rozbitém těle (Martin Ježek) . . . . .	.52		
TEXT			
Buňky vyžadují trpělivost (Jaroslav Veis) . . . . .	.55		

Editorial

Vážené čtenářky a vážení čtenáři našeho časopisu a všichni příznivci Vita Nostra Revue,

vítám vás při čtení třetího letošního čísla v krásných podzimních dnech a dovoluji si vám představit některé články. Připomínáme si významná jubilea našich akademiků v tomto trimestru, nejstarším z nich je profesor Oldřich Čech, zakladatel vinohradské ortopedie. Nemůžeme opomenout ani osmdesátiny docentky Hany Provazníkové, se kterou připravila rozhovor naše šéfredaktorka Jolana Boháčková.

Představujeme také novou přednostku onkologické kliniky docentku Soumarovou a za zmínku stojí i zajímavý článek doktorky Svobodové o změnách v bakalářských oborech, zejména studiu ošetřovatelství. Je to jakési zakončení diskuze na téma vzdělávání zdravotních sester, která se objevovala na stránkách našeho časopisu v minulých číslech. Připomínáme i to, že doktorka Svobodová a profesor Haninec dostlali pamětní medaili 3. lékařské fakulty. Velmi si vážíme článků studentů a věříme, že náš časopis také čtou. Zajímavý je například článek kolegyně Anny Ouřadové z ordinace pro chudé v Ostravě.

Objevují se i texty týkající se dějin medicíny. Doktor Pavel Čech z Kabinetu dějin lékařství napsal velmi zasvěcenou stať k 50. výročí úmrtí přednosta 1. interní kliniky Lékařské fakulty hygienické a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady profesora Vratislava Jonáše. Byl to vynikající kardiolog, který po dlouhou dobu za-

stával funkci přednosta naší interní kliniky. K historii se vztahuje také porovnání stavu zdravotnictví v roce 2018 a 1918. Statistika Českého statistického úřadu a zdravotnických ročenek publikovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky porovnává zdravotnictví v období založení Československa se současností.

Zajímavou diskuzi jistě vyvolá článek o stresu, který jsme převzali z časopisu Respekt, a který doplnila členka naší redakční rady doktorka Šeblová textem s praktickými poznatky o stresu zejména v urgentní medicíně.

Docentka Ludmila Čírtková, forenzní psychologka a také prorektorka Policejní akademie v Praze, na fakultě přednášela o obětech a pachatelích. Její povídání shrnuje článek, který ukazuje z druhé strany nejen problematiku obětí, o kterých se často mluví, ale také problematiku pachatelů, kteří tyto nepříjemné věci provádějí. Zmíním se také o příspěvku profesora Roba, přednosta gynekologicko-porodnické kliniky, který představil na kongresu v Chicagu vakcínu, již začali lékaři používat k léčbě ovariálního karcinomu. Vyrábí se z monocytů získaných z vlastní krve pacientky.

Mezi všeobecnými články máme také výborné texty. Například úvaha Jiřího Hanáka s názvem *Muž s deštníkem*, který popisuje, jak by měl vypadat politik (samozřejmě mužem s deštníkem autor myslí T. G. Masaryka). Jiří Hanák uvažuje o tom, že bohužel nemáme v současné politické garnituře osobnost, která by se jeho formátu vyrovnala. Marek Vácha přináší zajímavou úvahu



Červený koberec o používání genetiky v medicíně, zejména genetiky týkající se genových nůžek CRIS PR/CA9 na lidských embryích. Objevují se určité náznaky pokusů v Číně, kde používali embrya, u nichž ještě nedošlo k rozlišení na somatické a pohlavní buňky. Ale samozřejmě stále vyvstává etická otázka, zda se podaří zabránit tomu, že tato embrya budou používána ke klonování lidí. Z Českého rozhlasu Plus přebíráme článek ekonoma Lukáše Kovandy: *Koho robot o práci nepřipraví*, který se vztahuje k ekonomickému vývoji nejen v naší republice, ale na celém světě. Je otázka, zda skutečně roboti postupně vytlačí pracující lidi z jejich pracovních míst. Naráží na úvahy o tom, že se do 30 let zruší 50 procent míst v továrnách a ve výrobě, takže bude nutno tato pracovní místa lidem něčím nahradit.

Přeji vám hezký zimní semestr, který je na naší fakultě vždy bohatý na události, mezi které patří začátky medicínského studia pro nové posluchače. Tímto je srdečně vítám a přeju jim, aby se jim náš časopis také líbil, aby si ho začali brzy číst. Vyšším ročníkům přeji úspěšně zdolávání dalších etap medicínského studia. V současné době se o medicínském studiu velice mluví a intenzivně se řeší problémy týkající se vzdělávání lékařů a sester v českém zdravotnictví. Budeme si přát, aby debaty dopadly co nejlépe pro naši medicínu. Hezké počtení.

Richard Rokyta
předseda redakční rady Vita Nostra Revue



Vinohradská Trojka a Wohnout pro Itibo

Petr Michenka

Tři, dva, jedna start! A je to tady! Rychlý začátek mezi pavilony, loket na loket, schody nahoru, stoupavá, rovinka u horní brány a vida, hned je okolo více místa. Teď jen udržet tempo. Nachvilku ven z FNKV a hned do areálu SZÚ, seběhnout u vrátnice, slalom mezi pavilony, celkem to jde... Počkat! Kde jsou ty navigační šipky? Tady, fajn, jsem správně. Dolní branou na Ruskou

a vyhecovat koncový sprint. Už slyším fanoušky, ale tohle bude bolet... Naštěstí není takové horko jako minulý rok. Ještě kousek... Ano! Je to tam! Paráda! Teď jen kouknout na konečné pořadí. Třetí od konce!?

Letošní Vinohradská Trojka se celá nesla ve znamení čísla tři: jubilejní třetí ročník závodu, tři fotky na Instagram ve fotokoutku, tři druhy masa pro každého,

kdo měl chuť, a to všechno v režii nás, studentů 3. lékařské... Organizace vždy zabere několik měsíců, ale to, jak rychle uběhne samotný den závodu se snad popsat slovy ani nedá. Od rána vyrostle z obyčejného parkoviště před fakultou plnohodnotné stanové městečko, a to už potom žije vlastním životem až do večerních hodin. Běžci, diváci, fotografové, studenti z okolních škol, lékaři z nemocnice, učitel, který právě skončil přednášku, paní s kočárkem procházející okolo, soused z protějšího domu.

Vinohradská Trojka si za poslední tři roky našla své skalní fanoušky, a proto, i když letošní počasí nebylo nejlepší, byla účast velice slušná. Vždyť jen počet závodníků přesáhl hranici 250!

Každý rok se závod snaží být atraktivnější a profesionálnější, v zázemí proto i letos přibyla řada novinek a vylepšení. Běžci byli poprvé vybaveni digitální časomírou, byl připraven fotokoutek s možností tisku, dětská sekce s vlastním programem a závodem pro nejmenší, stánek Fyzioterapie s masážními lehátky a v neposlední řadě také občerstvovací část pro všechny, kterým by během odpoledne vyhládlo. Mezi diváky mohl člověk zahlédnout nejen tváře z fakulního a nemocničního prostředí, ale také známé osobnosti kulturního života, mohl tak prohodit pár slov třeba s kandidátem na prezidenta.

Projekt samotný ale naplnil nejen svoji sportovně-spoločenskou myšlenku. Letošní charitativní výtěžek bude po výborných zkušenostech a nesmírně naplňující spolupráci z minulého roku opět věnován humanitární organizaci ADRA ČR a poputuje tak na provoz zdravotnického zařízení Itibo v Keni. To se pod vedením Aleše Bárty, otce projektu, již řadu let věnuje pomoci potřebným. V říjnu dostalo Itibo do vybavení novou kostní vr-

tačku, výsledek snažení Vinohradské Trojky 2017. Kdo ví, třeba se tam s ní studenti v budoucnu na stáži potkají.

Tento ročník měl však ambice ještě o něco větší. Kapela Wohnout se totiž právě letos snaží pro Itibo vybrat dostatečnou částku na koupi anesteziologického přístroje a dokonce se sama do Keni vydala natočit klip k singlu „Sladký dřevo“ jejich nové desky. Organizátoři závodu se tedy rozhodli Wohnouty kontaktovat a navrhnout jim, že letošní výtěžek bude věnován společně s tím jejich. Nápad se oběma stranám líbil a výsledek mohli někteří z vás vidět sami. Na závodě organizovaném studenty a závisejícím čistě na dobrovolnících nám zahrála hity jedna z neznámějších českých kapel. Jsme si jistí, že Vinohradskou Trojkou vybraná částka 58 194 korun se ve finálním součtu neztratí a přístroj se zakoupit podaří.

Takže běhu zdar a budeme se na těšit zase v květnu příštího roku.









Ortopedii má ve své DNA

Monika Arenbergerová

Prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc., je bezesporu nejvýznamnější postavou současné české ortopedie a traumatologie, je zakladatelem moderních ortopedických přístupů v naší zemi, a díky němu se i v obtížných dobách minulého století udržela srovnatelná úroveň oboru s tehdejší západní Evropou.

Kdo měl příležitost pana profesora sledovat v šedesátých až osmdesátých letech minulého století, musel být zcela ohromen. Čerpal totiž odborné zkušenosti v zahraničí, nejvíce ve Francii a Švýcarsku, ale především z progresivní kliniky profesora Müllera ve švýcarském St. Gallenu, kde byly uplatňovány postupy ze skupiny Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO). Později měla proto ortopedická klinika v ulici Na Bojišti v Praze 2 velmi dobrý zvuk i mezi laickou veřejností, a nejen kvůli tomu, že tam o sebe cinkaly endoprotézy a další osteosyntetické instrumentárium z kladenské Poldovky.

Železná opona nás tehdy „chránila“ nejen před nebezpečím od imperialistů, ale i před příchodem moderních technologií. Dovoz zboží z nesocialistických států byl možný, ale naprosto nedostatečný, a omezoval se v širší míře v podstatě jen na žvýkačky do Tuzexu a na Matějskou pouť, v lepším případě na banány na Spartakiádu.

Pokud ale běžný socialistický člověk potřeboval dovozovou endoprotézu, byl často odkázán jen na hůlku do ruky a Alnagon ze Spofy „pod jazyk“.

Profesor Čech zůstal věrný svému jménu a našel české řešení. Přiměl vedení ocelárny na Kladně, aby v provozu Anticoro na chvíli přestali odlévat příbory a vyráběli kyčelní endoprotézy a další ortopedická „železa“.

Není tedy překvapením, že mu byla udělena různá ocenění za jeho záslužnou práci. Další na něho čekalo v pátek 8. června 2018, kdy proběhlo již čtvrté AO Trauma symposium Praha-Berlín, které pravidelně organizuje Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV s berlínskými kolegy z univerzitní kliniky v Charité. Záštitu nad symposiem převzali prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., děkan 3. LF UK, a doc. MUDr. Robert Grill, PhD., ředitel FNKV. Letos bylo symposium věnováno komplexním poraněním končetin, páteře a pánve. A právě milou událostí bylo přání profesorovi Čechovi, zakladateli a prvnímu přednostovi Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. LF UK a FNKV k 90. narozeninám. U příležitosti tohoto jubilea mu byla udělena **pamětní medaile 3. LF UK**, kterou v zastoupení děkana fakulty předali žáci profesora Čecha, prof. MUDr. Valér Džupa, CSc., proděkan pro akademické tituly, a prof. MUDr. Martin Krbec, CSc., přednosta Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. LF UK a FNKV.

Prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc.

Profesor Oldřich Čech se narodil v Dolních Počernicích v červenci roku 1928. Absolvoval Fakultu všeobecného lékařství UK. Významný představitel české ortopedie nastoupil svoji ortopedickou dráhu na Ortopedicko-traumatologickém oddělení Nemocnice v Kladně u prim. L. Seidla. Krátce poté zahájil externí aspiranturu na téma „Poranění vazivového aparátu kolenního kloubu v klinice a experimentu“ ve Výzkumném ústavu tělovýchovném a v jejím rámci působil na chirurgické klinice v Nemocnici Na Bulovce pod vedením prof. J. Knoblocha, jenž byl vedle prof. V. Nováka jeho školitelem. Práci obhájil v roce 1963.

V roce 1957 se dr. Čech přihlásil do konkursu na místo sekundárního lékaře na I. ortopedickou kliniku v Praze a zde nastoupil pod vedením prof. J. Zahradníčka klinickou dráhu. Prof. J. Zahradníček se mu stal životním vzorem. Bohužel smrt prof. Zahradníčka v roce 1958 ukončila tuto slibnou spolupráci. Postrádaje tuzemský vzor a tím i možnost dalšího rozvoje obrátil dr. Čech svoji pozornost do zahraničí. Měl možnost absolvovat stáž na předních francouzských ortopedických pracovištích a poznat tak osobně prof. R. Judeta a prof. E. Letournela, u nichž získal inspiraci novými přístupy k endoprotetice a k léčení zlomenin a pakloubů.

V roce 1965 se dr. Čech seznámil s prof. M. E. Müllerem, jedním ze zakladatelů AO a tehdejší přednostou Ortopedické kliniky v St. Gallen, kterého považuje za svého nejvýznamnějšího učitele. V roce 1966 měl možnost několik měsíců pracovat na jeho klinice a tento pracovní pobyt několikrát zopakoval v následujících letech. Dr. Čech přinesl ze Švýcarska pod vlivem AO skupiny nové myšlenky v kostní traumatologii a zavedl u nás prin-

cipy moderní osteosyntézy. Výsledkem této spolupráce byly soupravy nástrojů a implantátů Poldi I až VII, které byly užívány na většině ortopedických a traumatologických oddělení. Nemenší je Čechův přínos pro endoprotetiku kyčelního kloubu. První cementovanou endoprotézu Müllerova typu implantoval již v roce 1969. V Kladně byla zahájena již začátkem sedmdesátých let produkce ocelových endoprotéz, které se v mírných obměnách tvaru dřívku používají na řadě pracovišť dodnes.

V roce 1966 dostal dr. Čech stipendium francouzské ortopedické společnosti. Měl možnost se poprvé účastnit kongresu SICOT. Část pobytu trávil na klinice prof. R. Judeta, kde v té době pracovali E. Letournell a R. Roy-Camille. Navštívil kliniky prof. J.-H. Merle d'Aubigné, prof. P. Stagnary a kliniku prof. A. Trillata, který se věnoval operativě měkkého kolena.

Zcela zásadním výsledkem spolupráce se švýcarskou AO skupinou je monografie „Pseudoarthrosis“, kterou napsal společně s prof. B. G. Weberem, nástupcem prof. M. E. Müllera v St. Gallen. Jde o práci, která je dodnes ve světě hodnocena jako „základní“. Roku 1972 za ni dostal prof. Čech mezinárodní Steinmannovu cenu. Vyšla postupně německy, anglicky, španělsky a italsky (1990) a pochopitelně doma česky. Její klasifikaci i terapeutickou koncepci převzala světová učebnice Campbellova a Manuál osteosyntézy, vydávaný Mezinárodní společností pro osteosyntézu – AO. Prof. Čech se tak významně zapsal do světového odborného písemnictví.

V naší odborné literatuře prof. Čech vytvořil základní literaturu v oblasti osteosyntézy, pakloubů a kloubních náhrad (dvě vydání stabilní osteosyntézy v ortopedii a traumatologii, dvě vydání náhrad kyčelního kloubu, poranění měkkého kolena a operační přístupy v ortopedii a traumatologii).

Prof. Čech je autorem či spoluautorem více než 250 studií v odborných časopisech (z toho více než třetina v zahraničí) a více než 900 přednášek přednesených doma i v cizině.

Uznání za vědeckou práci získal celou řadu. Kromě již zmíněné Steinmannovy ceny dostal cenu Chlumského, šestkrát cenu Zahradníčka, dvakrát cenu předsednictva Společnosti J. E. Purkyně, cenu Českého literárního fondu, cenu Avicena a jiné.

Na I. ortopedické klinice 1. LF UK a VFN v Praze pracoval prof. Čech 27 let. V roce 1984 byl jmenován přednostou nově vzniklé Ortopedické kliniky 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Během působení prof. Čecha ve funkci přednosty zaujala klinika čelní místo mezi ortopedickými pracovišti. Nové technologie, které díky Čechově předvídatosti byly k dispozici vždy velmi záhy, bylo možné časně aplikovat a zavádět nové postupy v hřebování zlomenin, v ošetření nestabilních poranění páteře, v endoprotetice. Prof. Čech setrval ve funkci přednosty do roku 1993, kdy byl ve věku 65 let vystřídán prof. J. Bartoníčkem. Prof. Čech zůstal poté na klinice jako emeritní profesor a aktivně se účastnil, až do nedávných let, výuky studentů a vedl donedávna kurz „Nové trendy v ortopedii“. Patří k učitelům, kteří dovedou posluchače strhnout a zaujmout pro věc.

Během svého působení ve funkci přednosty prof. Čech vychoval řadu žáků a dá se říci, že „Čechova škola“ doznala širokého rozšíření a uplatnění. V tomto období habilitoval na klinice postupně pět docentů, z nichž všichni v současnosti vedou velká a významná ortopedická pracoviště v České republice a byli jmenováni profesory.

Za zmínku stojí i jeho členství v mezinárodních i národních odborných společnostech: SICOT, kde působil

12 let jako národní delegát, AO-International, ERAS, ESKA, Francouzská ortopedická společnost, Rakouská traumatologická společnost, Švýcarská ortopedická společnost, Maďarská ortopedická společnost. Prof. Čech je členem korespondentem DGOT a Německé společnosti pro traumatologii. Široké mezinárodní kontakty otevřely cestu jeho spolupracovníkům na přední světová pracoviště

Prof. Čech byl iniciátorem celé řady mezinárodních kongresů v Československu, kterých se zúčastnily velké osobnosti světové ortopedie a traumatologie (Müller, Kuntscher, Judet, Weber, Magerl, Witt, Leinbach, Morscher, Dick, Tscherne, Ilizarov, Wagner, Zweymüller) a mnoho dalších předních současných odborníků, v roce 1988 uspořádal mezinárodní ortopedický kongres v Praze pod patronací SICOT, kterého se zúčastnili odborníci z 35 zemí všech kontinentů. Přítomno bylo celé prezidium SICOT.

Prof. O. Čech patří zcela právem mezi nejvýznamnější postavy české ortopedie a jeho přínos pro rozvoj oboru je enormní. Shrňme-li činnost prof. Oldřicha Čecha, vidíme, jak je úzce spojena s érou nastupující moderní operační ortopedie a traumatologie, s dobou, kdy vznikla ortopedie jako samostatný obor, i s obdobím, kdy se traumatologie pohybového aparátu a páteře stala jeho nedílnou součástí. K této změně přispěl prof. Čech velkým osobním podílem, takže bezesporu patří k zakladatelům moderní etapy české ortopedie.



Na fakultě jsem strávila většinu života

Jolana Boháčková

Doc. MUDr. Hana Provazníková letos v říjnu slaví 80. narozeniny. Lékařskou fakultu hygienickou, dnešní 3. lékařskou fakultu, dostudovala v roce 1962 a na fakultě zůstala až do loňského roku. Celý život se s velkým nasazením zabývala zdravím dětí a mládeže a její poradna pro studenty medicíny inspirovala řadu jiných univerzit. Studenti i kolegové o ní mluví jako o velmi milé, pracovité a čestné ženě, která v roli proděkanky pro výuku pomáhala po roce 1990 školu reformovat a nemalou měrou ovlivnila její současnou podobu. U příležitosti životního jubilea přinášíme s docentkou Provazníkovou rozhovor.

Proč jste se rozhodla studovat medicínu? Pocházíte z lékařské rodiny?

Můj otec vystudoval filozofii a přírodní vědy, takže přímo z lékařské rodiny nejsem. V době mého studia byl ředitelem lékařské knihovny a neustále domů nosil odborné časopisy. Chtěla jsem studovat medicínu a on mě přesvědčil, abych si vybrala hygienickou fakultu. Tvrdil, že otázky ochrany a podpory zdraví člověka začínají být v medicíně velkým tématem. Říkal, že je to medicína budoucnosti a přesvědčoval mne, že v rámci studia na Lékařské fakultě hygienické (předchůdkyně dnešní 3. lékařské fakulty) nebude chybět výuka klinických oborů.

V čem byl zásadní rozdíl mezi studiem hygieny a medicíny?

Kromě teoretických a klinických oborů se na hygienické fakultě učila také hygiena a epidemiologie s tím, že první dva roky všechny lékařské fakulty absolvovaly teoretické obory na Fakultě všeobecného lékařství. Od třetího ročníku jsme studovali klinické a hygienické

obory na Lékařské fakultě hygienické na Vinohradech. Řadu uchazečů od studia na hygienické fakultě odrazovalo to, že po absolvování museli nastoupit na základě umístěnky na některou hygienickou stanici. Postupně se systém umístěnek uvolňoval a absolventi mohli zažádat na ministerstvu zdravotnictví o výjimku. Mám řadu kolegů, kteří pracují a pracovali v nemocnicích a na klinikách.

Také jste musela nastoupit na hygienickou stanici?

Na rozdíl od mého manžela, který dostudoval o rok dřív, jsem na hygienickou stanici nenastoupila. Byla jsem po ukončení studia přijata na aspirantské místo na fakultě, což odpovídalo nynější vědecké přípravě. Po několika letech jsem přešla na místo odborného asistenta. Můj manžel pracoval dva roky na hygienické stanici v Ústí nad Labem a poté přešel na Institut hygieny a epidemiologie, dnešní Státní zdravotní ústav. Po roce 1990 se zde stal zástupcem ředitele a s fakultou úzce spolupracoval.

Čím jste se na fakultě od počátku zabývala?

Na Katedře hygieny dětí a dorostu jsem učila problematiku ochrany a podpory zdraví dětí a mládeže a studovala faktory, které ovlivňovaly zdravý a životní podmínky vysokoškoláků. Profesor Janda, který vedl katedru na fakultě a Ústav zdraví dětí a dorostu na Institutu hygieny, byl členem Mezinárodní unie školní a univerzitní medicíny a hygieny se sídlem v Paříži. Orientoval se na výzkumné úkoly ve spolupráci s tamními pracovišti zaměřenými na ochranu zdraví. V roce 1968 dokonce můj muž získal roční stipendium na Pařížské univerzitě u profesora Monoda a profesora Debré. V té době Unie vyhlásila mezinárodní výzkum Zdraví vysokoškolských studentů, který podporovala Světová zdravotnická organizace. Naše katedra se do výzkumu přihlásila spolu s řadou dalších evropských států. Mezinárodní koordinační centrum se sídlem v Paříži vypracovalo, jak už to bývá u těchto rozsáhlých výzkumů, dotazník, a každá země ho předložila reprezentativnímu vzorku vysokoškolských studentů. Některé otázky jsme nemohli použít, například otázky na náboženství, ale i v jiných státech nemohli nebo nechtěli některé otázky zařadit do výzkumu. Z těchto důvodů byl výsledek studie velmi obecný. Potvrdilo se, že studenti mají velkou psychickou zátěž a často nevyhovující životní podmínky. Naše závěry jsme publikovali a odevzdali jako dílčí výsledky státního výzkumu řízeného profesorem Houšťkem.

Vy jste také měla možnost odjet do Francie?

Byla jsem v té době těhotná, ale poslala jsem za manželem starší dceru na prázdniny. Nicméně v roce 1969 jsem za ním ve Francii také byla. Po roce 1970 už do Francie nepustili celou rodinu, abychom tam snad nezůstali.

A zůstali byste?

Myslím, že ne. Oba jsme tu měli sourozence a rodiče. Ale mluvili jsme o tom. Kamil se setkával na univerzitě s paní Debré, která mu nabízela, že tam můžeme s její podporou zůstat, pokud se nám podaří do Francie všem přijet. Kamil poděkoval, ale nabídku odmítl, což ona chápala. Řekla, že člověk má být ve své zemi.

Jak jste tehdy zvládala práci a péči o děti?

Bydleli jsme s rodiči a o mé dvě dcery se hodně starala moje maminka. Nemusela jsem je vyzvedávat ze školky, takže jsem nebyla časově tolik omezená. Když náhodou některá z dcer onemocněla, věděla jsem, že o ni bude postaráno. Mateřská dovolená tehdy trvala jen půl roku.

Předpokládalo se, že ženy po mateřské děti umístí do jeslí?

Ano, některé matky potřebovaly jít do práce, takže děti dávaly do jeslí, kterých bylo opravdu hodně. Náš obor upozorňoval na možná rizika spojená s pobytem dětí v jeslích. Učili jsme studenty, že je nutné pro zdravý vývoj dítěte respektovat jeho potřeby v jednotlivých věkových obdobích. Profesor Matějček prosazoval, aby dítě v batolecím věku bylo, pokud je to možné, v péči matky. Jeho názor podporovala řada psychologů, také docent Jirásek z oddělení psychologie na Katedře hygieny dětí a dorostu.

Zažila jsem dokonce období celotýdenních jeslí. Rodiče děti odvedli do jeslí v pondělí a vyzvedli si je na víkend s tím, že v týdnu je mohli přijít navštívit. Snažili jsme se ve spolupráci s psychology a pediatry prokázat, že dětem do tří let dlouhodobý pobyt v dětském zařízení může škodit.

Pak se s velkou slávou jesle zrušily a teď se začínají zase otvírat.

Matky mají dnes možnost dlouhé mateřské dovolené, dostávají rodičovský příspěvek. Mohou tedy snadněji vytvořit podmínky pro péči o dítě v rodině. Samozřejmě pomínu-li samoživitelky, které by pouze s rodičovským příspěvkem těžko zvládly veškeré finanční požadavky. Důležité je, aby matky získaly během těhotenství a při preventivních prohlídkách dítěte dostatek znalostí o jeho potřebách v různých věkových obdobích, aby uměly vytvářet podmínky pro jeho zdravý vývoj a mohly se správně rozhodovat o způsobu péče o své dítě.

Dnes ženy poprvé rodí často až po třicítce. Památujete časy, kdy studentky mezi přednáškami chodily domů nakojit miminka?

Ještě před rokem 1990, ale nevím přesně kolik let, se mi dokonce zdálo, že to je móda. Nicméně každý rok se setkáváme s několika studentkami, které se na konci studia rozhodnou porodit dítě a snaží se zvládnout studium i péči o něj. Je to pro studentku i pro dítě velmi náročná a stresující situace, dítě vyžaduje trvalou péči, matka se potřebuje připravovat na zkoušky. Po ukončení studia čekají absolventky pracovní povinnosti a atestační příprava. Pokud by chtěly mít dítě až po dokončení veškerého studia, narození prvního dítěte se posouvá do vyššího věku.

Na fakultě jste dál rozpracovávala péči o vysokoškoláky a vaši poradnou, která vznikla už před rokem 1990, se dokonce inspirovaly i jiné fakulty a univerzity.

Před rokem 1990 se poradna zaměřovala na studijní problémy studentů hygienické fakulty. Po roce



Doc. MUDr. Hana Provazníková CSc.

**30. 10. 1938*

- maturovala v Praze v roce 1956*
- v roce 1962 dokončila studium na Lékařské fakultě hygienické Univerzity Karlovy v Praze*
- v roce 1969 získala vědeckou hodnost kandidát lékařských věd, habilitovala v roce 1988*
- 1990 až 1997 působila na nově vzniklé 3. lékařské fakultě jako proděkanka pro pedagogickou činnost*
- 1990 až 2010 byla vedoucí Ústavu zdraví dětí a mládeže*
- 1998 až 2010 byla členkou Akademického senátu*
- od roku 1999 členkou oborové rady Preventivní medicína*
- od roku 2007 členkou redakční rady časopisu Hygiena*
- je vdaná za prof. MUDr. Kamila Provazníka, CSc, má dvě dcery*

1990 rozšířila svoji pomoc i pro studenty jiných fakult. Připravily jsme s docentkou Schneidrovou a Mgr. Hynčicou „Program antistresové intervence pro české i anglicky mluvící studenty vysokých škol“. Program je k dispozici na stránkách fakulty. Obsahuje základní rady a doporučení, jak zvládnout studium, žít zdravě, jak se vyrovnávat se stresem, jak pečovat o zdraví. Pokud student sám svůj problém nevyřeší pomocí rad a doporučení, může přijít na konzultaci do poradny. Studentské poradny vznikaly i na jiných vysokých školách a postupně mezi nimi vznikla spolupráce. Nyní již řadu let garantuje a rozvíjí činnost studentské poradny docentka Schneidrová, která převzala její vedení.

Reforma výuky na nové fakultě

Byla jste proděkankou, když vznikala 3. lékařská fakulta v roce 1990. Podílela jste se tedy na všech změnách a reformách.

Byla jsem už při stávce studentů v roce 1989. Studenti si sice všechno organizovali sami, ale potřebovali určitou záruku, potřebovali vědět, že učitelé stojí za nimi. Nebyla jsem sama, studenty podporovali i další učitelé, mohl se připojit kdokoli. Snažili jsme se studentům radit. Diskutovali tehdy s výborem Socialistického svazu mládeže a výborem komunistické strany. V prvních dnech jsme si nebyli jistí, jak všechno dopadne, ale věděli jsme, že ať to dopadne jakkoli, studenti potřebovali mít podporu učitelů.

Ještě v roce 1989 si studenti zvolili Akademickou radu a ta v lednu 1990 zvolila děkanem Cyrila Höschla, který si pak vybíral spolupracovníky. Já jsem se stala proděkankou pro pedagogickou činnost.

A jakým způsobem se po roce 1989 začala fakulta měnit?

Část lidí odešla a odstartovala poměrně rozsáhlá změna výuky. Studenti hned po revoluci začali protestovat proti hygienickým oborům, dokonce vyhrožovali stávkou. Měli mnoho hodin výuky, ve které se učili různá kritéria a hodnoty a samotný vztah zdraví člověka a prostředí byl vyučován jen částečně. Bylo nutné změnit obsah výuky jednotlivých hygienických oborů, připravit reformu výuky hygieny i epidemiologie. Státní zdravotní ústav připravoval reformu hygienické služby a snažil se s reformou výuky fakultě pomáhat. Ve spolupráci s ním vzniklo Centrum preventivního lékařství, vedené mým manželem, které hygienické obory sdružovalo. Bylo třeba připravit nové učební texty, stávající učebnice nevyhovovaly. Postupně vzniklo devět manuálů prevence v lékařské praxi pro jednotlivé obory, které vydal Státní zdravotní ústav a v roce 2004 pak vyšel Manuál prevence v lékařské praxi.

Zároveň se snahou reformovat výuku hygienických oborů probíhala na fakultě rozsáhlá diskuse o reformě kurikula, které se účastnila řada učitelů i studentů. Cílem bylo vyučovat ve větších celcích, propojit výuku jednotlivých předmětů, pokusit se o problémově orientovanou výuku a umožnit studentům kontakt s pacientem od prvního ročníku. Přeměna kurikula kladla velké nároky na studenty i učitele.

Bylo toho hodně. Jak jste to stíhali?

Já jsem měla na starost organizaci a zabezpečení výuky. Spolupracovala jsem s výborným studijním oddělením, které tvořily tři pracovnice pod vedením naprosto spolehlivé a organizačně zdatné paní Ouzké. Nějak jsme to zkrátka stíhali.

Hned v roce 1990 přijížděli na katedru jazyků učitelé, kteří nabízelí, že pomohou studentům naučit se dobře anglicky. Mezi nimi byla i profesorka Margaret M. Bertrandová z Toronta, která rok učila na fakultě zadarmo a na závěr svého pobytu navrhla, aby fakulta měla cenu pro vynikajícího studenta, a věnovala fakultě tisíc dolarů. Cenu jsme nazvali jejím jménem a je udělována každoročně. Prvního předávání se osobně účastnila. Cenu dostává student, který má prospěch za celé studium do 1,2 a navíc aktivity, kterými reprezentuje dobré jméno fakulty, od vědy, přes sport až po umění.

Měnil se způsob přijímacích zkoušek. K písemným testům, které ověřovaly znalosti uchazečů z fyziky, chemie a biologie, byla přidána ústní část zkoušky. Nový způsob přijímání studentů navrhl profesor Kožený. Cílem ústní zkoušky bylo ověřit zájem, motivaci a schopnosti studenta zvládnout novou situaci. Studenti se seznámili s neznámým přírodovědným textem a poté ho museli reprodukovat a odpovědět na otázky. Tento způsob přijímání studentů na fakultu je platný i v současné době. V roce 1991 fakulta jako první zahájila výuku zahraničních studentů v anglickém jazyce.

Založili jste také Růžovou linku.

Na Katedře hygieny dětí a dorostu byla hned po roce 1990 založena Česká společnost na ochranu dětí. Jejím cílem bylo naplňovat Úmluvu o právech dítěte, především právo na zdravý a zdravý vývoj dítěte. Organizovali jsme přednášky, semináře, národní konference, vydávali řadu publikací, letáků pro děti, učitele, rodiče i lékaře. Společnost byla zřizovatelem Růžové linky, která poskytovala telefonickou krizovou intervenci dětem. Garantem odborné činnosti společnosti a ředitelkou Růžové linky byla doktorka Vaníčková. V roce 2012

jsme činnost společnosti i linky ukončili, ale dále pokračuje spolupráce s jinými neziskovými organizacemi s obdobným zaměřením.

Profesor Höschl přišel v roce 1992 také s návrhem založit nadaci na podporu nadaných studentů, kteří se ocitnou v materiální nouzi, nazvali jsme ji Probimed (Proti bídě mediků). Studenti mohli zažádat o jednorázovou finanční podporu. V roce 1998 se změnila nadace na Nadační fond STUDENT 3. LF se stejným posláním.

Využívá se stále?

Využívá se, i když ne tak často. Studenti si dnes dokáží v kritických momentech pomoci sami a nejsou tolik závislí na podpoře z Nadačního fondu.

Studium medicíny je dnes náročnější než před padesáti lety

Jak se za tu dobu, co jste na fakultě, změnili sami studenti?

V devadesátých letech byli studenti velmi aktivní, měli zájem o fakultu, o studium. Na fakultě je akademický senát od samého počátku zastoupen z 50 procent studenty a z 50 procent učiteli. Studenti od počátku v senátu vznášeli mnoho připomínek a podnětů. Tehdy jsem jim byla velmi blízko a všechny jejich zájmy jsem znala. Později už jsem sledovala jejich aktivity z většího odstupů, takže to asi nemohu objektivně hodnotit. Myslím si ale, že i dnes jsou studenti na fakultě velmi aktivní a mají fakultu rádi.

Je dneska studium medicíny náročnější než dřív?

Určitě. Rozvoj vědeckého poznání klade stále větší nároky na studium medicíny. Požadavky na znalosti

studentů jsou nyní nesrovnatelně větší než před padesáti lety.

Studují dnes medicínu stále ti nejlepší nebo ta elita utíká k jiným oborům?

Nemyslím si, že by nebyl stále velký zájem o studium medicíny, a jsem přesvědčena, že přibývá i mimořádně nadaných studentů. Neexistuje žádný důkaz, že by nabídka studijních oborů na jiných fakultách a vysokých školách snižovala zájem o studium medicíny.

Asi dvě třetiny jsou ženy, studentky. Bylo to za vašich studií jiné?

Co já vím, medicína byla vždycky hodně feminizované studium. Když já jsem studovala, muži volili často studium technických oborů, což platí i v současné době. Muži na medicíně převažovali naposledy snad za první republiky.

Studenti na 3. lékařské fakultě občas mluví o tom, že je tu laťka nasazená hodně vysoko. Být dobrým studentem neznamená jen zvládnout zkoušky, ale mít řadu dalších aktivit od charity, přes vědu, po sport.

Je jisté, že mimostudijní aktivity se po studentech na naší fakultě nevyžadují. Někteří mají čas na další činnosti, jiní se zcela věnují studiu. Studenti si často myslí, že čím déle a bez přestávek nad knihou sedí, tím víc se naučí. V poradně se je snažíme přesvědčit, že je třeba dělat v průběhu učení přestávky spojené s jinou aktivní činností.

Skromní a laskaví profesori Polák, Syllaba a Burian

Vzpomínáte na nějaké osobnosti, které vás ovlivnily v profesním životě?

Během mého studia působilo na fakultě, tehdy poměrně malé, začínající, několik opravdových osobností jako profesor Polák, profesor Syllaba nebo profesor Burian. Tito profesori byli uznávanými a respektovanými odborníky, zapůsobili na mne svými znalostmi, charakterem, svou skromností a laskavostí, milým a přátelským přístupem ke studentům.

Vzpomínám si, že jsem šla, jako troufalá studentka, požádat profesora Poláka, zda by neoperoval mého strýce, který onemocněl rakovinou jícnu. On mi doporučil, abychom zkusili kliniku v Hradci Králové, kde jsou odborníci přímo na operace jícnu. Ochotně mně věnoval svůj čas a snažil se mi pomoci.

Mezi osobnosti naší fakulty jistě také patřili a patří profesor Jonáš, profesor Padovec nebo profesor Raška. V novodobé historii fakulty považuji za osobnost profesora Cyrila Höschla, který se řadí mezi hlavní tvůrce nové koncepce fakulty. Stejně tak má významný vliv na rozvoj fakulty profesor Michal Anděl.

Když se po letech ohlédnete, je něco, co byste udělala jinak?

Téměř každý, kdo posuzuje výsledky své práce, se domnívá, že by řadu věcí mohl udělat jinak a lépe. Budu mít dobrý pocit, pokud se mně alespoň částečně podařilo přispět k rozvoji našich oborů a ke kvalitě výuky na fakultě.

Pamětní medaile 3. LF UK putuje na Ústav ošetřovatelství a Neurochirurgickou kliniku

Monika Arenbergerová

Zasedání Vědecké rady 3. LF UK bylo ve čtvrtek 7. června slavnostnější než jindy. Dva přednostové byli za práci pro fakultu oceněni pamětní medailí, kterou převzali z rukou spectabilis pana děkana prof. Widimského. Paní PhDr. Hana Svobodová, PhD., přednostka Ústavu ošetřovatelství, za významný přínos rozvoji výuky ošetřovatelství a dalších zdravotnických oborů, a pan prof. MUDr. Pavel Haninec, CSc., u příležitosti svého životního jubilea a za celoživotní přínos i dlouholetou práci pro 3. LF UK v oblasti neurochirurgie.



Paní Dr. Svobodová působí na fakultě od roku 2002, kdy nastoupila na pozici odborného asistenta Ústavu pro lékařskou etiku a ošetřovatelství a od roku je přednostkou Ústavu ošetřovatelství. Výuce mediků

se věnovala již od roku 1993 ve výuce předmětu Péče o nemocné. Po vystudování SZŠ pracovala na interním oddělení jako sestra u lůžka a na JIP a v roce 1994 absolvovala magisterské studium pedagogiky a ošetřova-

telství na Filosofické fakultě UK. Vzdělávání sester se věnovala od roku 1987 – 2002 na SZŠ Ruská, Praha 10 jako vyučující odborných předmětů a odborné praxe. Svoji odbornou a pedagogickou kvalifikaci si prohlubovala absolvováním řady vzdělávacích kurzů (Sociální dovednosti, Psychoterapeutické metody pro pedagogy, Základní kurz bazální stimulace, Komunikace s obtížným pacientem), v oboru Ošetrovatelství absolvovala rigorózní (2012) i doktorandské studium (2015).

Je členkou pedagogické sekce České asociace sester, členkou Společnosti lékařské etiky ČLS JEP a Sekce krizové asistence ČLS JEP, členkou redakční rady časopisu pro nelékařské zdravotnické pracovníky Florence a v letech 2005 – 2007 byla šéfredaktorkou časopisu Diagnóza v ošetrovatelství, který založila. Je členkou Akademického senátu a komise pro výuku a evaluaci výuky 3. LF UK. Spolupodílela se na řadě vzdělávacích programů, a to jak bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, obor všeobecná sestra, tak nyní i navazujícího magisterského programu pro sestry v intenzivní péči a několika certifikovaných kurzů pro sestry (např. Mentor/-ka klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence, Prevence a kontrola infekcí ve zdravotnických zařízeních, Péče o nemocné s chronickým onemocněním ledvin léčené peritoneální dialýzou). Je spoluautorka společného projektu 3. LF UK, Decker School of Nursing Binghamton University New York, FN v Plzni a ČAS – „Certifikační kurz pro sestry pracující v intenzivní péči“. Absolvovala stáž na chirurgickém oddělení nemocnice v Leuven v Belgii a na University of Virginia a Virginia Commonwealth University v USA.

Není jí lhostejný vývoj vzdělávání sester v ČR, snaží se udržet co nejvyšší kvalitu výuky a přivádět do praxe co nejlépe připravené absolventy. A to se daří díky sta-

bilnímu a skvělému týmu asistentek Ústavu ošetrovatelství a spoluprací s řadou špičkových zdravotnických zařízení.

Práce se studenty ji těší a radost s nimi sdílí i při mimoškolních aktivitách, jako je např. charitativní běh s organizací RWTTTC s dětmi s postižením, u jehož zrodu s tehdejším studentem Scottem Keelem byla, na Dobronických soustředěních nebo s dětmi během Dětských univerzit.

Pokud najde chvíli, tak velmi ráda s přáteli cestuje, poznává kulturu a zvláště gastronomii, občas si zahrave na klavír, má ráda dobrou hudbu, zvláště tu klasickou, a pak Verdiho opery, něco si namaluje a dobrého přečte, a když se vyskytne poblíž vody, tak ji prostě musí okusit.

Pan profesor Haninec (*1958) promoval v roce 1983. Průpravu pro vynikající neurochirurgii získal jako student na Anatomickém ústavu 1. LF UK a při roční stáží na univerzitě v Montpellier a na Neurochirurgické klinice 1. LF UK v ÚVN v letech 1989 až 1998 pod vedením prof. I. Fuska a prof. E. Zvěřiny. V r. 1989 atestoval z chirurgie a získal titul CSc., v r. 1994 atestoval z neurochirurgie, v r. 1997 habilitoval a v roce 2002 se stal nejmladším profesorem v oboru. Stal se vítězem konkurzu na přednostu neurochirurgie v ÚVN, ale nestal se jím. V roce 1998 založil ve FN Královské Vinohrady neurochirurgické oddělení, nynější kliniku 3. LF UK. Je členem řady institucí zaručujících vysokou úroveň neurochirurgie v ČR.

Patří mezi naše výjimečné neurochirurgy, kteří překonali své učitele. Nejen, že zvládl současnou světovou neurochirurgii, ale přinesl do oboru původní poznatky. Již v letech 1983 se týkaly nových poznatků o vývojové anatomii periferních nervů a obalů míchy a embryonální regenerace. V 1995 vytvořil experimentální a klinický model rekonstrukčních operací brachiálního plexu, který posunul léčbu na novou úroveň. Přispěl k poznatku, že při end-to-side anastomóze nervů se musí udělat v perineuriu okno, jinak je metoda neúspěšná. Prof. Haninec tak rozvinul naši školu chirurgie poranění nervů a brachiálního plexu na světovou úroveň. Neurochirurgická klinika 3. LF UK se tak stala v ČR nezastupitelnou.

Journal of Neurosurgery publikoval Hanincovu práci dokonce na obálce. Napsal přes 230 prací, 65 s IF, které byly víc než 410 krát citovány, H index má 14. Je zván na nejprestižnější mezinárodní sjezdy a své výsledky nezištně poskytuje svým žákům, takže úspěšně obhájí vědecké hodnosti. Klinika pod jeho vedením rozvíjí



celou nejmodernější neurochirurgii včetně vaskulární, onkologické, traumatologické a spondylochirurgické oblasti. Jako skvělý operatér se zaměřuje na operace v lební bázi a v složitých oblastech, zejména v mozkovém kmeni, zadní lební jámě a cervikokraniálním přechodu.

Profesor Haninec je nadšenec pro adrenalinové sporty. Svědčí o tom jeho dráha úspěšného lovce i na Africké safari, pilotování a fotografování.

Novinky ve vzdělávání sester na 3. lékařské fakultě

Hana Svobodová, Marie Zvoníčková, Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Sestry se na 3. lékařské fakultě vzdělávají od školního roku 1992/1993. V oboru Zdravotní vědy se sestrám otevřela možnost získat bakalářské vzdělání v rozšiřujícím studiu. Nezískaly sice žádnou další odbornou způsobilost, ale získaly velmi kvalitní vzdělání, které jim ani nejlepší střední zdravotnické školy nebo Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví nemohly nabídnout. Absolvování studia na 3. LF UK znamenalo pro hodně sester významný kariérní postup – stávaly se staničnicemi, vrchními nebo i hlavními sestrami ve svých nemocnicích a významným způsobem se tak podílely na rozvoji českého ošetřovatelství. Obor Zdravotní vědy byl ukončen v roce 2015 (neotevíral se, pouze na dostudování).

V roce 2002/2003 se na 3. LF UK začaly sestry připravovat také v prezenční formě studia v oboru Všeobecná sestra. Po absolvování střední školy mohli přijatí studenti ve tříletém studiu získat odbornou způsobilost k povolání všeobecné sestry. Ke studiu se zpočátku hlásily především absolventky středních zdravotnických škol v oboru zdravotnický asistent. Počty přijímaných se pohybovaly kolem dvou desítek, studium obvykle ukončily tři čtvrtiny přijatých studentů.

Obor Všeobecná sestra v kombinované formě se po ukončení rozšiřujícího studia oboru Zdravotní vědy velmi dobře etabloval. 3. LF UK jako jedna z několika fakult v ČR umožňovala studium v kombinované formě i studentům, kteří sice neměli předcházející zdravotnické vzdělání, ale měli velmi silnou motivaci stát se vše-

becnou sestrou. Jednalo se zejména o zájemce, kteří měli osobní zkušenost s péčí o nemocné rodinné příslušníky a zjistili při tom, že je taková činnost vnitřně velice naplňuje a chtěli se profesionálně dobře připravit. Počty přijímaných se pohybovaly kolem čtyř desítek, studium obvykle ukončily dvě třetiny přijatých studentů.

V roce 2015 rozpoutali někteří poslanci kampaň, jejímž cílem bylo vrátit vzdělávání všeobecných sester na střední zdravotnické školy. K jejich argumentům patřilo i to, že vysokoškolská příprava sester nedosahuje stejné kvality jako středoškolská příprava, zejména v oblasti výuky odborné praxe. Dalším bodem, kolem kterého se točily diskuze, bylo, že absolventi vysokoškolských vzdělávacích programů do praxe nenastupují a pokud ano, tak mají zájem pouze o vedoucí místa. 3. LF UK uspořádala v březnu 2016 velkou konferenci, které se účastnili zástupci vysokých škol, zdravotnických zařízení, ministerstev zdravotnictví, školství, institucí pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví i zástupce Evropské federace sesterských asociací Paul De Raeye a jasně deklarovala svůj zájem a podporu vysokoškolskému vzdělávání sester, včetně ztrojnásobení počtu přijímaných studentů oboru Všeobecná sestra v prezenční formě studia, který se tak stal druhým nejsilnějším oborem na 3. LF UK.

Příprava všeobecných sester musí splňovat přísné podmínky dané evropskými i českými směrnicemi. Z celkového počtu požadovaných 4600 hodin musí být nejméně 2300 hodin odborné praxe na pracovištích primární péče i nemocniční péče, a to na odděleních interních,

chirurgických, dětských, gynekologicko-porodnických i psychiatrických. Tak obrovský úkol je možné zajišťovat jenom díky vynikající spolupráci Ústavu ošetrovatelství s vedoucími pracovníky – náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči, vrchními a staničními sestrami a mentorkami odborné praxe z FNKV, Ústřední vojenské nemocnice, Nemocnice na Bulovce, Fakultní nemocnice v Motole, ÚPMD, IKEM, Nemocnice Na Homolce a mnoha dalších zařízení. Na výuce v teoretické oblasti participují téměř všechny odborné ústavy a kliniky 3. LF UK. Výborná úroveň mezioborové spolupráce se projevila v letošním roce, kdy bylo nutné po deseti letech zpracovat novou akreditaci pro obor Všeobecná sestra. Společně jsme vytvořili nový koncept přípravy všeobecných sester v prezenční formě studia, ve kterém jsme při dodržení všech požadovaných směrnic uplatnili naše dlouholeté zkušenosti s přípravou sester ve vysokoškolském prostředí. Naším společným cílem bylo zatraktivnit studium i pro absolventy gymnázií a zdravotnických lyceí tak, aby po prvním roce studia neuvažovali o jiné škole, ale aby zůstali a chtěli se stát sestrami a chtěli pracovat ve zdravotnických zařízeních, která se na jejich přípravě podílejí. Studium v kombinované formě studia jsme se rozhodli nyní neakreditovat a napřít síly na nový studijní program, a to program magisterský. V tomto akademickém roce 2018/2019 jsou tedy přijímáni studenti do kombinované formy studia oboru Všeobecná sestra naposledy.

O naše absolventy mají zdravotnická zařízení obrovský zájem. A není to tím, že sestry nejsou. Je to především proto, že naše absolventky a absolventi jsou pro praxi výborně připravení. Výborní absolventi mají zájem o prohlubování vědomostí a získávání specializace. Díky skvělé spolupráci Ústavu ošetrovatelství a Kliniky anesteziologie a resuscitace vedené doc. MUDr. Fran-

tiškem Duškou, Ph.D. se podařilo akreditovat dvouleté navazující magisterské studium Intenzivní péče. Jedná se o velmi atraktivní obor s velkou perspektivou dalšího odborného růstu a s nadějí, že naši absolventi zůstanou v těsném kontaktu s FNKV a 3. LF UK a budou se na dalším rozvíjení ošetrovatelství podílet. Důvodem této nové cesty vzdělávání na fakultě je kromě dynamického rozvoje praxe intenzivní péče také setrvalý a prohlubující se nedostatek kvalifikovaných sester tohoto sektoru na trhu práce, který již začíná paralyzovat provoz zdravotnických zařízení všech typů ve všech regionech ČR. Samozřejmě nás těší také zájem našich absolventů o pokračování ve studiu na fakultě. Velkou devizou je, že domovská nemocnice skýtá podmínky pro zabezpečení kvalitní odborné přípravy v oblasti intenzivní medicíny a ve spojení s fakultou je schopna zajistit kvalifikované vyučující jak z řad lékařů, tak z řad sester – specialistek v oboru intenzivní péče. Nejdůležitější charakteristikou programu je integrace teorie s praxí, která zajistí získání konkrétních a u lůžka kriticky nemocného použitelných kompetencí. Jedinečnou příležitostí bude i možnost využití moderní simulační výuky, která se právě nyní na fakultě buduje a pro nábivku technických i netechnických dovedností je v přípravě potřebná a klíčová. Věříme, že se tento nový studijní program stane vyhledávaným a naplní očekávání naší fakulty i studentů a následně pracovišť intenzivní péče.

Studenty oboru všeobecná sestra na praxi poznáte podle modrých triček nebo halen se znakem 3. LF UK. Poznáte je také podle toho, že se vás budou ptát, pokud něčemu nebudou rozumět. Poznáte je také podle toho, že pokud budou na vašich pracovištích spokojeni, pokud budou mít pocit, že tam vládne spolupráce a že si tam sester váží, tak tam také budou rádi nastupovat.



Sdělování špatné diagnózy je jednou z nejtěžších součástí naší práce

Jolana Boháčková

Nová přednostka Radioterapeutické a onkologické kliniky FNKV doc. MUDr. Renata Soumarová, PhD., MBA, pochází z Brna, kde také studovala Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity. Po škole její kroky směřovaly do Masarykova onkologického ústavu na Žlutém kopci, odkud odešla do Nového Jičína. Tam stála u zrodu Komplexního onkologického centra a až do loňského roku jej dlouhá léta vedla. Jako radiační onkoložka se zabývá především léčbou karcinomu prostaty a prsu. Nejnovější metody léčby těchto onemocnění by ráda zavedla i na Vinohradech.

V čem je to na Vinohradech jiné oproti Novému Jičínu? Jaký je rozdíl mezi fakultním a nefakultním pracovištěm?

To je ten základní rozdíl. Fakultní pracoviště s sebou nese řadu povinností spojených s výukou mediků a poskytuje na rozdíl od malé nemocnice mnoho možností spolupráce s dalšími klinikami. Setkávám se s řadou velmi erudovaných odborníků, kteří se zabývají léčbou nádorů, jako jsou chirurgové, onkologové, urologové a další odbornosti. Můžeme spolupracovat na různých projektech a výzkumných záměrech. Co se týká samotné léčby, možnosti jsou srovnatelné v rámci všech onkologických center v České republice. Rozdíly vidím především ve zmíněné nadstavbě.

Jičínské centrum je špičkově a moderně vybavené. Chybí vám ve FNKV něco?

Vybavení pracoviště splňuje podmínky nutné pro to, aby mělo status komplexního onkologického centra. Novější přístroj tomoterapie patří mezi nejmodernější.

Ale druhý lineární urychlovač bude potřeba do dvou let vyměnit, abychom se mohli srovnávat s těmi lépe vybavenými centry. O tom samozřejmě vedení nemocnice ví a pracuje se na tom. Nicméně nyní jsme schopni dělat velmi kvalitní radioterapii.

Chystáte se zavést na klinice nějaké novinky v léčbě?

Částečně to souvisí se zmiňovaným vybavením. Až budeme mít nový urychlovač, ráda bych začala s nejmodernějšími metodami ozařování karcinomu prsu, které se provádí jen v určité fázi dýchacího cyklu především u mladších pacientek, čímž je lépe chráněno srdce. Tato metoda patří k velkým hitům v radioterapii. Také bych chtěla zavést vnitřní ozařování neboli brachyterapii u karcinomu prostaty a karcinomu prsu. Vše bude vyžadovat minimální investice do nových technologií, nejdná se o žádné hrozné částky.

Možná se onkologie učí příliš brzy

Plánujete změny ve výuce na vaší klinice?

Zatím jsem nachystala nějaké změny v okruzích otázek a v obsahu otázek pro mediky ve třetím a šestém ročníku. Systém jako takový je nastavený dobře, ale pravdou je, že výuky je relativně hodně a klinika není velká. Studenti se na praktikách střídají v poměrně velkých skupinách a je náročné zajistit, aby praktika probíhala v menších skupinkách. Snažíme se je rozdělovat na malé skupinky po třech až čtyřech, ve kterých pak tráví čas na ambulanci nebo na lůžkovém oddělení. Do budoucna bych ráda probrala s děkanem, jestli neposunout výuku onkologie do vyšších ročníků.

Mají mladí lékaři zájem o obor?

Ne že by chyběli, ale mnoho jich také není. Možná je to tím, že mají v rámci studia onkologii příliš brzy, už ve třetím ročníku, pak teprve následují chirurgické a interní obory. Možná na onkologii zapomenou. Nicméně pokud nám chybí lékaři, vždy jsme schopni bez obtíží doplnit stavy. Nevím, jak jsou na tom jiná pracoviště v Praze. Občas slyším, že se někde potýkají s nedostatkem radiačních onkologů. U nás ten problém nemáme.

A co sestry?

Nemáme. Pokud někdo tvrdí, že má dost sester, tak mu nevěřím. Pro nás je v tuto chvíli velmi náročné uspořádat práci sester tak, aby provoz kliniky bez problémů fungoval. Vnímám to jako velký problém.

Proč myslíte, že je sester málo?

Myslím, že existují tři základní důvody. Část děvčat dřív chtěla být sestrami proto, že nemusely na vysokou

školu. Nyní musí a řekla bych, že to mnohé odrazuje. Tímto se podle mě celý problém otevřel. Dalším důvodem je společenská dehonestace povolání. Dříve sestry a lékaři patřili mezi ty, kterých si lidé vážili. Dnes mnozí pacienti považují sestry za jakési služky, které je v nemocnici obsluhují. Tak to ale není. A třetí problém jsou zřejmě platy, ale nemyslím si, že by dnes navyšování platů problém vyřešilo. Sestry zkrátka už chybí. Mnoho jich odešlo úplně mimo obor a díky tomu, že prakticky zmizela nezaměstnanost, rozhodně nejsou nuceny vracet se do zdravotnictví. Pracují v lepších podmínkách, a tím nemyslím jen finančních, ale i časových, ne každému vyhovuje systém služeb.

Měli jste problém se sestrami i v Novém Jičíně?

Měli, jako v každé nemocnici. Čistě ambulantní pracoviště tento problém asi neřeší, sestry nemusí sloužit, mají pevnou pracovní dobu a pracují v relativně klidném prostředí. Ale nemocnice problém s chybějícími sestrami mají.

Mladí lidé se chovají zodpovědněji

Jste spokojená se systémem prevence rakoviny tak, jak je nastavený v Česku?

Máme nastavené tři screeningové programy - na karcinom prsu, děložního čípku a rektální karcinom. Do jaké míry lidé chodí na preventivní vyšetření, se liší v různých krajích, v různých městech a u různých diagnóz. Například u karcinomu prsu se v poslední době procenta žen, které vyšetření navštěvují, zvyšují. Co se však týká prevence primární, tedy abychom nádorovým onemocněním předcházeli zdravou výživou, sportem, nekouřením a podobně, v tom ještě v Česku trochu zao-

stáváme. Lidé to nechtějí řešit, obtěžuje je to, nebaví je to. Ale na druhou stranu sleduji na příkladu svých dcer, že se tento trend u mladší generace mění. Hodně přemýšlejí například o tom, co budou jíst. Chovají se zkrátka zodpovědněji.

Někteří onkogynekologové si stěžují, že ženy v Česku nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky, díky kterým by například karcinom čípku zachytili mnohem dříve. Západní země mají, co se týče prevence, mnohem přísnější pravidla.

Pravdou je, že u karcinomu čípku jsou na tom ženy s prevencí daleko hůř než u karcinomu prsu. Na mamografii ženy chodí paradoxně více než na gynekologii a gynekologické nálezy mnohdy opravdu bývají katastrofální. V Česku zkrátka máme zdravotnictví zadarmo a ženy nejsou ničím motivované. Žádná vláda nepřistoupí k sankcím, které by ženy postihovaly, pokud nebudou chodit na preventivní prohlídky.

Setkáváte se s poučenými pacienty, kteří mají díky internetu a mnoha zdrojům informací svou představu o léčbě?

Ano, ale nevím, jestli mám říct bohužel nebo bohudík. Internet používají všichni, ale vybrat z něj konkrétní a relevantní informace je těžké. Takže pacienti často přicházejí s načtenými informacemi, které je vyděsí, ačkoli se jich přitom vůbec netýkají. Nebo rovnou přicházejí s nějakou alternativní léčbou, to ale méně často než je to zřejmě u jiných oborů. Naši pacienti opravdu bývají velmi vážně nemocní a ohrožení na životě. Podle mě je dobré vše nejdřív probrat s lékařem a pak si teprve doplňovat informace.

Odmítají někdy pacienti léčbu?

V některých situacích ano, ale nenazvala bych to vyloženě odmítnutím, ale spíše dohodou. Mnohdy nemáme možnosti, abychom člověka zachránili, a léčba, kterou nabízíme, pro něj může být toxická. Proto mu nabídneme léčbu bolesti, nutriční podporu či rehabilitaci, zkrátka snažíme se zachovat co nejvyšší kvalitu jeho života. Používá se termín best supportive care, je to standardní součást onkologické léčby.

Mladí lékaři často upozorňují, že neumějí sdělovat špatné zprávy. Jak jste se je naučila sdělovat vy?

Je třeba odhadnout, kdo proti vám sedí, jak je ten člověk založený, zda mu ta informace pomůže nebo se z ní naopak psychicky zhroutlí. Je to jedna z nejtěžších součástí naší práce. Uvažuji o tom, že bych na toto téma nabídla kolegům nějaké školení s lektorem, aby se to naučili trochu sofistikovaněji než právě tou běžnou praxí.

I spořádaný otec může být vrahem aneb mýty o obětech a pachatelích

Jolana Boháčková

„Policejní psycholog není detektiv, jak to často vypadá v kriminálních filmech a detektivkách. Když skutek není prokázán, nelze pouze na základě psychologického posudku říct, zda a jak se čin stal,“ začala přednáška doc. PhDr. Ludmily Čírtkové, CSc., prorektorky na Policejní akademii České republiky, forenzní psycholožky, která pomáhá při vyšetřování trestných činů, vypracovává soudně-znalecké posudky, ale také pomáhá obětem trestných činů vracet se zpět do normálního života. Právě oběti byly stěžejním tématem květnové přednášky Ludmily Čírtkové na 3. lékařské fakultě. Nesla název *Mýty o obětech a pachatelích*.

Lékaři bývají mnohdy těmi, kdo jako první přicházejí do kontaktu s oběťmi trestných činů, takže tímto momentem zahájila psycholožka své povídání s mediky 3. lékařské fakulty. „Lékař by měl oběti poskytnout informace o místech pomoci a předejít takzvané *sekundární viktimizaci* oběti. Bohužel se často stává, že lékaři v této roli selhávají,“ popsala psycholožka. Jako příklad uvedla znásilněnou ženu, která se chtěla nechat vyšetřit v nemocnici. Mladý lékař jí ale řekl, že ji prohlédne, jakmile mu slíbí, že půjde na policii. A poslal ji na chodbu. Dívka se ale rozhodla, že znásilnění neoznámí, takže zdravotnické zařízení opustila. Po návratu domů ji nutili jít na policii a k psychologovi ještě rodiče a partner a dívka se opět dostala do pasivní role, znovu o ní rozhodovali druzí. Ve viktimologii se v této souvislosti

mluví o *druhé ztrátě kontroly nad svým životem*. Poprvé se tak děje při kontaktu s pachatelem.

Docentka Čírtková radí, že by okolí nikdy nemělo jednat bez souhlasu oběti. „V kontaktu se znásilněnou osobou je třeba podporovat její spontánní strategie ke zvládnání traumatu. Odráží totiž její zdroje síly,“ píše psycholožka v článku *Krizová intervence po znásilnění*, který vyšel v časopise *Psychiatrie pro praxi* ve druhém čísle v roce 2015.

Z hlediska zákona obětem pomáhá, když mají dostatek prostoru pro to, aby byly vyslyšeny. Nejen, že bude pachatel spravedlivě potrestán, soudní proces proběhne řádně, ale oběť by měla mít možnost říci, co potřebuje, třeba i to, jak jí čin změnil život. „Slyšet hlas oběti - to je heslem Evropské unie při hledání cesty, jak zlepšit situaci obětí v době po činu,“ dodává Ludmila Čírtková.

Řada případů *sekundární viktimizace* se podle psycholožky objevuje bohužel právě vinou zdravotních složek anebo orgánů činných v trestním řízení. Mnohdy jim chybí empatie a uvědomění si, že oběť nespáchala trestný čin. Mezi lidmi navíc často převládají o obětech určité mýty. „Myslí si, že oběti jsou hloupé a neschopné. Mohou si samy za to, že byly napadeny. Neměly chodit samy parkem, neměly naletět podvodníkovi, neměly strpět domácí násilí a podobně,“ líčí docentka a dodává, že lidé, v jejichž okolí se nějaký trestný čin stal, neradi ztrácejí iluzi bezpečného a spravedlivého světa: „Trestný



čin totiž narušuje víru, že můžeme vždy ovlivnit, co se s námi děje, a že svět je celkem přehledné a spravedlivé místo.“

Původně i v rámci viktimologie byly oběti považovány za slabé bytosti, které jsou odkázány na pomoc ostatních. Dnes se však tento pohled reviduje. „Následky, jež si oběti s sebou nesou, jsou mnohem více moderovány nikoli jen samotným činem, ale také typem osobnosti oběti,“ vysvětluje psycholožka. Někdo skončí invalidní, protože trpí závažnými psychosociálními problémy v důsledku viktimizace, rozpadnou se mu vztahy, někdo je schopen na základě traumatu osobnostně vyrůst. Proto je třeba ke každé oběti přistupovat individuálně.

„Platí zásada, že trestný čin změnit nemůžeme, ale můžeme změnit zacházení s oběťmi v době poté. Důležité ale je, že oběť musí být jasně označena jako oběť, a musí být řečeno, že není vinna,“ dodává Ludmila Čírtková. Tendenci přesouvat vinu na oběť mají často sami pachatelé. Nezřídka znásilněné ženy slyší u soudu z úst obviněného věty typu: ona mě provokovala, říkala si o to a podobně. Tomuto jevu se říká *neutralizace*, mazání výčitek svědomí. Velmi výjimečně slyší projevy lítosti, což mnohé oběti očekávají.

Odborníci se rovněž setkávají s oběťmi, které si nejsou jisté, zda na nich byl skutečně spáchán trestný čin. Obzvláště v případech znásilnění. „Oběť totiž prochází komplikovaným procesem sebeuvědomování a emocionálně kognitivní reflexe toho, co se stalo. Tápe, jaký význam má události přidělit. Na jedné straně si je jistá, že nechtěla sexuální kontakt, na druhé straně váhá, zda může incident podřadit pod znásilnění,“ píše forenzní psycholožka v článku *Krizová intervence po znásilnění* a uvádí příklad: „Studentka vysoké školy, kterou znásilnil její spolužák na koleji, popisovala v poradně své

vnitřní pochody. Na jedné straně se klonila k názoru, že nemůže jít o znásilnění, protože mladík byl jejím dobrým kamarádem a pomáhal jí zvládat nároky studia. Na druhé straně si promítala průběh události. Mladík za ní přišel na pokoj, objal ji, hodil na postel a strhal z ní oblečení. Cítila se tak zaskočená a „převálcovaná“. Nakonec se klonila k názoru, že *šlo o znásilnění, protože mladík se jí na nic neptal*, nedvořil se, nenabízel intimitu. Při sexu jí navíc pevně držel, aby se nemohla bránit. Proto si myslí, že se jedná o znásilnění, ale jistá si stejně není.“ *Příklad ilustruje pochody percepce a deklarace, které studuje viktimologie v rámci objasňování viktimizace.*

Mýty o pachatelích

Mnozí lidé si představují násilníka jako psychopata, který přepadne v parku neznámou ženu a znásilní ji. Opak je pravdou. „Většina znásilnění se odehraje mezi osobami, které se znají. Pachatelé bývají jinak normální muži, kteří netrpí sexuální deviací, ani je nelze diagnostikovat jako psychopaty, tj. nevykazují příznaky specifických poruch osobnosti a chování. V různých studiích uvádí až 90 procent obětí, že svého pachatele znaly,“ píše Ludmila Čírtková v článku *Mýty o obětech znásilnění* v časopise *Právo a rodina* v květnovém vydání v roce 2014.

Řada deliktů jako domácí násilí, znásilnění nebo stalking se objevuje dokonce mezi lidmi ve velmi blízkém vztahu, mezi manželi nebo partnery. Podle psycholožky mají lidé čím dál menší schopnost navazovat partnerské vztahy, vztahy si udržet, ale také se slušně rozejít. „Vrah pak u soudu argumentuje, že svou ženu zabil z lásky, nechtěl, aby ji měl někdo jiný,“ doplňuje Ludmila Čírtková.

K dalším mýtům patří, že se pachatelé zásadně liší od konformních jedinců, jak fyzicky, tak mentálně. Pa-

chatelem se ale může stát i na pohled spořádaný a slušný člověk. Jako příklad Ludmila Čírtková uvádí mladého záchranáře, kterému se líbila na diskotéce slečna. Byl ale poněkud plachý a neodvážil se ji oslovit. Náhodou ji však pak potkal na silnici, když se v noci vracel autem z diskotéky. Zastavil a nabídl jí svezení. V autě, ve svém osobním prostoru se začal chovat sebevědoměji a snažil se jí dvořit. Jí se to ale nelíbilo a z auta utekla. Muž ji však pronásledoval, chytil ji, chvíli se prali, nicméně potyčka skončila tím, že muž ženu ubil k smrti. Pachatele policisté dopadli až po 15 letech na základě zkušek DNA. Žil poměrně blízko bydliště dívky, v tu dobu už jako otec od rodiny, spořádaný manžel a příkladný pracovník.

Tím se dostáváme k dalšímu mýtu. Lidé mají tendenci tvrdit, že čin musel spáchat někdo cizí, nemohl jej provést nikdo z blízkého okolí. „No monster here!“ Podle Ludmily Čírtkové však studie ukazují, že 62 procent pachatelů žije v blízkosti obětí. Dobře se vyznají v lokalitě, čin si připravují, hledají místo bez kamer a podobně.

Mezi lidmi rovněž existuje tendence označovat agresivní pachatele jako duševně nemocné a tvrdit, že zlo je vlastně duševní nemoc. „Mnoho případů je kriminálně jasných, ale nikoli diagnosticky. Existuje tendence vymýšlet nové a nové diagnózy,“ vysvětluje psycholožka. Především mezi obhájci pachatelů trestných činů se objevuje tendence hledat jako příčinu spáchání činu nějakou duševní nemoc nebo u sexuálního násilí pak biologické příčiny, zjednodušeně řečeno nadbytek sexuálního pudu. „Je ale třeba si položit otázku: Měl pachatel možnost se rozhodnout? Věděl, co dělá, a chtěl to udělat? Vina přepokládá alespoň kousek svobodné vůle,“ uzavírá Ludmila Čírtková.

Gratulujeme jubilantům narozeným od července do října!

90. narozeniny oslavil

Prof. MUDr. Oldřich Čech, DrSc.

emeritní přednosta Ortopedické kliniky 3. LF UK a FNKV, jedna z nejvýznamnějších osobností české ortopedie

80. narozeniny oslavili

Doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.

emeritní přednostka Ústavu zdraví dětí a mládeže 3. LF UK, donedávna působila v Ústavu hygieny 3. LF UK

Prof. PhDr. Jiří Kožený, CSc.

profesor Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF UK, psychiatr, pedagog a výzkumný pracovník Národního ústavu duševního zdraví

Doc. MUDr. Ladislav Mertl, CSc.

docent 1. interní kliniky 3. LF UK a FNKV

75. narozeniny oslavila

Prof. MUDr. Milena Černá, DrSc.

emeritní přednostka Ústavu obecné hygieny, profesorka Ústavu hygieny 3. LF UK, čestná členka vědecké rady fakulty

70. narozeniny oslavil

Doc. MUDr. Jan Mareš, CSc.

v letech 2009 až 2015 byl přednostou Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK, nyní docent Ústavu fyziologie 3. LF UK, vedoucí Laboratoře hypoxie a ischemie CNS

60. narozeniny oslavila

MUDr. Ivana Píchová

odborná asistentka Kliniky nukleární medicíny 3. LF UK a FNKV

MEDICINA



Urgentní medicína a stres

Jana Šeblová

Pro část populace jsou výrazy v titulku synonyma – ale spoň soudě podle televizních seriálů a reakcí lidí, když se ptají, co dělám za obor. Avšak upřímně – chtěli byste být ošetřováni vystresovaným lékařem? Příznaky akutního stresu jsou mimo jiné snížená koncentrace, špatný odhad rizika, špatná koordinace, nadměrná pohybová aktivita nebo naopak strnulost a další symptomy, které určitě k lepšímu výkonu nepřispívají. Když jde o život, to poslední, co pacient potřebuje, je chaos a zmatek. Profesionál v kterémkoliv oboru by měl být schopen pracovat bez nadměrné míry stresu a měl by za všech okolností podávat standardní výkon.

Na druhé straně však existují výzkumy profesní zátěže či syndromu vyhoření, který je spojen především s dlouhodobým chronickým stresem, a u zdravotnických profesí se velice často vyskytuje více než u nezdravotnických zaměstnání. V americkém prostředí lékaři urgentní medicíny (spolu s lékaři-intenzivisty) pravidelně obsazují přední místa v žebříčku míry vyhoření, charakteristickým rysem tamějších urgentních příjmů je však setrvalý převis pacientů a jejich až neovladatelný přísun. Výzkum mezi 7300 lékaři v USA v roce 2013 ukázal alarmujících 65 % lékařů urgentní medicíny s příznaky syndromu vyhoření, třikrát více oproti jiným lékařským specializacím.¹ V ČR byl rozsáhlý výzkum se zaměřením na stresové faktory, příznaky deprese a syndromu vyhoření proveden ČLK též v roce 2013. Zúčastnilo se přes 13 tisíc lékařů, avšak validně vyplněných dotazníků bylo asi 7500; i toto je však poměrně reprezentativní vzorek.

Příznaky syndromu vyhoření vykazovalo tehdy 34 % lékařů, a největší míra psychické zátěže byla nalezena u mladých lékařů v přípravě na atestaci (což je při neustále se měnících podmínkách postgraduální přípravy a z toho plynoucí setrvalé nejistotě rezidentů bohužel pochopitelné). Při porovnání oborů ve zmíněném výzkumu však čeští lékaři urgentní medicíny nedopadli tak špatně jako jejich američtí kolegové – průzkumu se jich zúčastnilo 62 (z asi 450 specialistů v té době), a byli stran míry vyhoření pod průměrem ve srovnání s jinými specializacemi.^{2,3}

Jak to s tím pracovním stresem v urgentní medicíně tedy je?

Otázkami, co nás stresuje, jsem se zabývala ve dvou výzkumech v letech 1998 a pak 2002 až 2007 (oba výzkumy byly směřovány na prostředí ZZS).^{4,5} Možná mě k tomu vedly obecné představy, že musíme být zničeni z pohledu na krev, úrazy a „ty hrozné nehody“, jak to obvykle bylo formulováno. Pokud jsem však byla z něčeho nervózní ve spojitosti s prací, tak to byly situace úplně jiné. Na klidu mi nepřidalo, když jsem dostala výjezd těsně před koncem směny a bylo mi jasné, že ten večer nestihnou večerní pohádku s dcerami, i když jsem jim to ráno slíbila. Když jsem byla primářkou, zrychlil se mi tep pokaždé, když se na displeji mobilu objevilo číslo kolegy, který měl nastoupit směnu, protože to věstilo zásadní problém. Jeho vyřešení téměř vždy končilo tím, že jsem se sebrala a jela neplánovaně do práce.

Noční služby jsem s postupujícím věkem začala upřímně nenávidět a nejdéle hodinu před odjezdem na noční se pravidelně začínám litovat. V nemocnici propadám mírnému stupni zoufalství vždy, když donekonečna volám po všech čertech a snažím se přesvědčit kolegy, že pacient PROSTĚ MUSÍ BÝT NĚKDE HOSPITALIZOVÁN. Pokud však vyjdeme k těžkému úrazu nebo k resuscitaci a podaří se nám pacienta předat v nemocnici k další péči, dostává se celý tým spíše do mírné euforie. Máme tedy nějak divně nastavené mozky?

Výsledky výzkumů vše výše uvedené potvrzují. Jako zátěž vnímají pracovníci záchranných služeb čekání na práci, nerovnoměrné rozložení pracovní doby a část z nich práci na směny. Jiní však oceňují větší časovou flexibilitu právě díky směnnému režimu, takže tento faktor závisí na situaci každého jednotlivce a může být vnímán velmi individuálně. Podobně je to s přesčasovou prací – pro někoho je, zejména pokud je opakovaně nařizovaná a nad zákonný limit, velmi zatěžující, pro jiného, hlavně pro ty, co nemají (ještě nebo už) rodinné závazky, je vítaným finančním přílepkem.^{4,5} Nadměrný počet hodin strávených v práci a dlouhé směny jsou z hlediska dlouhodobých dopadů na zdraví jednoznačně negativním faktorem. Onehdy mi říkal čtyřicetiletý kolega: „Tak jsem spočítal, kolik času jsem strávil v práci, a když bych to rozložil na normální pracovní dobu, tak mi je právě 80 let.“

Mezi nejčastěji situace, které profesionály trápí, patří ošetřování opilých osob nebo lidí pod vlivem drog, kteří navíc nemají žádný zdravotní problém kromě chronického abúzu návykových látek. Opakované ošetřování stále těch samých pacientů je schopno vyvolat pocity marnosti i v klonech Matky Terezy. Navíc jsou právě při těchto zásazích zdravotníci vystaveni častě-

mu verbálnímu či fyzickému napadání. Zkušenost s některou z forem napadení udávalo v roce 2003 až 70 % respondentů z asi 300.^{4,5}

Jednoznačně velkou psychickou zátěží je závažné zranění vlastní nebo kolegy (nejčastěji při dopravní nehodě, ale někdy právě při napadení), je to stresující nejen pro zraněného, ale i pro ty, kteří jeho nebo ji ošetřují. Sama ze své zkušenosti musím přiznat, že se člověku najednou obrátí vzhůru nohama profesní jistoty: my jsme přece ti, kdo vždy pomáhají druhým, my přece nemáme být předmětem naší vlastní péče. Z nezranitelných se najednou stávají velmi zranitelní a v jediném okamžiku se setře hranice mezi zdravotníky a pacienty.

Stres je dnes jedno z velmi frekventovaných slov – být ve stresu téměř patří k bontonu, stejně jako diskuze o tom, jakými technikami se jej máme zbavit. Je ale vždy jen negativním faktorem?

Určitá míra zátěže – psychické i fyzické – k životu nedílně patří a schopnost se s výzvami vyrovnat a překonat překážky vede k pocitu větší sebejistoty a k víře ve vlastní schopnosti. Setrvalá nirvána je nerealizovatelnou iluzí, stejně jako pocit, že má být člověk v životě stále dobře naladěný a s pocitem štěstí. Pokud se nám podaří zvládnout nějaký těžký úkol, ať už jsme si jej vybrali sami, nebo nás před něj postavil osud, víme, že příště zvládneme ještě náročnější situaci, a že ji navíc zvládneme s menšími obavami. V pracovním prostředí to znamená, že čím lépe se na svoje zaměstnání připravíme, tím menší nejistotu pak budeme mít tváří v tvář skutečným pacientům. Samozřejmě to není tak úplně jednoduché – právě urgentní medicína je poměrně nepředvídatelným oborem co do povahy situací, variability prostředí, řešených problémů či jejich naléhavosti, a úplně na všechno se připravit nelze.

Medicína je nesporně náročným povoláním, jejím výsledkem však nesmí být fyzické či psychické vyčerpání poskytovatelů. Setrvale se udržuje mýtus o poslání, ze kterého je jen krůček k nárokům veřejnosti na to, že lékař má obětovat sám sebe na oltář pomoci druhým. Nemá a nesmí: nejprve musí umět nasadit kyslíkovou masku sobě a teprve pak se může dát do zachraňování druhých, přesně tak, jak to slyšíme z úst usměvavých letušek při každém letu. Musíme si umět vynutit (někdy i sami na sobě, na svém pocitu nepostradatelnosti a onoho poslání) čas na spánek, na odpočinek, na rodinu i na to, co nás baví, ať už je to lezení po horách nebo pěstování tulipánů. Pokud to však přiměřeně zvládneme, vyhrájí s námi i naši pacienti.

A za to, že jsem si vybrala urgentní medicínu, jsem od ní dostala ještě jeden bonus: situace, které jsem řešila, a příběhy, se kterými jsem se během své praxe setkala, mě naučily vážit si každého okamžiku, protože nikdy netušíme, co nás v další vteřině čeká. Když jsem si to uvědomila, bylo to paradoxně úlevné zjištění – občas se vyplatí rozdělit se o zodpovědnost. Třeba i s tím neznámým osudem.

1 Berger, E.: *Physician Burnout – Emergency Physicians See Triple Risk of Career Affliction*. *Annals Emerg Med* 2013 (61): 3, 17A-19A.

2 Ptáček, R., Raboch, J.: *Diagnóza českého zdravotnictví – Z73.0 – Stres a vyhoření lékařů českých*, *Tempus medicorum* 2013; 22(9): 3-8.

3 Ptáček, Raboch, Kebza a kol: *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha 2013, Grada Publishing, a.s.

4 Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J.: *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice*. *Československá psychologie* LI, 2007, 4: s. 404 – 417.

5 Šeblová J., Kebza V., Vignerová, J.: *Study on stress and burnout of EMS professionals in the Czech Republic*. *European Journal of Emergency Medicine* 2008, Vol. 15 No 5, 302 – 303.

Stres: návod na přežití

Záchranný systém lidského těla se změnil v jeho největšího nepřítele. Ale jde nad ním vyhrát.

Petr Třešňák

Zpátky z dovolené? Tušíme, jak vám je. Ráno jste zaspali a stěží doběhli autobus. Půl hodiny trčel v zácpě, mezi tím se vám vybil mobil, takže jste šéfovi ani nemohli poslat omluvu. Na poradu dorážíte pozdě a zpocení, vítají vás nevráživé pohledy. Seznam dnešních úkolů vypadá nekonečný. Z domova vám volá rodina, že se zase ucpal odpad. Srdce buší, potíte se, dech se trochu zrychlil. Dostáváte nutkavou chuť na něco sladkého.

Tohle entrée nemá být pokusem, jak vás definitivně připravit o zbytky povznesené letní nálady. Jen realistickým konstatováním, že stres se stal tak nějak nevyhnutelnou součástí života dnešního člověka. Západní statistiky docházejí k závěrům, že stres nadměrně sužuje většinu pozemšťanů, třetina Američanů uvádí, že v posledním roce v jejich životě významně vzrostl, a Světová zdravotnická organizace ho prohlásila za globální epidemii.

Stresová reakce organismu přitom patří k jednomu z vynálezů evoluce, který nám měl zajistit bezpečí. S radikální změnou životního stylu se ale postupně změnil ve svůj opak – stále častěji tělu ubližuje, místo aby ho chránil. Můžeme to částečně změnit, prvním krokem je ovšem pochopit, co se uvnitř nás vlastně děje, když uvízneme v zácpě, nestíháme se naučit na důležitou zkoušku nebo zjistíme, že děti zase neumyly nádobí.

Takže: tady je malý průvodce labyrintem stresu pro 21. století.

Pozor, šelma

Píše se rok 56 273 před naším letopočtem, je pozdní léto, kdesi uprostřed africké savany. Jeden z našich předků si za svítání vyrazil nedaleko tábořiště nasbírat trochu sladkých bobulí. Sedí v trávě, spokojeně přežvýkuje, paprsky slunce ho lechtají po tváři. Když vtom se v křoví opodál ozve křupání větviček a mezi stébly se mihne silueta velké kočkovité šelmy.

Náš paleolitický předchůdce teď pravděpodobně vezme nohy na ramena, případně se pokusí nad predátorem zvítězit pomocí klacku s přivázaným pazourkem. Udělali bychom na jeho místě něco podobného, protože náš organismus se od toho jeho prakticky neliší. Pro takovou situaci máme v sobě připravený stále stejný program.

Jakmile mozek vyhodnotí zvuk zapraskání jako ohrožení, aktivuje se část nazývaná hypotalamus, která v téhle záchranné akci zastává funkci jakéhosi dirigenta. Pomocí jemných chemických signálů úkoluje příslušné žlázy napříč tělem a spouští kaskádu produkce stresových hormonů do krevního oběhu. Šéfuje

jim hlavně adrenalin a tzv. glukokortikoidy, které pak v jednotlivých systémech těla zahajují koordinovanou záchrannou akci. Všechno jde velmi rychle, šelma cení zuby a času není nazbyt.

Vypínají se proto všechny zbytečné funkce, které by v takovou chvíli ubíraly energii, jako je růst, sexuální funkce, trávení potravy nebo imunitní systém. Tělo zvyšuje srdeční frekvenci a stahuje vodu z tkání do krevního řečiště, současně zesiluje napětí cévních stěn, jako se betonem zpevní koryto potoka, a zvyšuje tak krevní tlak. Všechna výživná glukóza i tukové zásoby se narychlo přemísťují do krve, kterou teď bušící srdce zpevněnými cévami zběsile pumpuje do velkých svalů.

Celé to má jediný smysl – aby náš mlsný prapředek utíkal zpátky k táborovému ohni jako Usain Bolt. Díky spuštění záchranného programu skutečně nabírá nevídanou rychlost a hypotalamus mu na cestu pro jistotu ještě vypne vnímání bolesti, aby sprintera náhodou nezapadlo fňukat, kdyby si cestou zvrtil kotník.

Stihl to. V bezpečí tábora teď vypráví svým druhům, co právě zažil (pochopitelně značně nadsazuje velikost šelmy), jeho tělo bude ovšem potřebovat ještě několik hodin, než hladiny záchranných hormonů klesnou a v jeho organismu se obnoví klidová rovnováha se vším, co k ní patří.

Takhle nějak funguje stresová reakce a známý americký biolog Robert Sapolsky ji ve své knize *Why Zebras Don't Get Ulcers* (Proč zebry nemají žaludeční vředy) přirovnává k politice státu ohroženého invazí cizí armády. Peníze, nápady a další zdroje putují jen do zbrojení. Investice do školství, vědy, zdravotnictví nebo oprav památek musí počkat. A jak už asi tušíte, problém nastává ve chvíli, kdy tenhle výjimečný stav trvá moc dlouho.

Každý den pohotovost

Naše potýkání s nástrahami života v 21. století samozřejmě obvykle nemá sílu bezprostředního ohrožení života. Nicméně výše popsaný program v menší míře spouští i drobné stresové podněty, na něž je naše doba obzvláště plodná. Každý reagujeme subjektivně na ty své na základě minulých zkušeností, emocionality nebo myšlenkových schémat, která se nám honí hlavou. Pracovní skluz, náročné zkoušky ve škole, partnerské spory, hádky na sociálních sítích, zdravotní potíže, upomínka z finančního úřadu, dopravní zácpy nebo třeba strach z následků klimatické změny – to všechno se v našem mozku může proměnit v malou šelmu, která v těle zažehne stresovou reakci. „Tyhle potíže mohou mít velký dopad na zdraví, obzvláště když se nahromadí, když nemáme čas zotavit se z jednoho problému a už se na nás řítí další,“ vysvětluje americká psychologka a autorka knihy *The Stress-Proof Brain* (Stresuodolný mozek) Melanie Greenberg.

Ano, narazit jednou začas na šavlozubého tygru není nic příjemného, ale kdo to přežije, má za pár hodin v těle zase klid. Permanentní shon západního městského člověka ovšem způsobuje, že hladiny zmíněných glukokortikoidů zůstávají u některých z nás zvýšené trvale. Válčná pohotovost není nikdy odvolána, rozpočet se neustále utrácí za obranu a organismus postupně chřadne.

Jak to v těle funguje, asi nejlépe ilustruje nejznámější důsledek chronického stresu, totiž onemocnění srdce a cév. Vznikají tak, že krev, která je v permanentně napjatých cévách pumpována pod tlakem, zprudka naráží do srdeční stěny a také do míst, kde se tepny a žíly větví. Postupně je poškozují, vytváří záněty, kolem se hromadí plak, systém se zužuje a ucpává.

Robert Sapolsky ve své knize, která místy připomíná katastrofický thriller, kromě příčiny infarktů detailně líčí třeba také stresový vznik žaludečních vředů, cukrovky, neplodnosti, selhávání imunity, poškození paměti, předčasného stárnutí, rozvoj závislosti či depresí.

Dnes je prokázáno, že trvale zvýšená hladina glukokortikoidů působí na některé části mozku jako jed, a psychiatři tvrdí, že stres je klíčovým mechanismem, který de facto rozleptá neuronový terén, z nějž se rozvíjejí různé duševní poruchy od úzkosti po schizofrenii. Skoro se až zdá, že přehnanou poplachovou reakci můžeme považovat za jakéhosi společného jmenovatele zdravotních potíží dneška. „Pokud prožíváte každý den jako pohotovost, zaplatíte za to,“ shrnuje biolog Sapolsky.

Jiný mozek

Výbava, kterou nás příroda obdařila, se od časů šavlozubých tygrů moc nezměnila a pro dnešní dobu je bohužel poněkud nepraktická. „Stresový mechanismus se vytvořil v paleolitu, kdy lidé žili ve skupinách po dvě stě lidech a všichni se znali jménem,“ vysvětluje psychiatr a neurovědec Jiří Horáček z Národního ústavu duševního zdraví. „Dnes je zkrátka aktivován podněty, se kterými se v evoluci nepočítalo. Tyto podněty navíc působí stále a jsou mimo naši kontrolu. Proto se vlastní stresová reakce v těchto situacích stává neúčelnou, nevýhodnou a zdravotně škodlivou.“

Silným stresorem je podle něj už samotný život ve velkoměstě, který podle výzkumů o celou třetinu zvyšuje riziko rozvinutí duševní choroby. Důvody jsou zřejmé. Hluk, chatrné rodinné vazby, málo zeleně, která psychiku výrazně zklidňuje, ale také třeba fakt, že

lidé ve městě žijí a pohybují se příliš těsně a blízko jeden druhému. Na jízdě metrem vám asi nepřijde nic zásadně rizikového, ale váš paleolitický mozek přítomnost neznámého potetovaného samce s plnovousem uvnitř bezpečného prostoru kolem vašeho těla, nebo dokonce těsně za vašimi zády vyhodnocuje jako možné ohrožení, ať se vám to líbí nebo ne.

Každý má v tomto smyslu jinou odolnost a reaguje různě citlivě na různé podněty. Náchylnost ke stresu (tedy jakýsi práh, kdy mozek zapíná alarm) kromě genetické výbavy zásadně nastavuje výchova v prvních letech lidského života. Dětská traumata, nedostatek mateřské péče nebo deprivace se otisknou do vývoje mozku a vytvoří v něm odlišnou skladbu receptorů, která přetrvá do dospělosti a projeví se nižším prahem pro puštění stresové reakce. Takový člověk se nevyhnutelně vystresuje i velmi slabým podnětem. Trvale vysoká hladina glukokortikoidů v krvi způsobená tímhle permanentním poplachem je pak důvodem, proč jsou lidé, kteří prožili těžké dětství, náchylnější k mnoha fyzickým a duševním nemocem.

Stres ale naštěstí neznamená rozsudek smrti bez možnosti odvolání. I pro citlivější duše existuje řada způsobů, jak naši evoluční výbavu přeladit a vnitřní alarm ztlumit. Není to až tak složité. Prvním krokem je uvědomit si, že naším nepřítelem už není šelma samotná, ale strach z ní.

Mysl, která vládne

„Asi jsou mnohem stresovější životy než ten můj,“ říká skoro omluvně na úvod schůzky v kavárně v centru Prahy Eva Bradová (42), když rekapituluje změny, kterými prošla v posledním roce. Navenek sice nejsou až tak dramatické, ona však mluví o zásadním život-

ním posunu. „Stres je prostě subjektivní, každý reaguje na něco jiného.“

Do jejího života přicházel postupně a nenápadně. Nejprve tím, že pestrou a společenskou práci v oboru reklamní komunikace vyměnila před lety za dlouhou mateřskou dovolenou se třemi dětmi. „První roky jsem si to užívala, ale neustálý kolotoč, kdy řešíte jen potřeby dětí, plánujete jejich čas nebo s nimi chodíte k lékaři, mě začal po čase ubíjet,“ vzpomíná štíhlá blondýna. „Kvůli trvajícimu pocitu zodpovědnosti za děti jsem cítila zvláštní formu psychické klaustrofobie a připadala si, že ztrácím sama sebe. Osm let doma je zkrátka moc.“

K tomu se přidal loni spor s manželem, který chtěl, aby se rodina přestěhovala na venkov. Eva odmítala, bála se, že skončí v ještě větší izolaci. Dlouhé rozhovory, které nikam nevedly, ji rozrušovaly a žena po čase zjistila, že začíná mít vážné problémy se spánkem. „Usnula jsem o půlnoci, ale ve tři hodiny už jsem byla vzhůru,“ vypráví. „Trvalo to půl roku, byla jsem úplně vyčerpaná, neustále podrážděná. Hlavou mi vířily myšlenky, které se nedaly zastavit.“

Vyzkoušela prý prášky na spaní, ty však brzy přestaly účinkovat. Na doporučení kamarádky se pak letos na jaře už docela bezradná přihlásila do kurzu programu MBSR (Mindfulness-based stress reduction neboli Snižování stresu pomocí všímavosti). Vyvinul ho koncem sedmdesátých let minulého století v nemocnici v americkém Massachusetts lékař Jon Kabat-Zinn jako metodu snižování stresu u pacientů trpících chronickou bolestí.

Je odvozená od buddhistické meditace, kterou Kabat-Zinn dlouho studoval, a na Západě se dnes rozšířila v mnoha variantách pod souhrnným označením mindfulness. Původní Kabat-Zinnův program ovšem

využívá poznatky moderní medicíny a psychologie, stejně jako se inspiruje východními kontemplativními tradicemi, má pevně danou formu osmitýdenního kurzu a jeho účinnost na snižování stresu během téměř půl století potvrdila řada vědeckých studií. V některých zemích MBSR proplácí zdravotní pojišťovny.

„Nikdy jsem žádnou meditaci nedělala, jsem k alternativním věcem docela nedůvěřivá,“ popisuje své počáteční nastavení Eva. Ve špatném psychickém stavu se ale prý rozhodla, že do toho půjde naplno, protože musí něco změnit. Každé ráno oněch osm týdnů tak poctivě hodinu trénovala předepsané techniky práce s myslí. (Adepti MBSR se věnují zejména například tzv. body-scanu, tedy zaměřování pozornosti do různých částí těla a meditaci, při níž se snaží všimnout si dechu a spontánně se vynořujících myšlenek nebo pocitů.)

Dnes Eva Bradová účinek kurzu hodnotí slovem „zázrak“. Nejenže už po pár týdnech začala normálně spát, cítila se uvolněná a po úmorných měsících znovu radostná. Nad svým životem prý díky mentálnímu cvičení získala také zcela nový nadhled, který jí umožňuje lépe se rozhodovat. „Předtím jsem ani nevěděla, proč se cítím nešťastně. Nechávala jsem se svou myslí vláčet a měla pocit, že nad vším ztrácím kontrolu,“ vysvětluje. „Teď si rychleji uvědomuju, co se ve mně děje, což je nejdůležitější. Stres se pomalu rozpustí, když ho rozeznáte a naučíte se na něj vědomě reagovat.“

Vydechnout déle

Kurz MBSR jako první u nás před pár lety otevřel Jaroslav Chýle (51), který absolvoval výcvik v zahraničí přímo u zakladatele metody Jona Kabat-Zinna. „Každý máme svůj hlavní stresor, pro někoho je to šéf, pro jiného spory s partnerem, bolesti zad nebo nemocné

dítě,“ vysvětluje muž, kterého prý kdysi k meditaci přivedla vlastní zkušenost přepracování, kdy se ocitl na prahu vyhoření. „Ale vždycky je klíčová změna postoje. Neutíkat před stresorem, nebojovat s ním, ale prohlédnout si ho, přijmout realitu, a ona se tím může začít měnit.“

Po vzoru svého učitele už Jaroslav Chýle nabídl své služby i těm, pro něž bývá hledání nové cesty k sobě mimořádně obtížné. Chronická bolest, která rovněž aktivuje poplachovou reakci, patří mezi největší výzvy zvládnutí stresu. Pokud se utrpení vlivem léčby nezlepšuje, člověk má tendenci propadat se do spirály deprese, skepse a izolace.

Chýle se předloni domluvil s motolskou nemocnicí v Praze a uspořádal kurz MBSR pro sedm pacientů zdejšího centra pro léčbu bolesti. Většinu sužovaly chronické potíže s páteří. „Výsledky byly velmi pozitivní,“ pochvaluje si spolupráci neurolog Rudolf Černý, který kurz organizoval za nemocnici. „Během těch osmi týdnů se pacienti naučili zacházet se svou bolestí tak, že snížili spotřebu léků víc než o polovinu.“

Meditace představuje jeden z vyzkoušených prostředků snižování stresu, ale zdaleka ne jediný. odborníci dnes nabízejí řadu dalších vědecky ověřených technik relaxace, imaginace nebo řízeného dýchání. A mimochodem – dýchání je nástroj, který máme nejsnáze po ruce, kdykoli cítíme, že se nám životní okolnosti vymykají z rukou a spouštějí vnitřní poplach. V těle operují dva protikladné nervové systémy zajišťující aktivitu a klid. Jsou těsně propojené s dýcháním,

a uvolňujete všechny svaly v těle. Pozorujte, jak se mění jejich napětí.

Sedm tipů proti stresu

Cvičení

Stresová reakce pumpuje sílu do svalů, takže proč ji nevyužít. Déle než dvacet minut se počítá, vhodnější je aerobní cvičení zapojující hluboké dýchání (běh, plavání atd.).

Les

Vědecky potvrzeno: pobyt v zeleni výrazně zklidňuje. Japonci dokonce vymysleli terapii širinjoku (v překladu lesní lázeň), která spočívá v nasávání lesa všemi smysly.

Meditace

V zásadě jakákoli, která zklidňuje mysl, učí držet koncentraci a pěstovat pozornost vůči tomu, co se ve vás děje.

Společnost

Stres hraje silnou roli v sociálních skupinách, pocit přijetí ho snižuje, pocit vyloučení naopak zvyšuje (výrazně víc trpí minority všeho druhu). Pobyt s rodinou nebo přáteli, pokud vás mají rádi, ulevuje.

Kontrola

Nenápadný, ale zásadní faktor: ohrožení bývá zesíleno pocitem, že se události vymykají vaší kontrole. Pokud to jde, posilte pocit, že držíte otěže života v rukou.

Relaxace

Technik je spousta. Jedna osvědčená: v klidu si sedněte a postupně zatínajte

Ventily pro frustraci

Nemusí to být nutně boxovací pytel, i když ten rozhodně doporučujeme. Jakýkoli koníček vytvoří kanál, kterým glukokortikoidy mohou z těla odtékat. Fyzické hobby je účinnější než luštění křížovek.

takže základní metodou, jak se zklidnit, je prodloužit výdech oproti nádechu.

Pokusy s lidmi i zvířaty zjistily, že míra stresu těsně souvisí s několika okolnostmi konkrétní prožívané situace. Jednou z nich je předvídatelnost – pokud tušíme, co se bude dít, reagujeme klidněji. Zajímavě to ilustruje příklad z časů druhé světové války, kdy německá letadla bombardovala Velkou Británii. Zatímco na Londýn padaly německé bomby pravidelně, anglický venkov zasypávala luftwaffe méně často, zato v nevyzpytatelných intervalech. Statistiky výskytu žaludečních vředů, které se z té doby dochovaly a které jsou docela přesným indikátorem stresu v populaci, ukazují, že stresem více trpěli venkované, protože útoky nedokázali předvídat a zvyknout si na ně.

Stejně významným faktorem je pak subjektivně pocítovaná míra kontroly nad situací. Právě chybějící možnost kontroly činí silně stresovou takovou maličernost, jakou představuje dopravní zácpa. A naopak profese, které podle statistik obnášejí nejvyšší míru stresu, jako jsou vojáci, policisté, hasiči nebo chirurgové, mívají velmi detailně formulované předpisy a postupy, co v jaké situaci dělat. Během probíhajícího dramatu by zkrátka neměli propadnout bezradnosti a bezmoci.

Pocit ztráty kontroly – spolu s pocitem sociálního vyloučení, který je dalším ze známých silných stresorů – ostatně pravděpodobně stojí v pozadí epidemie stresu, které lidstvo v poslední době čelí. Svět kolem se mění příliš rychle a všeobecný pocit nejistoty spouští všeobecnou poplachovou reakci. Pokud máme vyjít ze své paleolitické biologie, bude potřeba posilovat pocity kontroly, předvídatelnosti a pospolitosti.

To pochopitelně není snadné. Jistou útěchu snad skýtá, že i globální expert na stres Robert Sapolsky

po prostudování všech představitelných hrůz, které nám splašený vnitřní alarm může přichystat, zůstává mírným optimistou. „V našich privilegovaných životech jsme dokázali být úžasně chytří, abychom vynalezli všechny ty stresory kolem nás. A pak také báječně blázniví, když jsme je nechali nás ovládnout. Bezpochyby máme i potenciál být dostatečně moudří, abychom jejich vliv z našich životů uměli vykázat.“

Časopis Respekt, 25. srpna 2018



Rozhoduje kontext pacienta

Týden v ordinaci pro chudé

Anna Ouřadová

Je pondělí dopoledne a do ordinace praktické lékařky se přichází registrovat už třetí nový klient. V Ostravě ukončili za poslední půlrok provoz své ordinace celkem čtyři praktičtí lékaři, z toho se jen za dva našel plnohodnotný nástupce. A tak se teď každým dnem chodí do ordinace MUDr. Andrey Pekárkové registrovat noví klienti. Po jednom, nebo i celé rodiny, někteří potřebují akutně napsat léky, jiní navštívili svého lékaře naposledy před dvaceti lety. Najednou ale musíme všeho nechat, slyšíme volání, pak hned někdo buší na dveře: na pokoji azylového domu pro muže jeden klient nedýchá, spolubydlící zahájil kardiopulmonální resuscitaci. Vybíháme s lékařkou do prvního patra, přebíráme resuscitaci, ale vzápětí je nám jasné, že přicházíme s několikahodinovým zpožděním, cítíme už známky posmrtné ztuhlosti. Můj první den v praxi v nízkoprahové ordinaci v Armádě spásy v Ostravě tak začal i na místní poměry překvapivě nestandardně – seznámila jsem se s prací koronera.

Od prosince roku 2018 funguje v Ostravě při charitativní organizaci Armáda spásy ordinace praktické lékařky MUDr. Andrey Pekárkové pro osoby sociálně vyloučené, z nichž velkou část tvoří osoby bez domova. Ordinuje se každý den v týdnu. Místní ambulance je jedním ze dvou zařízení plnohodnotné primární péče určené osobám bez přístřeší, které v České republice

momentálně fungují. Ještě před ostravskou ordinací pro chudé (jak se projekt Armády spásy v úplném počátku jmenoval) vznikla v roce 2007 ordinace praktického lékaře pro lidi v nouzi při olomoucké Charitě. Abych nebyla nespravedlivá, i v Praze máme ordinaci praktického lékaře určenou osobám z ulice: hned u hlavního nádraží v Bolzanově ulici. Provozuje ji zde charitativní organizace Naděje, stěží se jim ale daří najít lékaře nebo lékařku, byť na částečný úvazek, ordinační hodiny se mění snad častěji než roční období a ještě k tomu pokrývá jen menší část pracovního týdne. O někom takovém, jako je doktorka Pekárková, se nám v Praze vlastně může jenom zdát.

Ani ne pětatřicetiletá doktorka Andrea Pekárková, absolventka 3. lékařské fakulty, si pro svou profesní lékařskou dráhu vybrala oblast primární péče specializující se na osoby bez přístřeší. Dnes v rámci svého zdravotnického zařízení v Ostravě poskytuje i terénní službu a je tak v podstatě jedinou lékařkou u nás, která rozvíjí hnutí *street medicine* neboli pouliční medicínu. Že se o ní nedočtete v žádném ze zdravotnických periodik? Smutnou pravdou je, že pomáhající profese a vůbec aktivity zaměřené na pomoc lidem bez domova bývají u nás stále spíše po zásluze potrestány velmi nízkou výplatou, a ještě nižší společenskou prestiží, a tak jediné periodikum, které jejím aktivitám věnovalo alespoň ne-

celých pět minut slávy, byl Křesťanský magazín České televize. Andrea Pekárková je totiž věřící a důstojnicí sboru Armády spásy, pod kterou spadá i její ordinace. Ta se spolu s dalšími službami (azylový dům, noclehárna a další) nachází v areálu ostravské Armády spásy v Ostravě Mariánských Horách.

Ordinace pro chudé není nijak chudší než klasické ordinace, vedle zcela nového povinného vybavení má navíc ještě EKG, ultrazvuk, měření CRP nebo INR z kapilární krve. Tady víc než kde jinde platí: v ordinaci se musí zvládnout maximum, nemocnice nebo specialisté představují krajní řešení. V čem se tedy liší místní ordinace od těch „pro majetné“? Absolutně neodsuzující přístup k pacientům je základ, ale co do praktické stránky věci jde například o předepisování generik s minimálním nebo i žádným doplatkem. V akutních případech, když klient nemá vlastní prostředky žádné, může mu na léčiva přispět i samotná Armáda spásy.

Po hektickém začátku přichází putovní úterý. Jeden den v týdnu se doktorka Pekárková věnuje práci praktické lékařky v domovech se speciálním režimem Přístav, které Armáda spásy rovněž provozuje. Přístavy poskytují již nesoběstačným, zejména starším a polymorbidním klientům z ulice na dožití střechu nad hlavou a 24hodinovou péči. Opět nutno dodat: kéž bychom takové domovy měli i v Praze. Doktorka Pekárková zde má na starosti kolem osmdesáti klientů – ze dvou domovů v Ostravě a jednoho ve Frýdku Místku. Začínám chápat, na jakých všech místech je praktický lékař potřeba a jak moc je o ně právě třeba v zařízeních pro dlouhodobě nemocné nouze. Pro místní Armádu spásy je doktorka Pekárková něco jako výhra v loterii. I sester je svým způsobem nedostatek, ale pracovní pozice se daří pokrývat. Přicházejí sem sestry i po desítkách let pra-

xe v nemocnici, z ARA, z JIP, z ambulancí, a většinou se hladce přizpůsobují novému více sociálně laděnému prostředí. Proč to lékaři neumí? Cítím, jak to ve mně stereotypně hnulo: pro doktora to je svým způsobem kariérní regres, přejít třeba z fakultní nemocnice do LDN. A hned vzápětí se za to stydím, cítím, že ještě před ukončením studia už mám svým způsobem zakořeněný tenhle zhoubný „mindset“.

Po celém střeďechním dni v ordinaci už dokážu zevrubně popsat nejčastější zdravotní potíže pacientů ordinace: jsou to především nerozlučné dvojice alkoholismus a cirhóza, nikotinismus a CHOPN. Oproti běžné populaci je také nutné častěji pomýšlet na sérologii, sem tam vyloučit syfilis, HIV nebo hepatitidy. Především ale začínám chápat jiné paradigma, které musí praktický lékař pro klienty bez střechy nad hlavou nebo z vyloučených skupin přijmout: rozhodující je kontext pacienta. Běžná měřítko terapeutického úspěchu totiž mohou v určitém kontextu působit jako „úplně mimo mísu“. Není to o tom zahodit doporučené postupy, ale promítnout si konkrétní situaci klienta na mustr standardizovaných *guidelines* a po pečlivém uvážení zvolit reálné terapeutické cíle, nebo lépe: terapeutické cíle šité na míru (až tak je medicína pro osoby bez domova pokroková!). Tedy postupy, kterých bude klient schopen: zvládne například *warfarinizaci*? Bude docházet pravidelně na kontroly? Důraz na sociální úlohu lékaře pro tuto specifickou klientelu se bohužel projevuje i na míře papírování. Ani po ukončení 4. ročníku jsem neměla tušení, kde všude se očekává posudek praktického lékaře a jeho razítko, ať už se jedná o vyřizování invalidního důchodu, příspěvků na péči nebo pracovní neschopnosti. A že nezřídka čekají na lékaře i několikastránkové formuláře.



Ve čtvrtek má doktorka Pekárková společně se svým zdravotním bratrem návštěvní den neboli terénní službu. Konečně vidím to, co jsem si předtím musela jen domýšlet, a to sice konkrétní a velice určující kontext jednotlivých klientů: život v lese, v maringotce, v chatrči u vody, život na ubytovně. Troufám si říct, že některé výjevy byly pro mě osobně za hranicemi představitosti, respektive přijatelnosti toho, co necháváme v rozvinuté zemi střední Evropy bez povšimnutí. Na popud sociální pracovnice jsme navštívili klienta v prostředí soukromé ubytovny. Starší muž pro klidovou dušnost již několik týdnů nevycházel ze své ubytovací jednotky (pokoj s malou koupelnou) a převoz do nemocnice odmítal. Z fyzikálního vyšetření byl patrný významný levostranný výpotek na plicích a nepravidelná srdeční akce, muž měl navíc značně zvýšený tlak. Natočili jsme tedy EKG a provedli odběry. Byl to pro mne silný zážitek, a to ze dvou důvodů: bydlení tady na ubytovně prý přijde asi na 5 tisíc korun měsíčně, a to je prý hodně levné. Příbytek byl ale hodně neutěšený, na posteli lezly štěnice i za bílého dne. Ještě o kus víc na mne dolehla skutečnost,

že jsme díky terénní práci dokázali zabránit opačnému scénáři: akutnímu zhoršení stavu a následnému převozu nemocného rychlou záchrannou službou navzdory jeho nespolupráci. A kolik takových spoluobčanů na ubytovnách v Ostravě nebo vůbec v republice žije?

Je pátek a čas položit si bilancující otázku, kterou si nutně položí každý, kdo dočetl až sem: potřebujeme skutečně provozovat specializovaná zdravotnická zařízení pro osoby bez domova? Bylo by to spíš na jiný příspěvek, ale stejně mi to nedá neuvést ještě jeden pádný důvod, který možná není nejšlechternější, ale zato dnes bývá rozhodující: specializovaná primární péče poskytovaná lidem bez domova šetří veřejnému zdravotnictví nemalé peníze, podobně jako třeba paliativní péče. Osoby bez domova žijí s perspektivou zkrácené střední délky života zapříčiněné závažnými zdravotními komplikacemi, ve které kombinace života na ulici a sníženého přístupu ke zdravotní péči nevyhnutelně ústí. Pro tyto komplikace se pak stávají častými klienty záchranné služby, urgentních příjmů i jednotek intenzivní péče. V rámci své ostravské praxe jsem tak mohla na vlastní oči vidět, jak široký má primární péče doktorky Pekárkové dopad: jak uzdravuje nejen pacienty z ulice, ale i systém veřejného zdravotnictví, a nakonec i duševní zdraví mnohých zdravotníků na poli urgentní medicíny, když se díky její péči podaří snížit počet „zbytečných“ akutních hospitalizací.

FOTO: Lukáš Kaboň - reportáž Pouliční medicína v praxi aneb Jak se v Ostravě pečuje o bezdomovce? (Moravsko-slezský deník, 16. dubna 2016)



Účinky nové vakcíny použité při léčbě rakoviny vaječníků představil v Chicagu profesor Lukáš Rob

Jolana Boháčková

Na prestižním kongresu Americké společnosti klinické onkologie (ASCO) v Chicagu představil výsledky protinádorové imunoterapie ovariálních karcinomů pomocí vakcíny DCVAC/OvCA, která byla vyvinuta na základě originálního českého výzkumu, onkogynekolog prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc., přednosta Gynekologicko – porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV. Prezentoval výsledky studie, jež se zaměřovala na potenciál vakcíny v první linii léčby epiteliálního ovariálního karcinomu, který u nás ročně postihne více než 1000 žen. Samotná vakcína se vyrábí z bílých krvinek získávaných z vlastní krve pacientky, které se přemění na dendritické buňky.

Výroční zasedání Americké společnosti klinické onkologie je nejvýznamnějším setkáním profesionálů zabývajících se léčbou a výzkumem v oblasti onkologických onemocnění. Farmaceutické firmy i akademické týmy z celého světa usilují o to, aby své práce a výzkumy mohli zveřejnit právě tady. V letošním roce byly přijaty k prezentaci výsledky protinádorové imunoterapie ovariálních karcinomů pomocí

vakcíny DCVAC/OvCA, u jejíhož zrodu stál kolektiv imunologů z 2. LF UK pod vedením prof. Bartůňkové a prof. Špíška. S daty, která vzešla z otevřené randomizované studie druhé fáze SOV01, se mohlo v obrovském sále přímo na místě seznámit několik tisíc přítomných.

Základem léčby ovariálního karcinomu je chirurgický výkon, často velmi komplexní a radikální. Operace je standardně následována chemoterapií. „Osud nemocných do značné míry záleží na kvalitě operace. Na dobrých pracovištích se daří zhruba 70 procent pacientek operovat s uspokojivým výsledkem a onemocnění u nich již nedetekujeme, jsou tedy bez nádorového rezidua. Přesto přibližně u dvou třetin žen následuje relaps. V tom je ovariální karcinom zrádný. Čelíme pak obrovskému zklamání žen, které třeba relativně dlouho vypadaly jako zdravé, a přesto jim musíme říci, že se onemocnění vrátilo. U těchto nemocných se nám nedaří dlouhodobě udržet pod kontrolou maligní klon buněk, který není běžnými metodami prokazatelný. Záměrem studie SOV01 bylo najít imunoterapii, která by dokázala rezistentní spící klon zničit po ukončení první linie léčby, nebo dlouhodobě držet pod kontrolou,“ říká prof. Rob.

Do studie vstoupily „nepředléčené“ ženy s karcinmem ovaria ve stadiu FIGO III v dobrém výkonnostním stavu, které předtím podstoupily tzv. *debulking* operaci, tedy operační výkon, jehož cílem je maximálně snížit objem nádorové hmoty. U všech bylo po operaci reziduum menší než jeden cm, přičemž u 85 procent bylo dosaženo kompletní cytoredukce. Riziko progresu nebo úmrtí se u skupiny, které byla podána po chemoterapii sekvenčně desetkrát vakcína, se oproti standardně léčené skupině snížilo o téměř 60 procent.

Tato data však mohou mít význam přesahující studii SOV01 - mohou zpřesnit odpověď na obecnou otázku, na jaké místo do léčebných schémat v onkologii imunoterapii zařadit. „Dá se vycházet z toho, že chemoterapie sama mění imunitní systém pacientky. Její vlastní dendritické buňky senzitivované proti nádorům vaječníků pak podle všeho mají potenciál zničit zbytkovou nádorovou populaci, která přetrvává i po chemoterapii. Jakákoli imunoterapie nezlikviduje velkou nádorovou masu, ale subklinické klony pravděpodobně takto ovlivnitelné jsou,“ vysvětluje prof. Rob a dodává: „Studie SOV01 ukazuje, že taková zajišťovací léčba by mohla být správná cesta. Takto perspektivní výsledky jsme v této klinické situaci ještě neměli. Samozřejmě ale musíme být s vyslovením nějakých celkových závěrů stále opatrní a vyčkat na třetí fázi, která se chystá. Je to ale šance, jak dále pomoci nemocným po precizní operaci a správně indikované chemoterapii a nejenom prodloužit přežití, ale dosáhnout i vyššího procenta vyléčených.“

Určitou nevýhodou léčby přípravkem DCVAC pro někoho může být relativní složitost. „Nepodáváme zde jeden stejný lék všem ženám, ale přípravek se vyrábí z monocytů (bílých krvinek) každé jednotlivé pacientky. Pro nemocné to ale nijak zatěžující není, ženy snadno pochopí, že čtyři hodiny strávené na transfuzní stanici kvůli leukaferéze pro ně mohou mít zásadní význam,“ uzavírá prof. Rob.

Před 50 lety zemřel Vratislav Jonáš

**Pavel Čech, Kabinet dějin
lékařství 3. LF UK**

Na Královských Vinohradech, v mladém samostatném městě rozkvétajícím bezprostředně za zbouranými hradbami Prahy, narodil se 23. prosince 1899 v domě č. 821/31 v Budečské ulici na rohu Slezské s přispěním zkoušené porodní báby Marie Syslové chlapec, jež pak 14. ledna 1900 v kostele sv. Ludmily pokřtil kooperátor (kaplan) František Stejskal jménem Vratislav a za kmotra mu přišel učitel Jan Nevšímal. Vratislavovými rodiči, oddanými 16. září 1895 u sv. Apolináře, byli řídicí učitel měšťanské školy v I. obvodu Antonín Jonáš, 7. července 1864 v Lounech narozený syn tamního soukromníka Josefa Jonáše a Anny rodem Peškové ze Pšan (dnes Blšan) u Loun, a jeho žena Marie rodem Moravcová, v Kouřimi 31. března 1868 narozená dcera c. k. soudního listovního na Královských Vinohradech Josefa Moravce a Ludmily rodem Benešové z Kouřimi.

Vratislav na Vinohradech vychodil školy včetně klasičtějšího gymnázia, kde za světové války 3. března 1917 maturoval, načež byl povolán do armády, aby do konce války sloužil ve Štýrsku, Hercegovině, Albánii a Makedonii. Po válce vystudoval Lékařskou fakultu české Univerzity Karlo-Ferdinandovy (od 19. února 1920 opět Karlovy), složil 14. června 1920 první, 16. dubna 1923 druhý a 9. října 1923 třetí rigorózum a 13. října 1923 byl profesorem patologické anatomie Jaroslavem Hlavou promován na doktora veškerého lékařství.



Od června 1923 pracoval na pražské I. lékařské klinice postupně pod přednosty prof. Ladislavem Syllabou (+ 1930) a jeho nástupcem od r. 1931 prof. Kristiánem Hynkem – od 13. října 1923 jako externista, od 1. ledna 1925 demonstrátor, od listopadu 1925 vědecká pomocná síla a od 1. února 1927 sekundář I. lékařské kliniky, zároveň od r. 1924 demonstrátor kardiologického oddělení polikliniky, v létě 1925 demonstrátor oční kliniky a od 1. prosince 1927 nehonorovaný asistent I. lékařské kliniky. V letech 1927–1930 absolvoval studijní pobyty ve Švýcarsku, Francii, Belgii, Nizozemsku a Polsku.

Hlavními oblastmi jeho vědeckého zájmu byly od počátku **endokrinologie a kardiologie a vzájemné vztahy endokrinních a kardiovaskulárních funkcí**. Zabýval se především chorobami štítné žlázy – studoval hemodynamiku u Basedowovy nemoci a při experimentech těžil z nedávné izolace tyreotrofního hormonu.

S vědeckou pomocnou silou MUDr. Mary Wichterlovou publikoval 1. května 1931 článek Elektrokardiografické nálezy u hyperthyreos (Čas Lék Čes 1931; 70(18): 644–648). Jako první v ČSR a jeden z prvních na světě popsal r. 1932 syndrom chorobné otylosti – **Cushingův syndrom** – v práci Případ otylosti, vzniklé po traumatu lbi. Příspěvek ke studiu neuroendokrinní otylosti (Čas Lék Čes 1932; 71(8): 225–228, (9): 267–271).

Mezitím 18. února 1921 vystoupil z katolické církve; 22. února 1928 se do ní opět vrátil a dva týdny nato, 6. března 1928, byl ve Vinoři oddán s Drahomírou Deylovou. 19. prosince 1931 však manželka zemřela a 22. prosince byla pochována do zápujčnické hrobky na Vínohradském hřbitově.

Asistent I. lékařské kliniky, od 31. března 1932 honorovaný, uzavřel 7. srpna 1933 v Prostějově sňatek se spolupracovnicí, tehdy už také asistentkou I. lékařské kliniky Marií (Mary) Wichterlovou (* 29. března 1903), dcerou spolumajitele strojírenské firmy Wichterle & Kovářik (Wikov). Po **habilitaci** z patologie a terapie chorob vnitřních 2. února 1933 byl od 1. prosince 1933 **zastupujícím přednostou I. lékařské kliniky** až do 31. prosince 1941 (tj. do zrušení kliniky a její přeměny v interní oddělení Všeobecné nemocnice v rámci rušení českých klinik); zůstal tam pak dál jako sekundář, od září 1942 **primář interního oddělení Všeobecné nemocnice**.

6. září 1946 byl jmenován mimořádným profesorem s účinností od 1. října 1945. Od podzimu 1947 do jara 1948 prodléval na studijním pobytu v USA. Po odchodu prof. Hynka na odpočinek působil v období 1949–1950 jako **přednosta I. interní kliniky**, od 25. září 1950 jako **primář interního oddělení nemocnice v Praze-Motole**.

Odtud byl pak při zřizování hygienického směru Lékařské fakulty UK povolán do Vínohradské nemocnice a zde od 1. září 1952 do konce života sloužil jako **přednosta I. interní kliniky** Lékařské fakulty hygienické Univerzity Karlovy (zpočátku bez laboratoře, bez EKG, s rentgenem sloužícím výhradně ke skiaskopii při vysokém zdravotním riziku pro obsluhující personál) a vedoucí I. katedry vnitřního lékařství LFH UK, od 1. března 1956 **DrSc.**, od 1. května 1966 řádný profesor této fakulty.

Publikoval také práce o **diabetu, krevních chorobách i tuberkulóze**. Jeho hlavní literární dílo však patří kardiologii: věnoval jí třísvazkovou monografii, jejíž první svazek s názvem **Klinická kardiologie**, Praha 1950 náleží kardiologii obecné a byl napsán ještě ve Všeobecné nemocnici, kdežto oba svazky **Speciální kardiologie** I, Praha 1957; II, Praha 1962 vznikly ve Vínohradské nemocnici a řadí se k nejvýznamnějším publikacím této lékařské fakulty; dokladem toho je i překlad do ruštiny, vydaný v obráceném pořadí během 60. let (Častnaja kardiologija I, 1960, 1961; II, 1963; *Kliničeskaja kardiologija* 1966).

Skvělý diagnostik i terapeut, vynikající učitel za katedrou i u lůžka, obětavý, čestný a skromný člověk **zemřel** v Praze před padesáti lety **7. května 1968**; o týden později byl pak po rozloučení v kostele sv. Salvatora v Klementinu uložen k odpočinku na hřbitově v Paštíkách u Blatné.

Svým životem a dílem zaujímá Vratislav Jonáš významné místo v řadě pozoruhodných osobností historie vínohradské kardiologie od Stanislava Mentla přes Pavla Kozáka, Vlastimila Víška, Josefa Fleka, Stanislava Hrdličku, Václava Červenku a dalších k současné generaci budovatelů vínohradského Kardiocentra a III. interní kliniky.

V roce 1918 se víc umíralo na TBC a chřipku, teď na nemoci srdce

ČTK

V roce 1918 se nejvíc umíralo na tuberkulózu, chřipku a zápalý plic. V současné době nejvíce lidí podlehne nemocem srdce, rakovině a mozkovou mrtvici. Vyplývá to z údajů Českého statistického úřadu (ČSZ) a zdravotnických ročenek publikovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky. **Nemocnic bylo v tehdejší Československu kolem dvou stovek. Existovalo už také zdravotní pojištění podobné současnému.**

„Obecně lze říci, že se dostupnost zdravotní péče zvyšovala. Československo se muselo po vzniku státu vyrovnat se specifickými výzvami, které vyplývaly z toho, že se součástí nového soustátí stalo Slovensko s podstatně méně rozvinutou sítí nemocnic a Podkarpatská Ukrajina, která na tom byla ještě daleko hůře. Částečně ČSR řešila situaci tím, že tam odcházeli čeští a slovenští lékaři,“ řekl ČTK vedoucí Ústavu dějin lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Karel Černý.

Rozdílná úroveň zdravotnictví a obecně povědomí o hygieně, prevenci a dostupnosti péče ovlivňovala i střední délku dožití. Zatímco v letech 1929 až 1932 se muži v českých zemích dožívali 51,9 roku a ženy 55,2 roku, na Slovensku to bylo 48,9 a 50,9 roku. Téměř dva roky u mužů a přes tři roky u žen byl rozdíl také v letech 1949 až 1951. I v současné době rozdíl přetrvává, v roce 2015 umírali Češi průměrně v 79,47 letech a Slováci v 77,21 letech.

V roce 1918 podlehl podle dat zveřejněných Českých statistickým úřadem tuberkulóze přes 34 tisíc lidí, chřipce téměř 27 tisíc a zápalům plic přes 26 tisíc lidí. Epidemii španělské chřipky podlehl v letech 1918 až 1920 asi 44 tisíc až 75 tisíc lidí na území českých zemí. Největší současný zabiják, choroby srdce, byl mezi smrtelnými nemocemi na čtvrtém místě, rakovina až na sedmém.

Už v roce 1937 tehdejší zdravotnická ročenka uvádí nemoci cévního ústrojí jako nejčastější příčinu přirozené smrti po stáří. Tuberkulóza byla v té době druhá, v roce 1948 už třetí a o deset let později klesla až na šesté místo. Rakovina v roce 1937 byla šestou nejčastější příčinou úmrtí, už v roce 1948 byla na současném druhém místě.

Proti tuberkulóze (TBC), dříve nazývané souchoť, se v Česku plošně očkovalo od roku 1953. Ještě v roce 1958 bylo zaznamenáno přes 29 tisíc případů, v roce 1979 jich bylo kolem 400, o deset let později 1560 a loni necelých 500, přestože očkování bylo před několika lety zrušeno. V současné době nemocí trpí asi z třetiny celkového počtu cizinci.

Základem péče byl v době vzniku Československa praktický lékař, síť zdravotnických zařízení tvořily soukromé ordinace, které zabezpečovaly ambulantní péči, léčebné ústavy s lůžkovou péčí, sociálně zdravotní zařízení a soukromé léčebné ústavy. Později se rozvinula síť porodnic, léčeben TBC a psychiatrických zařízení.

V současné době je v Česku asi 189 nemocnic. Na 1000 obyvatel připadá přibližně 5,4 lůžka. S podobným počtem se počítalo už v roce 1937, nebyl ale tehdy považován za dostatečný. „V kraji zemědělském je nárok na počet lůžek nemocničních vyšší než v kraji průmyslovém a živých velkoměstech s častými úrazy,“ píše se v tehdejší zdravotnické ročence.

V pozdějších letech počty nemocnic a lůžek rostly, nejvyšší byly po znárodnění zdravotnictví v 50. letech. V roce 1937 připadalo na 1000 obyvatel 8,2 nemocničního lůžka, v roce 1948 to bylo už 14,9 a o deset let později 19,8. Od té doby jejich počet opět klesal, v roce 1990 to bylo podle statistik ČSÚ osm lůžek, v roce 1999 asi 6,5 a v roce 2010 kles počet pod šest.

Oproti tomu počet lékařů za posledních 100 let jen rostl. V roce 1900 jich bylo asi 3500, v roce 1937 téměř 12.000. Na jednoho lékaře tehdy připadlo 1219 obyvatel, v roce 1958 to bylo už jen 616, v roce 1993 to bylo 333 a před třemi lety 254.

Už od roku 1888 bylo v tehdejším Rakousku-Uhersku zdravotní pojištění založené stejně jako v současné době na principu solidarity. Povinné bylo pro zaměstnance průmyslu, živností a obchodu, platilo pro pojištěného i jeho rodinu. Tento systém přijalo i vznikající Československo. Pojištěna byla zhruba polovina veškerého obyvatelstva.

Pojistné platili napůl zaměstnanec a zaměstnavatel, tvořilo asi šest procent průměrné mzdy. U státních zaměstnanců, četníků a učitelů to bylo kolem dvou procent. Pojištěn byl i jednotlivé profese i kraje.

Problémy s hospodárností vynakládaných prostředků řešily tehdejší pojišťovny stejně jako dnes. Raději platily nemocnému návštěvu lékaře než pobyt v nemoc-

nici. „Vzhledem k tomu, že nemocniční léčení vyžaduje zvýšených nákladů, má nemocenská pojišťovna poskytovat toto léčení jen v případech skutečně potřebných a vhodných,“ píše se ve zdravotnické ročence z roku 1937. Soukromé zdravotní pojištění v Česku přežilo do 50. let, znovu bylo obnoveno po roce 1989. V současné době tvoří 13,5 procenta, třetinu platí zaměstnanec, zbytek zaměstnavatel.

„Systém pojištění a pojištěný byl docela podobný tomu dnešnímu. V řadě věcí bychom se mohli a měli inspirovat. I dnes by bylo ve prospěch pojištěnců posílit konkurenci pojišťoven a umožnit jim předkládat klientům pestřejší nabídky,“ řekl ČTK prezident Svazu zdravotních pojišťoven Ladislav Friedrich.

Článek vyšel 12. srpna na serveru České noviny, které provozuje ČTK.

Nelze být zdravý v rozbitém těle

Martin Ježek

Člověk, to je tělo a duše. Nemoci jsou pak nesouladem duše a těla – i tak se dá vyjádřit základní východisko psychosomatické medicíny.

Ať už si pod slovem duše představíme různé věci, je jisté, že psychické prožívání ovlivňuje tělo člověka. A není divu. „Nejnemocnější skupinou obyvatelstva jsou vysokoškoláci na začátku zkuškového období, kdy jim kolabuje imunitní systém. Proč? Vždyť imunitní systém jsou jen mašinky, co jezdí v těle, a hledají škodlivé bakterie! Ano, ale stres tohle všechno ovlivňuje,“ říká biolog a kněz Marek Vácha, přednosta Ústavu etiky na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Nemoc není trest

„Ve Starém zákoně byla běžná představa, že nemoc je následkem nějakého hříchu. A ještě v Novém zákoně se apoštolové ve scéně se slepcem ptají Krista, kdo zhřešil, on anebo jeho rodiče, že se narodil slepý. Ježíš musí pracně vysvětlovat, že takto to nefunguje. Ale i ve Starém zákoně je příběh, který tuto představu nemoci jako důsledku hříchu vyhadzuje do povětří: Job neudělal nic zlého, a přesto přichází o majetek a pak i o zdraví. Knihu můžeme chápat jako protest proti představě nemoci jako trestu za hříchy,“ vysvětluje Marek Vácha.

Klíč k léčbě není jen v hlavě

Občas je slyšet názor, že klíč k léčbě je ukryt v hlavě. S ním se dá vše zvládnout. „Existuje spousta nemocí, které mají nulovou souvislost s tím, jak člověk žije a co

cítí. Ano, pokud selže ta naše západní medicína, selže tento postup a jiný také a my vlastně přesně nevíme, co pacientovi je, můžeme začít uvažovat o psychosomatické. Ale módní zkratky, že všechno je v hlavě, jsou šarlatánstvím, ničím jiným,“ zdůrazňuje Marek Vácha. Říká ale, že hlava, vzdělání, intelekt a vůle nám může s trápením a chorobami pomoci. Podle něj psychika tisícerým způsobem ovlivňuje tělo a tělo zase psychiku, jak vědí všichni sportovci.

Spousta neznámého

Z dějin jsou známa nepochopitelná vyléčení nevyčleřitelných nemocí. Není to jen proto, že vlastně moc nevíme, jak nám psýché funguje?

„Medicína není fyzika. I když zůstaneme jen v té úzké oblasti měřitelná, spousta věcí ještě nevíme. Dobře, zvládli jsme třeba biochemii svalového stahu, tam už opravdu dramatické objevy nečekám. Na druhé straně, co se děje v mozku, netušíme ještě ani v principu. Jak přesně funguje paměť, kde se vezme příkaz, abyste zvedl ruku, když mozek jsou jen buňky, a podobně. A protože medicína není fyzika a nezabývá se částicemi, ale člověkem, tak každá léčba každého pacienta je unikátní. Jak vštěpujeme studentům, dobrý lékař léčí nemocí. Vynikající lékař léčí pacienta. To je ten základní rozdíl,“ říká Marek Vácha.

Pokora a důvěra

Dnes se ale medicína musí opírat o tvrdá a zdůvodnitelná data. „Ta tvrdá data a důkazy jsou skvělé! Díky nim máme epigenetiku a přečtené genomy kde čeho, díky nim jsme zavedli očkování a prodloužili délku lidského života. Že to není všechno, je věc druhá, ale lékaře nepodceňujeme. Do výbavy moderního lékaře by se jistě hodila trocha pokory, stejně jako by nám všem pacientům naopak prospěla trocha důvěry v ta tvrdá data a v medicínu založenou na důkazech.“

Lékařibymělimít podle Marka Váchy nasvé pacienty víc času, protože samotné setkání s lékařem je už kusterapie.

„Pokud to půjde, mohla by nastat určitá renesance rodných lékařů, kteří jsou obeznámeni se situací v rodině, znají pacienta jménem a znají i jeho kontext. To nelze dost docenit, protože zdraví je celek, anglické health, zdraví, souvisí s whole, celek, a s holy, svatý. Francouzsky je sain zdravý a saint svatý. Španělsky podobně. Pokud jsme na něco přišli, tak na to, že nelze být zdravý v rozbitém těle, v rozbité rodině, v rozbité společnosti a v rozbité přírodě,“ uzavírá Marek Vácha.

Lidové noviny, 17. října 2018.



Krev prostupuje mnoha obory medicíny 11. kongres České lékařské akademie

Richard Rokyta, prezident České lékařské akademie a prezident kongresu

Již 11. ročník multidisciplinárního kongresu České lékařské akademie se koná ve dnech 29. listopadu až 1. prosince v Mariánských Lázních. Jako vždy přinese nejnovější poznatky z oborů, v nichž mají členové České lékařské akademie velmi silnou pozici, ale také z oborů, které nám přiblíží další přizvaní experti. Snažíme se trvale postihovat poměrně široký záběr. V letošním roce jsme jako téma vybrali krev a kongres nese název Všechny odstíny šedi - krev blahodárná a nebezpečná. Krev totiž zasahuje do mnoha medicínských oborů. Ne všechny se nám jistě podaří pokrýt, ale pokusíme se přinést zcela nové poznatky a inspirace při léčení závažných onemocnění, která krev způsobuje, a které jsou na krev nějakým způsobem vázány.

Hned v úvodu kongresu vystoupí páter Beneš s přednáškou s názvem Metafyzický význam krve ve Starověkém Izraeli a raném křesťanství, profesor Höschl pohovoří o vrozeném a naučeném chování a dr. Čech se zmíní o významném českém vědci, jenž se zasloužil o klasifikaci krevních skupin - psychiatru prof. Jánském. Následovat bude mnoho dalších odborníků, jakou jsou profesor Bohumil Ošádal, profesor Pavel Pařko, docentka Vilma Marešová a řada dalších.

Věříme, že účast na našem kongresu účastníkům přinese mnoho nových poznatků, přátelských setkání, navázání nových spoluprací a podobně. Doufáme, že program všechny zúčastněné uspokojí a dostaví se v hojném počtu. Těšíme se nejen na setkávání v odborném programu, ale také na společenský večer s Lucií Sedlákovou Hůlovou a jejím Ensemble Lucis a na přednášku primáře Knáry o léčivých pramenech v Mariánských Lázních spojenou s číší dobrého vína ze Znovínu Znojmo. Neshledanou v Mariánských Lázních na přelomu listopadu a prosince.



TEXT

Buňky vyžadují trpělivost

Jaroslav Veis

Úryvek z knihy „Jsem takový pendler z Plzně“ věnované prof. MUDr. Richardu Rokytovi, DrSc., která vychází jako 6. svazek edice Osobnosti 3. LF UK.

Napadlo vás v dětství či časném mládí, že jednou pro vás bude tak říkajíc denním chlebem experiment?

Ne. Tenkrát jsem vůbec žádné pokusy dělat nechtěl. Vzpomínám jen, že za tatínkem chodíval tehdy student medicíny, později profesor Max Wenke a zkoušel v jeho ordinaci třeba šít psům potrhane obočí. Někdy jsem mu trochu pomáhal. Ale stát se experimentátorem jsem tenkrát opravdu netoužil.

Ale jednoho dne ten první experiment přišel. Pamatujete si na něj?

Ano, bylo to na medicíně. S Pepíkem Markem jsme na interně měřili amoniak v krvi. Pracovali jsme s krevními konzervami a v nich se nám amoniak zvyšoval, takže jsme dospěli k závěru, že není dobré krev dlouho skladovat. Zároveň jsme ho měřili u lidí nemocných žloutenku a ti ho měli taky zvýšený. Takže to byl můj první experiment, dokonce na člověku, respektive na lidské krvi. Potom, už jako pomocná vědecká síla na fyziologii a později i na patofyziologii, jsem už začal s pravidelnými pokusy na laboratorních zvířatech. Další impuls mi dodal docent Mysliveček, který byl velmi zkušený, a mě experimentování pod jeho vedením už hodně zajímalo a i bavilo. Nebyla to ještě touha dělat to, jen mě to bavilo. Experimentovali jsme především na psech a na krysách, později

dokonce na kočkách. Na interně jsme zároveň s Pepíkem Markem pořád dělali něco s krví. S vnitřním dilematem, zda interna, tedy spíše klinika, nebo experimentální patofyziologie jsem bojoval až do konce studia.

Učil vás tehdy někdo metodiku experimentu – zkrátka jak na to?

Přímo metodiku ne. Dělal jsem, co jsem okoukal, něco jsme si s kamarády vzájemně řekli. Ale nikdo nás tehdy nic takového neučil a bylo to škoda. Vzpomínám, jak jsem pak jednou, myslím, že to bylo v roce 1966, navštívil v Cambridgi svého pozdějšího přítele profesora Andrewa Huxleyho. Už tenkrát to byl nositel Nobelovy ceny za medicínu a fyziologii, dostal ji v roce 1963 spolu s profesory Alanem Hodginem a Johnem Ecclesem. Pozval mě do laboratoře, kde nebylo pro kouř z cigaret téměř vidět. Dělalí zrovna pokus na svaly, laboratorní zvíře byla kočka, opodál seděli tři medicí, já byl čtvrtý. Oni si mezi sebou něco povídali a občas někdo z nich řekl: „Pánové, na tohle se můžete podívat v té a té studii, tu si určitě přečtete.“ Takhle vypadala jejich výuka. V té době špičková výuka na té nejspičkovější univerzitě: možnost kopírovat skvělého vědce. Ale tady nikdo experimenty důsledně neučil, a pokud nepočítám obecné kurzy, ani dodnes neučí. Je to škoda.

Takže jsem třeba jezdil za starším kamarádem Honzou Šírovcem, který už se specializoval na farmakologii a pracoval u paní profesorky Raškové, odkoukával jsem, jak se to dělá na farmakologii a o totéž se snažil vždycky, když jsem přijel do nějakého akademického ústavu. Když jsem vyjel na nějaký kongres, využil jsem každé příležitosti se někam podívat, něco z techniky experimentů okoukat.

Omezovala v té době experimentování nějaká etická pravidla?

V Anglii určitě, tam byla odjakživa přísná. Royal Society for the Prevention of Cruelty on Animals tam založili už v půli 19. století. Lidi z RSPCA byli neobyčejně přísní, a když jsme večer končili experiment, drhli jsme podlahu, protože kdyby tam ráno uklízečky našly nějakou krev, tak by to žalovaly. RSPCA byla hodně silná a mohla vás i připravit o licenci experimentovat. Nikde jinde v Evropě, ani v Německu nebo ve Francii, se to tehdy tak přísně nebralo.

Prakticky všude se dělaly pokusy v rámci výuky medicíny, i já je zažil. My jsme samozřejmě experimenty vždycky prováděli s použitím narkózy, a i když nebylo zdaleka tolik pravidel, bylo tu povědomí etiky. Dnes už je spousta pevných norem, je tu všeobecná deklarace OSN na ochranu zvířat, každý ústav má etickou komisi, která povoluje experimenty. Řadu jich z etických důvodů i zamítne.

Bylo součástí onoho povědomí etiky vedle odmítání krutého zacházení s pokusnými zvířaty také omezení hranic experimentu, tak aby neohrožoval svými výsledky – tedy něco jako obavy z frankensteinovského syndromu? Nebo se tato omezení objevila až s rozvojem genové manipulace?

Existovala vždycky, i když to nebylo tak vyhraněné. Ale člověk to měl na paměti třeba při experimentech s mozkem a šedou mozkovou kůrou. Dnes je to podstatné zejména v kontextu s klonováním. Kdybychom to nechali volně plynout, nebylo by brzy tak složité naklonovat člověka.

Před pár lety jsme s jedním psychiatrem vymysleli výzkum vztahu mezi tím, že se ženy dožívají vyššího věku a zároveň častěji onemocní Alzheimerovou nemocí. Napadlo nás, jaký vliv by mělo, kdybychom ženám starším 75 let podávali injekčně testosteron. Etická komise Všeobecné fakultní nemocnice pokus zamítla s tím, že by mohl příliš ovlivnit jejich život, a to bez ohledu na jejich věk. Nápad to byl zajímavý, ale etická komise jednala správně, když nám to nepovolila. Nebylo možné vyloučit, že by u těch žen nedošlo k nežádoucím změnám. Tady se musí vědec omezit, nesmí experimentem ublížit.

Ale kdo ty hranice má určovat?

Mezinárodní společenství lékařů a biovědců. Ne politici a právníci. Právníci ať tomu jen dají rámeček. Tohle je jedním z velkých problémů dnešní vědy – kam až lze dojít a kdo o tom rozhodne. V Americe genetické pokusy zakázali, ale dělají se jinde a třeba v Koreji to přehnali. V téhle diskusi však musejí mít biologové velice silné slovo. A především, musejí ho chtít mít.

Narazil jste někdy na někoho, kdo tohle ctít nechtěl a říkal, já si budu dělat, co chci?

Vždycky byli agilní Italové, snad proto, že tam tolik věcí svazuje katolická církev. Anglosasové v tom byli kupodivu vždycky mnohem přísnější. Na žádného doktora Moreaua, jak ho popsal klasik H. G. Wells, jsem ale

nenarazil. Ale věřím, že v Americe leckdo může být na omezování experimentů naštvaný – mít k dispozici tak vynikající technologii a kolem sebe tolik omezujících nařízení.

Projekt sekvenování lidského genomu, který byl před patnácti lety úspěšně dokončen, se rozběhl právě ve vyvažování možností vědy a etických, právních či společenských omezení. Jen naoktrojovat omezení nelze, zvítězit musí zdravý rozum. Srovnal bych to s dohadováním se o omezování exhalací. Trvalo léta, než zvítězil zdravý rozum – i když pak bohužel přišel Donald Trump s tím, že na všechno kašle. Podobný Trump se našťestí zatím mezi experimentátory neobjevil.

Ještě o omezení experimentu – nedochází k němu někdy proto, že se experimentátor soustředí na prokázání hypotézy, věnuje se jen jemu a přehlédne zásadní význam výsledku, který do ní nezapadá?

Nemyslím, že by to bylo podstatné. I když máte třeba konkrétní cíl, zaměříte se dejme tomu na jednu oblast mozku zodpovídající za neuropatickou bolest, pořád to neznamena, že si nevšímate záležitostí kolem. Ale můžeme si připomenout jiná omezení, daná cílem bádání, třeba ideologická. Stalo se to v padesátých letech, když profesor Milan Hašek pracoval na problematice imunologické snášenlivosti a výsledky jeho experimentů neodpovídaly jeho až bigotní komunistické víře v lysenkovské pseudoteorie. Na Nobelovu cenu s podobnými výsledky dosáhl Peter Medawar.

A co opačné případy, kdy experimentátor přijde na něco zásadního, aniž to hledal?

V blízkosti takového nečekaného objevu jsem se jednou octl sám. Bylo to v Institutu Marey. V rámci experi-

mentální léčby jsme hledali v talamu určité místo, kde by mohla sídlit bolest, a věděli jsme, že když tam budeme stimulovat nervové spojení, bolest zmizí. „Ostřelovali“ jsme to, ale nikdy se nám to nezdařilo úplně. A pak kolega Ben Abid z Grenoblu, který také zrovna pracoval u profesorky Albe-Fessardové a také to zkoušel v talamu najít, pracoval se skleněnou elektrodou, která se mu zlomila kousek od talamu. A on si řekl, když už tam jsem, zkusím stimulaci tady. Začal – a pacient, který trpěl Parkinsonovou chorobou, se najednou přestal třást. Náhodně tak objevil oblast, která se jmenuje *nucleus subthalamicus (Corpus Luise)*, která se dnes využívá při léčení parkinsonického třesu. Parkinsonovu nemoc sice neléčí, ale pacient se přestane třást. Takže další příklad náhodného objevu, který se dnes úspěšně využívá po celém světě. Byl jsem kousek od toho, pracoval jsem s Ben Abidem v jedné laboratoři, ale nepřišel jsem na to a ani jsem to nehledal.

Jakou roli při experimentu hraje i rychlost, konkurence, snaha první publikovat a předstihnout další, kdo na tématu, které ‚visí ve vzduchu‘, pracují?

Nemyslím, že zásadní. Děláte prostě něco, co vás zajímá, na co jste se připravili studiem literatury, znáte další lidi, kteří pracují na podobných tématech, někdy vás ti lidé i zklamou. Když jsem přijel v roce 1968 poprvé do Ameriky, byl tam jistý profesor Purpura. Pozval mě, abych něco přednášel, a já pak jsem si za rok v odborném časopise přečetl, že tam dělají právě to, co jsem jim přednášel. Pro nás to tehdy bylo technicky neřešitelné, oni naše myšlenky použili a udělali to.

Jaký jste z toho pak měl pocit?

Vlastně nakonec svým způsobem dobrý. Já bych to v rámci možností, které jsme tu měli, nejspíš neudělal.



Prostě se tu projevilo, že vzdálenost mezi nápadem a technickými možnostmi může být tak velká, že může zásadně ovlivnit prioritu.

To může docela demotivovat. Platí vůbec ještě, že náhoda přeje připraveným?

Platí. Jsou velké věci, které visí ve vzduchu, tušíte je, ale víte, že se budou dělat jinde. Stejně se však nesmíte přestat tématem zabývat jen proto, že víte, že ve světě je pár špičkových laboratoří, které to také dělají, a nikdo jiný se jim nevyrovná. Musíte to dělat, abyste vůbec rozuměl, o co jde. Abyste byl připraven vůbec poznat, že objev přichází.

V Bostonu pracuje doktor Pomahač, od nedávna člen České lékařské akademie. Dělá věci, na které můžeme s úctou hledět, ale víme, že my to tu nemůžeme nikdy dělat. Jen příprava transplantace, které dělá, vyžaduje spolupráci stovek lidí. To si může dovolit Harvard Medical School, má na to peníze i lidi.

Řekl bych, že právě díky těmto omezením pro českou biologickou vědu platí, že tu můžeme dobře dělat věci, které bych nazval drobnými vtípnostmi. Na to jsme zvyklí, to umíme. I když třeba lidé jako profesor Fulka dokážou pracovat na světové úrovni i tady, na opravdu zásadní věci s našimi finančními prostředky nestačíme.

Přesto je základní vědecký výzkum důležitý i u nás. Udržíme povědomí, co a jak se dělá, učí tomu rozumět příslušnou vědeckou komunitu, učí ji používat přístroje, interpretovat výsledky. Nejhorší ze všeho by bylo základní výzkum vzdát. Kdysi to chtěl komunistický premiér Štrougal, kterému stačilo, co se dělalo v Sovětském svazu. Byl to nesmysl. Ale stejný nesmysl je dnes říkat, že základní výzkum by měli dělat jen v Americe.

Může v přírodních vědách ještě přežívat osamělý génius, který po nocích sám bádá a nakonec udělá světový objev? Nebo je věda dnes už zásadně týmová záležitost?

Záleží na tom, jak osamělého génia chápete. Ten romantický typ z devatenáctého století asi dnes nemůže fungovat. Jenže on takový profesor Holý byl rovněž svým způsobem osamělý génius, který ovšem kolem sebe měl tým třiceti pracovitých lidí. Roli může sehrát, jak už jsme si říkali, i náhoda – s nadsázkou řekněme, že přijedete z prázdnin a na stole v laboratoři najdete zapomenutou Petriho misku, kde zatím vyrostlo něco jako nové penicillium, abych parafrázoval sira Alexandera Fleminga. Ale pak se pustíte do práce – ne sám, nýbrž s týmem. Řekl bych to tak, že dnes může existovat génius, který je na počátku sám, ale pak se rychle obklopí týmem. Já sám jsem vždycky stál o to pracovat v týmu.

Co vědec potřebuje k tomu, aby byl úspěšný experimentátor, víc – odvahu, nebo trpělivost?

Obojí, i když v jistém pořadí. Na začátku odvahu, aby se do experimentu vůbec pustil. Potom trpělivost, aby ho dokončil. Spousta lidí se dožila svých objevů, teprve když je vydrželi dělat dost dlouho. Systematicky sledovali nějakou věc, pořád ji zkoušeli, někdy den co den. Kdo chce experimentovat, musí počítat s tím, že bude v laboratoři do noci. Má zkušenost je, že v biologickém výzkumu rychlá náhoda neexistuje, buňky vyžadují trpělivost.

Ovlivnilo to, že experimentuje se zvířaty, váš vztah k nim?

Když jsem začínal v Plzni, měli jsme ještě laboratorní psy. Dneska už se se psy neexperimentuje,

prakticky všechno se zkouší na potkanech a na myších. Což není vždycky ten nejlepší model, prasata, psi nebo kočky jsou přece jen člověku bližší. Zato se to vnímá jako méně problematické.

Dělal jsem taky hodně pokusů na opicích. S nimi se časem člověk skamarádí a to je pak těžké. Ony na vás dokážou být i naštvané.

Ještě s nimi experimentujete?

Ano. Ale pokusy, které na nich děláme, jsou takové něžné, dalo by se říct.

Něžné pokusy?

Zkoušíme na nich například paměť. Nikdo jim neotevívá lebku a neexperimentuje uvnitř. Ale dělávaly se i takové experimenty. Dnes by lidé člověka, který by je dělal, sežrali zaživa.

Jak se vlastně proměnil vztah veřejnosti k experimentům se zvířaty za těch šest desítek let, co se experimentováním zabýváte?

Nesmírně. Zpočátku to byla obyčejná zvědavost, co se ve vědě děje, a ochránci zvířat stáli stranou. Ale pak se z toho stalo politikum a významnou roli v té proměně sehrála počátkem sedmdesátých let stárnoucí sexbomba Brigitte Bardotová.

Někdy dokázali odmítači pokusů způsobit i hodně velké problémy samotným pokusným zvířatům. Aktivisté kdysi napadli výzkumné centrum v Marseille, kde ortopedi právě zahajovali éru osteosyntéz. Zjistili, že když zlomenou kost spojí dráty a šrouby, lze ji dříve používat, a tudíž chodit. Zlomenina se sice hojí pomaleji, ale když člověk chodí, snižuje se nebezpečí embolie. V Marseille tehdy probíhal rozsáhlý výzkum na psech,

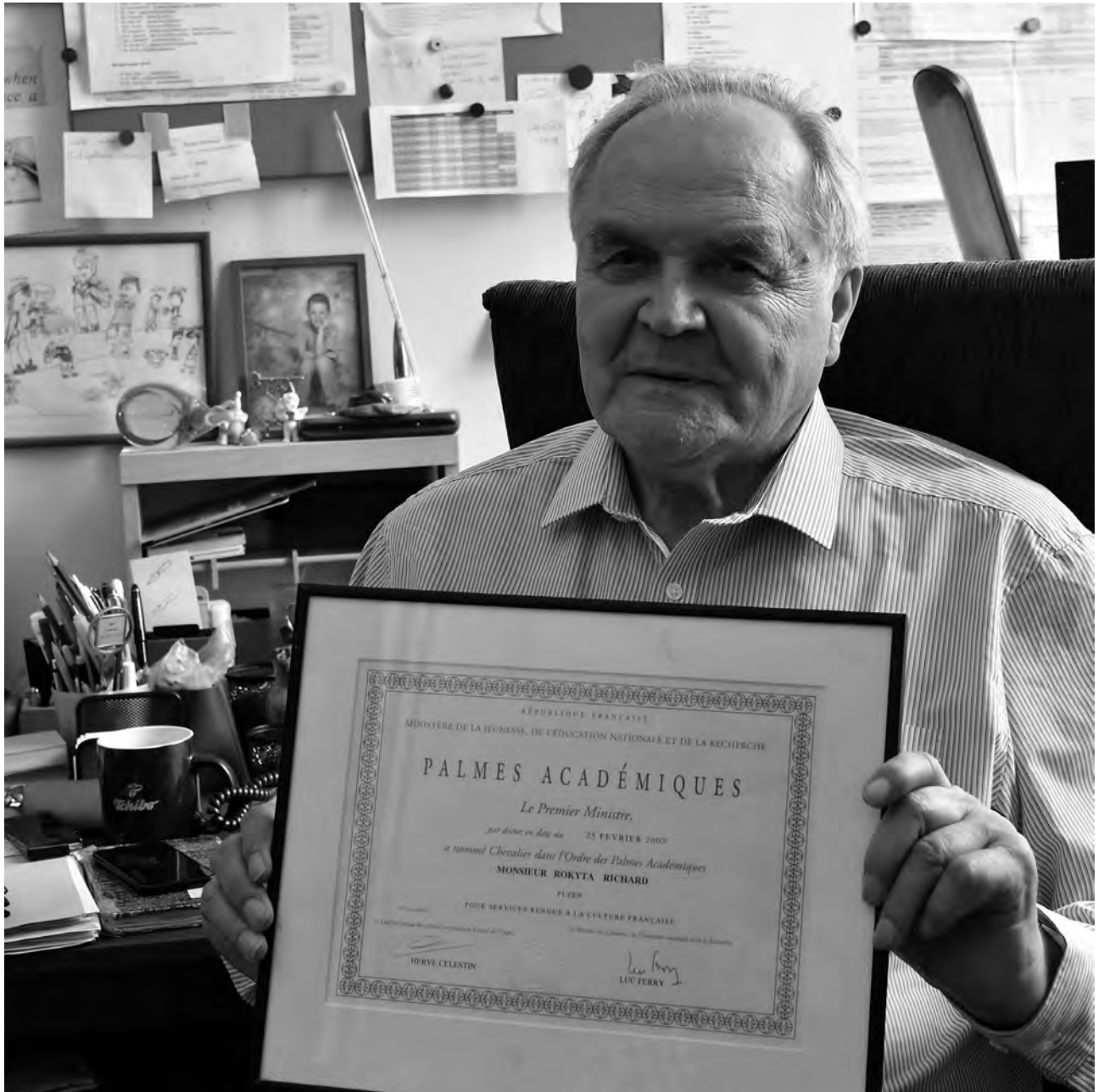
kterým ovšem museli nejdříve zlomit nožičky. Aktivisté operovaný psinec vypustili do ulic – 500 psů se zasádrovanýma nohama, kterým to samozřejmě víc ublížilo, než pomohlo. Výzkum se tenkrát na nějakou chvíli zastavil, ale osteosyntéza jako metoda nakonec zvítězila.

Je snadné se proti těm pokusům stavět. Jenže 80 % medicínských objevů souvisí s experimenty na zvířatech. Z nich pak 65 % se dělá v mém oboru, v neurofyzilogii. Pokroky v psychiatrii, neurologii, neurochirurgii pocházejí především z experimentování na zvířatech. Teprve potom se to zkouší na lidech.

Byl jsem kdysi v Anglii s kamarádem Mirkem Novákem, který pracoval u slavného brněnského kardiologa profesora Navrátila. Než začal Navrátil operovat srdeční chlopně nemocným dětem, odoperoval asi tisíc psů. Když jsme tenkrát chodili po laboratořích a špitálech, ptali jsme se na experimentování a oni nám říkali, že na psech dělat nesmějí, že to musí zkoušet rovnou na dětech. Výsledkem nutně byla nezbytná úmrtnost, zatímco Navrátil, který si to mohl nesčetněkrát zkusit na psech, měl úmrtnost téměř nulovou. Revoluční operace bez experimentu na zvířatech je zkrátka mnohem riskantnější.

Jednu dobu se také tvrdilo, že experiment lze nahradit počítačovými modely. Vypočítat se dá ledacos, ale biologickou variabilitu nahradit nelze. Biologický pokus je nenahraditelný.

Srovnat se s tím je určitě pro hodně lidí složité. Ale často jen proto, že o věcech neuvažujeme v celém kontextu. Napadlo mě to nedávno, když jsem viděl kuchaře, jak připravuje právě ulovenou chobotnici. Vzal ji a dost dlouho s ní mlátil o zem, aby maso nebylo gumové. Kdekdo si řekne, že kuchař ji prvním úderem usmrtí nebo alespoň omráčí a ona nic necítí. Jenomže kdo zná



kontext, ví, že chobotnice nemají mozek v pravém slova smyslu, nýbrž neobyčejně rozvinutou periferní nervovou soustavu a my vůbec nevíme, jak její receptory na ty údery reagují, i když má být mrtvá.

Jakou roli v neurofyziologickém výzkumu hrají počítače?

Jako všeobecně ve vědě, jsou rozhodně neocenitelné. Ale finální experiment musí být biologický. Na zvířeti. Variabilita mozku je nenahraditelná.

Máte nějaké zlaté pravidlo experimentu, které bylo nutno vždy dodržet?

Ne. Snad jediné, aby experiment nikomu neuškodil. Což od člověka, který pracuje s bolestí a zkoumá, jak ji lze léčit, může znít zvláště – to přece nejde dělat tak, aby to nebolelo. Jistě, nějak to bolet musí, ale nemusí to být moc a pacientovi to musíte vysvětlit. A navíc, k nám se dostanou obvykle lidé právě proto, že je něco hodně bolí. Dalo by se říct, že naši pacienti jsou vlastně cosi jako kontrolní skupina. My je léčíme a to, že léčba byla úspěšná, zjistíme tím, že už je to nebolí. Nehledáme lidi, které nic nebolí, a my jim pak v rámci výzkumu bolest eventuálně vytvoříme.

Musíte lidi hodně přesvědčovat, aby se výzkumu zúčastnili?

Vždycky se lze domluvit, bez souhlasu nelze nic dělat. Děláme třeba mozkové stimulace magnetickým polem nebo elektrickým proudem, které nebolí, tam se vždycky domluvíme. Někdo ale bývá naštvaný, že to hned nezabere a že se to musí dělat pětkrát za sebou.

Mimochodem, zásahy přímo v mozku nebolí, jen je vnímáte. Když chcete operovat nebo zkoumat aktivitu

mozkových buněk, musíte použít anestezii jen k tomu, abyste k němu pronikli skrz pokožku, svaly a lebeční kost. Operatér či vědec naopak často potřebuje, aby pacient vnímal, kde v mozku zasahuje, a spolupracoval s ním. Je to paradox: v mozku, který je cílem všech bolestí, se můžete při operaci nebo experimentu s nadsázkou ‚promenovat‘, jen nesmíte zasáhnout nějakou jinou tkáň.

Když se řekne bolest, vybaví se souběžně i anestezie. Kam byste ji na škále nejdůležitějších medicínských objevů zařadil?

Hodně vysoko. Rok 1846, kdy ji poprvé u člověka průkazně použil americký lékař Thomas G. Morton, považuju ji za jeden z nejdůležitějších mezníků ve vývoji medicíny. Bez anestezie by se nepochybně nemohly do dnešní podoby rozvinout chirurgické obory, a nejen ony. A samozřejmě, také řada experimentů by vypadala jinak. Když dělal své pokusy Purkyně, byla to vlastně vivisekce. V té době ještě nikdo netušil, že by něco jako narkóza mohlo existovat.

Vivisekce... Na tohle slovo člověk dnes narazí snad jen v románu z viktoriánské doby.

Tohle slovo vzniklo koncem 17. století, právě když se začalo více experimentovat se zvířaty. Přesně popisovalo, o co šlo, ‚rozřezávání zaživa‘. I tenkrát to bylo trochu na hraně. Zakladatel naší fyziologické tradice Jan Evangelista Purkyně dělal své experimenty tak napůl na černo. Ale taky je, když to bylo možné, dělal na sobě, nechtěl nikoho trápit. Claude Bernard už měl k dispozici anestezii a také posunul medicínu úplně jinam.

Lze vliv zavedení anestezie srovnat třeba s vlivem, jaký má dnes na medicínu genetika?

Určitě. Z praktického hlediska má podle mého názoru dokonce ještě pořád větší vliv. Anestezie je každodenní záležitost, o to jde.

Je smyslem experimentu vždy jen objev nebo nález důkazu, že teorie je správná, tedy potvrzení hypotézy?

Podstatné je publikovat všechny výsledky, úspěšné i neúspěšné. Smyslem experimentu je totiž nejen objevovat, ale i nacházet pravdu. Nové je nejen to pozitivní, ale i to negativní, nepříznivé, avšak pravdivé. Což se ovšem ne každému chce publikovat. Souvisí to s tím, že většina výzkumu je financována firmami a firmy o negativní výsledky nestojí. Jenže dnes už existují časopisy, které publikují i negativní výsledky, dokonce jsou na negativní výsledky specializované. Což je velmi důležité. I negativní výsledky ukazují cestu vpřed.

Jak pohlížíte na experimenty ve vědeckých oborech, které nejsou tak tvrdé jako přírodní, ale řekněme, abychom zůstali u této škály, jsou polotvrdé. Tedy například psychologické experimenty, jako je slavný Zimbardův, zvaný také stanfordský. Zrovna ten byl nedávno zpochybněn, stejně jako podobně citovaný Mischelův Marshmallow test.

Myslím, že zpochybnování i takových experimentů není na místě. Třeba nejsou v daném případě vedeny tak exaktní vědeckou metodou, pořád ale mají vědecký cíl a své oprávnění tedy mají. My neurofyziologové však míváme s psychology jiný problém. Používáme mnohem přesnější nomenklaturu. Psycholog může být v popisu rozkošatělý, já potřebuju vědět, které centrum v mozku je zodpovědné za co. Psychologické zkoumání je vlastně polygenní záležitost. Malér nastane, když lidé utíkají

od racionální evidence-based medicíny a když nevědí, jak něco vysvětlit, pustí se do psychologizace. Nedávno jsem četl článek Radkina Honzáka o placebo efektu. Končil tím, že placebo je dobré na všechno. To není pravda. Placebo efekt je důležitý, ale na vlastní nemoc nemá žádný kauzální specifický účinek.

Který z vašich vlastních experimentů se vám nejvíc uchoval v paměti?

To bylo ve Francii, kde jsme pracovali na opicích, které tehdy byly neobyčejně divoké. Implantovali jsme jim pod narkózou do mozku elektrody. Pak, už ve stavu bdělosti, jsme elektrody snímali. Opice byly tehdy úplně zuřivé, vzteklé, házely po nás banány, jablka, co jim přišlo pod ruku. V té době se objevil nový lék, ketamin. My jsme jim ho injekčně podali a rázem se všechno úplně změnilo. Během okamžiku se nechaly vodit za ruku. Ketaminová éra byla úžasně úspěšná, v anestezii znamenala obrat. Měla samozřejmě i své problémy, pacienti mívali halucinace. Ale v experimentu to byla revoluce.

Nejdramatičtější experiment?

Snad když nám jednou v průběhu experimentu utekla opice do Boulogneského lesíka a my ji tři hodiny s baterkami honili mezi lehkými děvami, které se tam právě věnovaly výkonu své profese... Veterináři ani hasiči ji nedokázali uspávací střelou strefit. Nakonec jsme ji chytili do sítě.

A který byl nejobtížnější?

Obtížné byly všechny pokusy, které trvaly delší dobu, třeba tři dny. Takové pokusy se dělávaly i v Plzni, tam jsme i přespávali.

Nejlepší experimentátoři, na které jste narazil?

Bylo jich víc. Určitě profesorka Albe-Fessardová. Předtím v Plzni Jaromír Mysliveček. Taky Andrew Huxley. A samozřejmě Ladislav Vyklický.

Existuje ještě prostor pro nějaký opravdu významný medicínský objev?

Nejspíš ve spolupráci oborů. V medicíně se pořád odehrává souboj (i spolupráce) mezi genetickým a epigenetickým, tedy tím, co pochází z vnějšího prostředí. Názor, co je podstatnější, se v čase přelévá. Byly doby, kdy se říkalo, že genetika není podstatná, a do hlubin absurdity toto tvrzení dovedli Lysenko s Lepešinskou. Pak zase začalo platit, že genetika je vše a epigenetika nic. Až později přišli psychiatři s tím, že je to tak napůl.

Myslím, že dnes se zabýváme epigenetickými faktory méně, než si zaslouží. Až moc jsme si mysleli, že když přečteme všechny geny, stane se klíčem ke každé nemoci určitý gen. Jenomže nemoci jsou naneštěstí polygenní, což věc dost komplikuje. Neumíme si odpovědět na spoustu takových docela obyčejných záhad: proč třeba zrzaví lidé i zvířata víc krvácejí. Ze zkušenosti však víme, že zrzavá rodička může znamenat nečekané problémy při porodu a se zrzavou kočkou bylo lepší neexperimentovat, protože ztratí moc krve. Nevíme, proč jsou na severu jiné choroby než na jihu. A epigenetika do toho vnáší ještě víc problémů.

Je toho pořád ještě hodně, co známe ze všeho nejlépe právě ze zkušenosti. Když čtete staré knížky Josefa Thomayera a jeho současníků, musíte obdivovat, co všechno ti chlapi ze zkušenosti věděli a dokázali zobecnit. I když o genetice vlastně nevěděli skoro nic.

Bolest je stará jak život sám, věda o ní je však hodně mladá. Dokonce nemá tradiční název latinského či řeckého původu, výraz algeziologie se objevuje až v nedávných letech. Proč se otcové medicíny bolesti nevěnovali?

Že se jí nevěnovali, není tak zcela pravda. Už Hippokrates se jí snažil tlumit. Vínem, zevně i zevnitř. Něco na tom je, alkohol, který víno obsahuje, působí jako analgetikum. Hippokrates je také autorem známé věty *Sedare dolore divinum est*, tišit bolest je božské.

Tišit – proč ne léčit?

Protože bolest byla dlouho vnímána jediným způsobem, jako signál – zranění, zánětu, chorobného procesu. Tedy akutní bolest. Cílem léčby logicky proto bylo odstranění její příčiny, bolest sama se tišila. Takže tisící účinky opioidů a jejich alkaloidů znal svět celá tisíciletí, dávno předtím, než byly popsány mechanismy jejich působení na centrální nervový systém, než přišel objev endogenních opioidů a než se je farmakologové naučili syntetizovat.

O léčení bolesti je proto možno uvažovat až poté, co ji začali fyziologové, patologičtí fyziologové a neurovědci důkladně zkoumat, kdy se prokázala existence genů pro bolest a kdy se začalo důsledně rozlišovat mezi akutní, tedy signální bolestí a chronickou bolestí, která sama o sobě už je chorobou a zdaleka ne vzácnou. Americké studie odhadují, že chronickou bolestí v nejrůznější intenzitě trpí na sto milionů Američanů. To je třetina populace a tentýž poměr samozřejmě platí i jinde na světě.

Faktický výzkum bolesti se začal rozvíjet až na přelomu 50. a 60. let minulého století, kdy se začaly v neurofyziologii využívat nové experimentální pří-

stupy, zejména snímání elektrické aktivity mozkových a míšních buněk. A já dostal neobyčejnou příležitost být u jeho zrodu téměř od samého počátku.

Lze si představit život zcela ‚bezbolestný‘?

Opět je třeba rozlišovat. Schopnost vnímat akutní, tedy signální bolest je vlastně životní nezbytností. Různí jedinci mají její práh nastaven různě vysoko, avšak neobjedou se bez ní. Narodit se bez schopnosti vnímat bolest je velmi nebezpečné, i když se to ve velmi vzácných případech stává. Takové dítě si může klidně ukousnout jazyk dřív, než se naučí mluvit. Pokud jde o bolest chronickou, pak ta třetina lidí, která jí trpí, nepochybně okamžitě zvolá, že bez té se rozhodně žít dá a mnohem lépe.

Jak lze chronickou bolest definovat?

Je to stav, kdy primární příčina bolesti už zanikla, avšak bolest přetrvává, chronifikuje se a sama o sobě se stává nemocí, tedy nosologickou jednotkou, *nos suis generis*, jak říkáme v medicíně. Zda k ní má člověk předpoklady, je dáno jeho genetikou.

Jak a kdy se tedy začala chronická bolest kromě pouhého tišení i opravdu léčit?

Tak jednoduše, jak se ptáte, se to říct nedá. Ale určitě velkou roli sehrál rozvoj farmakologie, přišly substance, které cílí přímo na receptory bolesti. Příkladem mohou být třeba kapsaiciny, látky, které známe z extrémně pálivých chilli papriček, mají na tyto receptory překvapivě vysoký účinek. Vyvíjely se i metody aplikace, vedle tradičních pilulek a injekcí to jsou i náplasti s neobyčejně dlouho trvajícím účinkem. A vždy bylo důležité jejich přesně cílené využívání.

Chronickou bolest totiž nelze v žádném případě léčit plošně. K čemu to může vést, názorně dokazuje opioidová epidemie – tak se to opravdu nazývá – ve Spojených státech amerických, kde začali praktičtí lékaři ve velkém předepisovat syntetické opioidy. Souvisí to, mimochodem, se vstupem byznysu do medicíny, o kterém už jsme mluvili. Předepsat syntetický opioid oxykodon je mnohem levnější než cíleně léčit chronickou bolest, a tak to ráda schválí kterákoli zdravotní pojišťovna na světě. Výsledkem je dnes ve Spojených státech takový nárůst závislosti na opioidech, že počet jeho obětí je vyšší než počet obětí dopravních nehod.

Tedy farmakologické léčení bolesti jako slepá ulička?

Farmakologie má a bude mít v léčení chronické bolesti nezastupitelný význam. Jde o to, jakým způsobem nebo s jakou obezřetností jsou její poznatky využívány.

Jaký názor máte na využívání psychoterapie při léčbě bolesti?

Vůbec ji nezavrhuji. Psychoterapií lze stimulovat naše endogenní opioidy, třeba betaendorfin nebo endomorfin. I když nesouhlasím s tím, že účinky placebo jsou všeobecné, rozhodně má minimálně krátkodobé účinky. Nelze vyloučit, že v budoucnosti dojde i k výraznějšímu rozvoji psychoterapeutických metod, které dokáží stimulovat endogenní opioidy ještě mnohem účinněji. A opět tu platí, že ani očekávání nesmí být plošná.

Kterou z metod léčení chronické bolesti považujete za nejnadějnější?

Velkou budoucnost mají podle mého názoru neuromodulace, elektrická i magnetická stimulace přesně



zacílených oblastí v mozku. Samozřejmě je to opět velice variabilní a individuální.

Mají dnes lékaři, kterým je tolik, jako bylo vám, když jste se bolestí začal zabývat, o toto téma zájem?

Neřekl bych, že moc velký. Před časem jsem přednášel v postgraduálním kurzu experimentální chirurgie, bylo tam přes dvacet mladých lékařů, většinou chirurgů, a za celou dobu si neudělali jedinou poznámku, nepoložili jedinou otázku. Jako kdyby si to chtěli jen odsedět, protože z toho musí udělat zkoušku. A přitom bolest je součástí každé medicínské disciplíny a chirurgických oborů zvlášť.

Když se ohlédnete zpět – nechybí vám někdy, že jste se vydal na dráhu vědce, a nikoli klinika, takže váš pocit úspěchu či uspokojení, že se vám podařilo pacienta vyléčit, není nikdy tak bezprostřední?

Někdy mi to scházelo, zvlášť když kolem mě v rodině jsou samí klinici a žádný experimentátor. Ale dokud to šlo, dopřával jsem si to alespoň během svého prázdninového hostování jako praktický lékař na dráze. Avšak na druhé straně jsem měl jiné radosti. Z povedených experimentů, i z těch nepovedených nebo prostě nenápadných. Mít jako životní náplň vědu není tak špatné. Neboť, jak píše Purkyně: Žádný výzkum není tak nepatrný, aby nepodal při důkladném zkoumání něco závažného.

Když jsem se na náš rozhovor připravoval, narazil jsem zase na citát z George Orwella. který říká, že lidstvo si dovede představit jen dvě podoby štěstí – úlevu od námahy a úlevu od bolesti.

Vážně? Ale já znám i spoustu jiných podob štěstí.

Bojíte se bolesti?

Ne, bolesti jako takové se nebojím. Injekce ale nesnáším.



RES PUBLICA

Červený koberec

Marek Vácha

Někdy na přelomu milénia jsme začali být dostatečně sebevědomí, abychom si troufli na genovou terapii. Optimismus ale rychle ochladl, když se ukázalo, že prostá výměna genů nikoho neuzdraví. A co hůř: někteří pacienti nepodlehli ani tak své nemoci, jako následkům genové léčby. Na obor začal padat prach a nastalo čekání na chvíli, kdy lépe porozumíme tomu, co přesně se vlastně v buňkách děje.

Co se nezměnilo, byla Úmluva o lidských právech a biomedicíně (1997), jednoznačně nejdůležitější bioetický text současné Evropy, který v článku 13 stanoví, že „zásah, směřující ke změně lidského genomu, lze provádět pouze pro preventivní, diagnostické nebo léčebné účely, a to pouze tehdy, není-li jeho cílem jakákoliv změna genomu některého z potomků“. Přeloženo do češtiny: podepíší-li informovaný souhlas, může na mně lékař vyzkoušet i genovou terapii. Ale pouze za podmínky, že jeho pokusy zemřou spolu se mnou. Nesmí tedy být zasaženy pohlavní buňky, aby změnu nemohli zdědit potomci.

Pozdvižení vyvolal až nenápadný článek z dubna 2015, v němž čínští výzkumníci popisovali, s jakými neúspěchy testovali „genové nůžky“ CRISPR/Cas9 na lidských embryích, která zbyla v mrazácích reprodukčních klinik. Problém zdánlivě nevinného textu spočíval v tom, že badatelé použili embrya, u kterých ještě nedošlo k rozlišení na somatické a pohlavní buňky. Obavy se Číňané snažili mírnit slibem, že v případě úspěchu by samozřejmě za nic na světě nedopustili, aby někdo embrya upravená už v tomto stadiu vývoje transferoval do dělohy budoucí matky.

1. února 2016 se rozhodli Britové, že budou vědce z Říše středu následovat. S předstihem se přitom veřejně zavázali, že použijí jen embrya mladší sedmi dnů, pouze pro vědecké účely a po pokusech je zničí. Zaklínali se, že nedovolí, aby je kdokoli transferoval do dělohy budoucí matky.

Kdo zná historii lékařské etiky, nemohl ovšem ani na chvíli pochybovat, že až badatelé technologii CRISPR lépe zvládnou, uvidíme, jak se 13. článek Oviedské deklarace otřásá v základech. Jen si asi nikdo nedokázal tak úplně představit, jak rychle všechno půjde.

17. července 2018 britský The Nuffield Council on Bioethics ve své zprávě uvedl, že v editování genomu embryí a v jejich následném transferu do dělohy budoucí matky nevidí žádný morální problém. Samozřejmě za předpokladu, že budou dodržena obvyklá opatření: vše bude jen ku prospěchu embrya, nedojde k žádné sociální diskriminaci, rozhodovat se bude případ od případu. A tak dále a tak podobně.

Ke změně zákona sice ještě nedošlo, ale – jak věc charakterizovala Marcy Darnovská z The Center for Genetics and Society v Kalifornii – pokud v Británii projde, bude představovat natažení červeného koberce pro nejrozmanitější kosmetická a jiná neterapeutická vylepšení. Otázka pro čtenáře: pokud byste v budoucnu mohli mít dítě – vymýšlím si – s blond vlasy a o desetinu lepší paměti, odolali byste?

Lidové noviny, Orientace, 4. srpna 2018. Autor je přednostou Ústavu etiky a humanitních studií 3. LF UK.

Muž s deštníkem

Jiří Hanák

Pevně jako skála stála většinová česká společnost v devatenáctém století ve víře v mužnou a literární zdatnost svých dávných předků. Vždyť to přece potvrzovaly náhodně nalezené rukopisy Královédvorský a Zelenohorský! Není tedy divu, že když skupina profesorů kolem T. G. Masaryka (dnes by je Hrad asi označil za kavárenské povaleče) přišla s důkazy, že jsou to padělky, rozpoutala se bouře a národ povstal. Od závozníků až po vzdělance (např. literáti Neruda, Heyduk, Krásnohorská) včetně vlastenčících novin. A Masaryk se dočítal a doslychal, že je zrůda, kterou snad ani česká matka porodit nemohla. Musel vědět, co se stane, když otevíral stavidla pravdě. Nemohl však dopustit, aby národ, vážící si sám sebe, budoval svoji identitu na lži padělků. O několik málo let později povolala T. G. M. do zbraně vzedmutá středověká pověra české společnosti o židovských rituálních vraždách křesťanských panen ku získání jejich krve do pesach macesů. Roznětkou k výbuchu byl hrdelní ortel nad židovským pobudou Hilsnerem, obžalovaným z vraždy služky Hružové u Polné. Jak konstatoval tehdejší koroner a jak bylo hodně citováno, tělo mrtvé bylo nezvykle „vykrvené“. A bylo před svátky pesach!

Masaryk v časové tísní napsal článek „Nutnost revidovat proces polenský“. Aby mohl vyjít, musel být nejdříve imunizován přečtením ve vídeňské sněmovně, v čemž pomohli sociální demokraté. Co na to dnešní Lidový dům? Jaká to ztráta preferencí!

Rozpoutal se parforsní hon na Masaryka. Jeho žáci mu dokonce před přednáškou napsali na tabuli „Na Ma-

sarykovi by se ani žid Hilsner košerákem české krve nedořezal“. Kočičiny před jeho bytem. Vytloukání oken. T. G. M. zaváhal, ale neustoupil. Ptali se ho přátelé, jak to snáší. „Jako když prší. Rozevřu deštník a jdu dál,“ odpověděl. A opět zvítězil.

Kde ale dnes vzít takového muže s deštníkem? K jeho odkazu hlásí se kde kdo, dokonce i Hrad, ale to už je jen černý humor. Česká společnost, sycená trolly všeho druhu, nevěřící už ani sama sobě, podléhá xenofobním nahnědlým paviánům až do tragikomična. Navíc místopředseda ČSSD Foldyna, srbský polomigrant, hovoří o německé kancléřce jako o „té babě“. Kandidát ODS do Senátu Polosyřan Nwelati zvolil heslo stop cizincům. Slovenský migrant premiér Babiš, politicky se pářící s takovými exoty, jako je maďarský premiér Orbán, volá „ani jednoho uprchlíka“. A české zájmy nejvíce hlídá japonský migrant Okamura, který nechce slyšet v Česku hlas muezzina. To všechno nás odstrkuje do jakési rítě Evropy.

Kde vzít muže s deštníkem? Dokud politici vůbec a šéfové stran obzvláště nebudou vychovávat občany a své voliče ve smyslu odkazu muže s deštníkem, marné hledání. Dokud si budou počínat jako Budulínci, jen pádící na hřbetě lišky v honbě za preferencemi, lépe nebude. Ať už říká ANO či kdokoliv cokoliv.

Lidové noviny, 18. srpna. Autor je přední český komentátor.



Kafkonomie aneb Deset let si zaděláváme na další průšvih

Tomáš Sedláček

Ve světových i tuzemských médiích se začínají čím dál častěji objevovat nervózní články na téma, kdy to zase praskne. Nervozita je namístě, akciové trhy rostou a trhy se začínají obávat korekce, rozuměj propadu.

Do očí bije hned několik čísel. Tak například v „předvečer“ krize, 9. října 2007, tedy před jedenácti lety, dosáhl index amerických akcií S&P 500 rekordu 1565 bodů. Už toto číslo bylo obrovské a historicky bez-

precedentní. Graf růstu cen akcií před krizí připomíná siluetu Mount Everestu. Tak třeba v roce 1987 činil tento index něco málo přes 200 bodů. Během třiceti let index hlavních obchodovaných firem narostl více než sedmkrát, většinu toho stihl do roku 2000, tedy za prvních třináct let. Pak se propadl zejména kvůli finančnímu skandálu firmy Enron a prasknutí dotkomové bubliny. Trvalo dalších sedm let, než se opět dostal mírně nad původní rekordní úroveň, což se stalo právě v říjnu 2007. Tam se ale moc dlouho neohřál a padl ještě hlouběji než při prasknutí bubliny dotkomové. Své dno našel v roce 2009, kdy klesl na 700 bodů (tedy na úroveň z roku 1997). Od té doby prudce stoupá – prudčeji a výše než kdy předtím. Dnes má hodnotu, držte si klobouky, 2871 bodů. To je o 184 procent více než rekordní výše předkrizového výsluní. Počítáno ode dna krize, tedy od roku 2009 dodnes, se index za posledních devět let zvedl o neuvěřitelných 330 procent. Kdyby někdo v roce 2009 investoval veškeré své jmění do stejných akcií, z nichž se skládá index, byl by během devíti let s přehledem třikrát bohatší. A ani by nemusel hnout prstem.

Jenže to opět začíná připomínat Ikarův let. Otázkou není, zda index opět padne, ale kdy. A až problémy nastanou, průběh krize bude každopádně mnohem horší. Situace je složitější než před deseti lety, kdy padaly banky jako švestky. Tenkrát jsme šli do krize z řekněme standardní situace – ekonomika se „chovala“ podle učebnic nebo jsme v to alespoň věřili a ono to tak vypadalo. Jenže nyní jsme v situaci oficiálně nestandardní, a to z mnoha pohledů.

Zaprvé, nacházíme se v citlivé fázi výrazného zvedání úrokových sazeb centrálními bankami po deseti letí dopingu nulou. Nikdo neví, jak bude vystřízlivění z tohoto stavu vypadat – naše civilizace si nikdy ničím

podobným neprošla. Ekonomiky jsou přehřáté – v USA podobně jako u nás máme rekordně nízkou, až extrémní nezaměstnanost, prudký růst HDP a (zatím) zvládnutelnou inflaci.

Zadruhé, státní dluh – poslední záchranná brzda, s jejíž pomocí stát pustí sám sobě žilou, aby mohly trhy dál růst – je nikoli stejně alarmující, jako byl před krizí, dnes je mnohem vyšší: dvojnásobný. Během deseti let se státní dluh zdvojnásobil! A to globálně. V tomto smyslu krize zdaleka neskončila, neb jsme ještě nesplatili dluh, který vyvolala. Jen jsme své problémy přemázli dluhem hlubším.

Zatřetí, mezi národy ochladlo přátelství a ochota pomáhat si. Trump v USA a zastánci brexitu dávají světu ostentativně najevo, že si chtějí dělat věci po svém (Trump během léta označil Evropu za „foe“, tedy nepřítele). Ale i Evropa se ve srovnání se solidaritou před deseti lety – ukazuje jako diplomaticko-válečná zóna. Itálie, Maďarsko, Česko a další země odvrací svou tvář od společného stolu, kterému se říká EU. Přitom finanční krize se musí řešit společně.

Hospodářské noviny, 14. září 2018. Autor je ekonom a vysokoškolský pedagog.

Koho robot o práci nepřipraví?

Lukáš Kovanda

„Nové technologie představují hrozbu celé škále kancelářských činností. Stroje a zařízení pokračují ve svém vpádu do společnosti, nahrazují stále větší a větší počet lidských aktivit a postupně činí vlastní lidskou práci nepotřebnou.“

Pokud by tato slova vznikla v současnosti, asi bychom se nedivili. Obavy z automatizace a robotizace sdílí i řada odborníků. Jenže ona slova vyřkl ekonom Robert Heilbroner už v roce 1965.

Obava z automatizace ho o rok později přiměla ke spoluautorství otevřeného dopisu prezidentu Johnsonovi. V něm stálo i to, že tradiční vazba mezi prací a příjmem se zpřetrhává a je třeba většího veřejného přerozdělování, které zajistí, že nikdo nezůstane bez zabezpečení. Ať už práci má nebo nemá.

„Vpád“ strojů nezaměstnanost nezpůsobil. Heilbronerovy obavy se nenaplnily. Přesto jsou tu dnes opět, v novém hávu. Badatelé Carl Frey a Michael Osborne před několika lety, přesněji v roce 2013, odhadli, že během 10 až 20 let bude v USA automatizací fatálně ohroženo takřka 50 procent stávajících pracovních pozic.

A to zdaleka nejen pozic s rutinní náplní, ale i těch, které vyžadují vysokou kvalifikaci. Člověk svůj závod se strojem prý nakonec prohraje. Po pěti letech zatím po takové prohře není ani vidu, ani slechu. Naopak, nezaměstnanost ve Spojených státech letos klesla nejnižší v tomto století.



Cit pro věc

I tak však platí, že od temných vizí budoucnosti je to jen krůček k apelu za dodatečné veřejné přerozdělování, které by zvěstované prohře zabránilo či zmírnilo její dopady. Paradoxně je to však mnohdy právě přehnané přerozdělování, které robotizaci podněcuje.

Například skokové zvyšování minimální mzdy, které zvyšuje i platové výdaje veřejné sféry, způsobuje, že třeba prodavačku v hypermarketu nebo ve fastfoodu nahrazuje právě robot. Při vysokých mzdových nákladech se stává levnějším řešením.

Pokud však člověka a stroj vidíme spíše jakožto partnery, kteří se doplňují, budoucnost je rázem optimističtější. Takovou ji líčí David Deming z Harvardu. Ve své studii z roku 2015 dokládá, že s nástupem informačních technologií jsou na pracovním trhu stále žádanější sociální, „měkké“ dovednosti. Ty jsou klíčovým předpokladem získání zaměstnání na takřka všech pracovních místech vytvořených v USA po roce 1980.

Zároveň od 80. let citelně klesá význam rutinních činností. To nepřekvapí. Od roku 2000 se ale – alespoň na americkém pracovním trhu – snižuje také význam nerutinních dovedností analytického rázu, například dobrého zvládnutí matematiky.

Stroje a počítače člověka zastoupí v rutinní činnosti, ale běžnou lidskou komunikaci – verbální i neverbální – zatím nezvládají. S lidskou komunikací, která se utvářela celá tisíciletí, je to trochu jako s řízením auta. Dobrým šoférem se člověk nestane vstřebáním sebevětšího objemu teoretických pouček. Dříve či později je třeba sednout za volant a naučit se řídit v praxi běžného provozu.

„Víme více, než jsme s to sdělit,“ všiml si už před lety filozof Michael Polanyi. K osvojení si řízení auta – nebo

k osvojení si komunikačních dovedností – je zkrátka třeba získat určité nevyslovitelné a nepřenositelné zkušenosti, jakýsi cit pro věc.

Cit pro věc v oblasti mezilidských vztahů je aktivem, které trh práce oceňuje stále významněji. Roboti jím nevládnou. Rozvíjení předpokladů pro týmovou spolupráci, vedení lidí a pro další „měkké“, nerutinní činnosti je tak dnes podstatnější než kdy jindy.

Technické vzdělání jako takové, které u nás v současnosti módně vyzdvihuje kdekdo, je do značné míry jen reliktem 20. století, pakliže jej tedy nebude doprovázet obstojně rozvinutý cit pro mezilidskou komunikaci a další „měkké“ dovednosti.

Názory a argumenty, ČRo Plus, 21. září 2018. Autor je hlavní ekonom Czech Fund.

Zásada štenýřového lešení

Ondřej Vaculík

Proměna práce v zájmu efektivity a orientace na výsledek vede ke ztrátě vnímání kontextu a schopnosti uvažovat o procesu, o smyslu daného výsledku a vynaloženého úsilí. A ta nám často citelně chybí.

Na zednickém učilišti jsme se učili také o štenýřovém lešení: „Chlapci, takové lešení staví se takto: Musíte se nejprve domluvit s hajným, aby vám v lese vyznačil patřičný počet smrkových souší nebo živých stromků z probírky v mladém porostu, které budete potřebovat na stojiny; ty si musíte na stavbě nejprve spočítat. Ideální průměr tyčoviny je mezi patnácti a dvaceti centimetry, délka alespoň čtyři metry. Ráno si vezmete pilku a sekyrku a vydáte se do lesa, mistr vás tam pošle.“ Nevěřili jsme svému sluchu, ale ani jsme nedutali. My nechodili do učiliště v dobách K. V. Raise, nebo když Karel Matěj Čapek-Chod psal svého Kašpara Léna mstitele; za nás už se stavělo v Praze metro, Nuselský most nebo obchodní dům Kotva s unikátní konstrukcí takzvaných hřibových stropů.

Mimochodem díky zejména učiteli Setničkovi s jeho štenýřovým lešením stavařinu poněkud ovládám a žasnu, kolik omylů se napsalo o předpjatém betonu v souvislosti s haváriemi betonových mostů a jejich špatným stavem. (Jestli se podobně píše ve sdělovacích prostředcích i o všech dalších oborech, jimž nerozumím, pak získáváme velmi pomýlený obraz o světě, ale možná je to tak lepší.)

Principem předpjatého železobetonu je napínání armatury určitou silou až k mezi pružnosti oce-

li, která se pak zalije betonem. Až beton zatvrdne, napínací stroj armaturu pustí, a té ve smrštění na původní délku brání beton, který tou smršťovací silou svírá; stahuje ho k sobě, vnáší do něj předpětí. Dobrým příkladem je právě Nuselský most, stavěný „do vzduchu“, tedy bez podpůrného lešení, ze segmentů „přivazovaných“ předpínáním k sobě jako rostoucí krakorce až do úplného spojení celého tubusu mostu. Poskládejte do jedné řady deset dřevěných kostek, tiskněte je rukama k sobě, a když je takto vyzdvihnute ze stolu, budete svírat v ruku Nuselský most. – To nám neříkal učitel Setnička, ale já to vyzozoroval přímo na stavbě Nuseláku. Setnička nás poslal se sekyrku a pilkou do lesa. Pokud se vodotěsné izolace udělají kvalitně a udržují se, aby armatura nemohla rezavět, je takový most věčný, protože čím je beton starší, tím je tvrdší a odolnější vůči mechanickému opotřebení, podobně jako kámen. Ba ani oceli se v betonu nic zlého stát nemůže. Není tedy pravda, že by technologie předpjatého betonu byla vadná svou podstatou. Naopak umožňuje vzklenout i velmi subtilní konstrukce, které by měly odolávat času stejně jako mosty kamenné. Jde o kvalitu projektu, provedení a údržbu. Nicméně Setnička nás poslal s pilkou a sekyrku do lesa, což se mně po letech zdá podstatnější, než je princip předpjatého betonu.

Už tehdy jsem to vnímal jako zvláštní způsob pohledu na svět. Setnička věděl, že štenýřové lešení už stavět nebudeme a s pilkou a sekyrku se do lesa, například na sídlišti v Praze-Malešicích, nikdy nevydáme; nebude

ani mistra, který by nás tam poslal. Nikoho to ani ne-
napadne, taková blbost. (Podobným anachronismem
už tehdy bylo i zhotovení dřevěných zednických koz. Ty
bych si podle Setničkova návodu ale v budoucnosti rád
zhotovil, jsou šikovné.)

Není to blbost, ale filosofické pojetí významu díla,
návod na praktický způsob odstupu od stálého otroctví
„životní fabriky“, jejíž režim nás nemilosrdně žene v zá-
jmu efektivizace konání i myšlení. Příliš krátké spojení
mezi zadáním a výsledkem, hotovým dílem, nám nedá-
vá příležitost k úvaze nad smyslem samotných výsledků
a vynaloženého úsilí.

Způsobem naší obživy je množství, nikoli prožitek
z času, který nám „množství“ spotřebovává. Naše mysl
se upíná k výsledku díla jako životnímu smyslu a opo-
míjí skutečnost, že větší hodnotu může mít „dobírání
se“ díla, ta cesta k němu, než pak dílo samé. (Které se
opotřebovává a stárne rychleji, než vzniká.

Například i tento text autor píše déle, než je součet
časů čtení všech jeho čtenářů. U některých autorů, ať se
snaží sebevíce, může být tento nepoměr i docela třesku-
tý. Takže důležitější je vlastně to psaní než čtení. A uží-
vá si je náležitě takový autor, nebo to, chudák, považuje
dokonce za jakousi oběť pro čtenáře a při psaní se souží
a život mu to kazí a rodina se rozpadá...? A tak je to sko-
ro se vším.)

Zásada štenýřového lešení tkví v tom, že máte-li tře-
ba opravit fasádu na domě, vydáte se nejprve za hajným
a pak s pilkou a sekyrkou do lesa. Cestou možná poros-
tou borůvky, maliny, ostružiny nebo i brusinky a vy ale
bloumáte lesem za účelem zhotovení štenýřů za účelem
zednické opravy fasády. A nikdo vám nemůže vytknout,
že byste na zadaném díle nepracovali! Takové pojetí díla
se stává i podstatou života samého a jeho hlavním efek-

tem je ten proces, který je náš a námi prožívaný, protože
samo dílo, jakmile je hotové, rychle nás opouští.

A jak teď cítíme, že nás nějak opouští, rozplývá se
naše společné „polistopadové“ dílo, a zvažujeme, jestli
nám to vůbec stálo za to a kde se stala chyba, díky tomu-
to mému příspěvku už víme, že chyba se možná nestala
nikde a udělali jsme toho opravdu mnoho, pouze na zá-
sadu štenýřového lešení si nikdo nevzpomněl (Setnička
se převratu možná ani nedožil).

*Deník Referendum, 18. září 2018. Autor je spisovatel
a publicista.*

Žena kutila

Zuzana Pelantová

Kdo že je to vlastně ten kutil? To je člověk, který třeba ráno, předtím než si vyčistí zuby a než si uvaří čaj, zapne pilu a uřízne kus prkna.

A tím jednak velmi rázně zhotoví nový kus nábytku, na němž ještě téhož rána posnídá, jednak také zadělá celé své okolí pilinami. Žena se paralelně snaží nakrmit ratolesti a upravit všechny zúčastněné, včetně kutila, aby vypadali jako lidé. Moc jí to nejde, všude jsou piliny - v čaji, mléku i vlasech. Kutil čeká pochvalu za to, jak krásný stolec vyrobil, jenže místo toho schytá pár nepěkných slov od své ženy, že prý má hlavu plnou pilin a to asi i uvnitř, když takhle po ránu vyvádí.

A když si potom žena vede umyté a najezené děti k autu, a že tedy konečně vyrazí na ten výlet, zjistí, že u auta chybí klika, ale zato tam stojí kutil se šroubovákem v ruce a soustředěným výrazem. Je prý třeba opravit tu rukojeť, co už tak dlouho zlobí. Je až k nevíře s jakou něhou dokáže vzít do ruky šroubovák, jak hbitě s ním dokáže točit piruetky a jak obdivné pohledy přitom vrhá na nejrůznější čudlíky a mačkátká a drátky uvnitř dveří. A když potom konečně vyrazí rodina na procházku, kutil hned vidí, kdo nemá utěsněná okna, kdo má strašně blbě vymyšlený okapy nebo přílišně zapojené kabely na zahradě. Kutila prostě ničí, když něco nefunguje.

Někdy si kutil pozve na návštěvu domů dalšího kutila. Běhají potom společně po domě a vykřikují: „Všechno je vodpojený! Kolik? Devět? Cože? No to snad ne! Zase to cvrliká, počkej!“ Když se ho žena zeptá, co že se

vlastně děje, odpoví jen, že je to v pr***, na víc není čas. A když kamarád večer odejde domů, a žena se zeptá, co se vlastně stalo, vyčerpaně odpoví, že nic, že už je to konečně v pohodě.

Kutil si prostě nemůže pomoci, když to na něj přijde, potřebuje vytvářet, vyrábět a také vylepšovat. A přitom zapomene, kolik je hodin nebo že má žízeň nebo dítě. Dnes se tomu říká flow.

Někdy se mu může stát, že upadne do flow v prostředí ne úplně vhodném či bezpečném. Například u lékaře. Neodolá, když spatří nový zajímavý předmět. „Je to fascinující výrobek,“ pomyslí si. „Jak to udělali? Tady je to dutý! To museli tady přivařit...“ Pak začne lékaři vysvětlovat, jak by se dal předmět ještě vylepšit a potom to názorně na sobě předvádí. Lékař většinou pocítuje úlevu, když kutil z ordinace vychází.

Tak a teď to vypadá, že ti kutilové jsou tak trochu blběci, ale to není pravda. Sice třeba nedokážou pochopit, proč někdo nechce svůj volný čas trávit stavbou domku pro křečka, ale mohla bych napsat celou knihu o tom, co všechno dokážou. Jak umí vyrobit kuchyňskou linku a spravit formuli na ovládání a zapojit topení a sestavit nový počítač. Ale koho by to bavilo číst? Á pro-pos, lidé čtou od Danta také jen Peklo a Ráj už nikoho nebaví.

ORBIS PICTUS



Léto ve znamení hada na holi

Jiří Sýkora, student všeobecného lékařství na 3. LF UK

V létě jsem měl to štěstí, že jsem se mohl oddávat svým dvěma velkým vášním: cestování a medicíně.

První z velkých věcí, ke kterým jsem měl možnost se nachomýtnout, byla Světová valná hromada IFMSA, letos v Montrealu. Montreal je svým způsobem pozoruhodné město, protože leží kdesi na pomyslné civilizační hranici a často v sobě kombinuje to lepší z více světů: z anglofonního i frankofonního, amerického i evropského, atmosféru velkoměsta i docházkovou vzdálenost Brna. Bohužel v sobě zároveň kombinuje klimatické extrémy, takže město, které je v zimě přikryto několika metry sněhu, sužují v srpnu, kdy jsem jej navštívil, teploty daleko přes 30°C.

V souvislosti se světovou valnou hromadou studenti rádi mluví o pověstných večírcích, které následují jednání. Ne že by se nekonaly – ale zpravidla jim předcházely dvanácti, někdy i patnáctihodinové pracovní dny plné zasedání, schůzí, porad a školení. Nicméně jako pro člověka, který už chvíli chodí zákoutími a postranními uličkami mezinárodní medicínské scény, bylo pro mě nesmírně zajímavé nahlédnout na hlavní třídu, účastnit se jednání a setkat se se studenty medicíny z celého světa, zjistit, v čem se lišíme a co máme naopak společného (a toho je mnohem víc, než by se mohlo na první pohled zdát). Nakonec i tu politiku a zdánlivě nekonečné plenární schůze by jim člověk odpustil, a tak po pěti nabitých dnech, které jsem strávil v jakémsi paralelním světě světové valné hromady s budoucími lékaři z více jak stovky zemí, jsem se vynořil jako znovuzrozený.

Za svou druhou letní cestu rovněž vděčím IFMSA, protože jsem měl díky ní možnost vyjet na měsíční výzkumnou stáž do Libanonu. Přiznám se, že když jsem se na stáž hlásil, o Libanonu jsem příliš nevěděl – a když jsem odlétal, nebyl jsem na tom o moc lépe. Rovněž jsem netušil, jak moc mi tato země s bohatou historií, krásnou přírodou a přívětivými lidmi přiroste k srdci.

Stejně tak jsem příliš nevěděl o libanonském zdravotnictví, vzdělávacím systému a výzkumu. American University of Beirut, kde jsem svou stáž absolvoval, je jednou z nejlepších vysokých škol v regionu, a její lékařská fakulta patří ke špičkám ve výzkumu na zvířatech. Byl jsem zařazen do laboratoře profesora Abdo Jurjuse, přednosty ústavu anatomie a fyziologie, což mělo za následek, že babí léto na pobřeží Středozemního moře nebylo zdaleka tak odpočinkové, jak se na první pohled mohlo zdát, a i když má American University of Beirut vlastní soukromou pláž, nenavštívil jsem ji ani jednou. Na druhou stranu jsem si díky trpělivosti dr. Jurjuse, kterou projevil s člověkem do té doby zcela nepolíbeným výzkumem, odvezl kromě mnoha cenných zkušeností a poznatků i hmatatelný výsledek stáže: můj první odborný článek.







Praha, úžasná výzva

Eleonora Conchet, studentka v programu Erasmus+

Studuji medicínu a před pěti lety jsem se přestěhovala ze severu Itálie na jih. Zvykla jsem si stěhovat se a cestovat a také vyhledávat nové příležitosti. Takže také příležitost jet do Prahy začít další dobrodružství mě nadchla. Měla jsem šanci vidět, jak se léčí v jiné kultuře, a možnost sledovat nemocniční praxi z jiného úhlu pohledu.

Největší počáteční obtíž představovala jazyková bariéra, čeština a italština si totiž nejsou vůbec podobné.

Na univerzitě ale nabízejí kurs češtiny, ve kterém učí běžné věty i něco z lékařského jazyka.

Studium na Karlově univerzitě bych rozhodně každému doporučila. Po devíti měsících v Praze jsem se seznámila s mnoha lidmi s celé Evropy a mou „novou rodinu“ tvořili spolužáci ze třídy, kteří pocházeli z různých koutů světa. Ve skutečnosti byla moje „rodina“ ještě větší, protože vždycky, když jsem řešila nějaký problém, mi ochotně pomáhali koordinátoři i učitelé.

Mnoho jsem se toho naučila, absolvovala jsem řadu zajímavých přednášek a praktických cvičení v nemocnici. Ačkoli se zdejší systém liší od výuky u nás, velmi oceňuji, že jsem ho mohla poznat. A mohla bych na mnoha stránkách popisovat své zážitky, ale stejně bych přesně nevyjádřila, co pro mě Erasmus znamenal. Užívala jsem si i spoustu malých věcí, okamžiků jako západ slunce v parku, hudbu na ulicích, rozpravy s kolegy nebo pivo na Náměstí Míru. Zkrátka hodně jsem se naučila a doopravdy si myslím, že by to měl zkusit každý.





Dobronice camp

Každoroční start prvních ročníků na 3. lékařské fakultě v Dobronicích u Bechyně očima fotografů Barbory Bláhové a Pavla Dohnálka

















Post Scriptum

Po výročí

Jaroslav Veis

Máme za sebou důležité, avšak zvláštní výročí. Připomínali jsme si sto let Československa, státu, který už pětadvacet let neexistuje, ne protože by ho někdo napadl a zničil, ale protože jsme si ho sami rozbili. Nehořekujeme nad jeho koncem, jsme rádi, že Česko je samostatné, ale 28. říjen je pořád naším nejvýznamnějším svátkem. Ne svatováclavské 28. září, ač právě tento den nese trochu matoucí název Den české státnosti. Ani 1. leden, kdy se v roce 1993 po půl roce jednání politických elit a bez referenda – ač právě tohle byl dějinný moment, který by si jindy sporný politický nástroj zasloužil – formálně zrodila Česká republika, naše dnešní vlast.

Během své jen několik desítek let trvající existence bylo Československo brutálně znásilňováno, územně mrzačeno, mocensky deptáno. Bylo obdivováno jako ostrov demokracie uprostřed moře středoevropského autoritářství, litováno jako oběť nacistické agrese, oceňováno pro svůj pokus dát socialismu lidskou tvář, znovu litováno jako oběť sovětské agrese, znovu obdivováno pro ten nejsametovější návrat z kremelského zajetí zpátky do Evropy, potom i za nejsametovější rozpad.

Když se Československo rozpadalo, pracoval jsem v redakci *Lidových novin*, tenkrát nejvlivnějšího deníku v zemi. S kolegou Ivanem Hoffmanem (Ivan je rodem

Slovák, osudem moravský Čech) jsme se dohodli, že poslední vteřiny československé federace a první vteřiny nových států prožijeme v zemi toho druhého a oba o tom něco napíšeme.

Ivanův text měl titulěk *Evropanem v Praze* a stála v něm prorocká věta: *Najednou mám pocit, že ne my jsme se rozhodli pro Evropu, ale Evropané se našťěstí rozhodli pro nás.* Na Václavském náměstí i kolem něho viděl (kromě jiného) tohle:

„To jsme si dali,“ pronesla paní ve středním věku ke svému manželovi, když mě mýjeli. Snad si od této noci slibovala půlnoční mítink s řečníky, oslavujícími zrození samostatné státnosti. Řečníci se nekonali, ale bylo proč zůstat s ostatními a dívat se kolem sebe.

Bylo cosi dojemného na skupince mladého personálu právě uklizeného McDonalda, na těch klucích a holkách, usmívajících se spolu se svým šéfem. Do ulice? Do budoucnosti? A bylo důležité vidět mladíka s praporem, který se v jednom okamžiku proměnil z československého v český, bez toho, že by se prodlužoval klín či ztrácela modrá. A stálo za to prodrat se k studentům, obklopujícím sochu svatého Václava, a zjistit, co vlastně provolávají. Pět minut po půlnoci se do všeobecného veselí ozývalo: „Ať žije Havel!“

*Já svou reportáž z Bratislavy pojmenoval *Národ tančí a viděl jsem* (kromě jiného) tohle: *Na náměstí Slovenského**

Národního povstání je možná deset, možná třicet tisíc lidí, kolik doopravdy nikdo neodhadne. Kdo má dost velkou kap-su, má v ní láhev šumivého. Kdo má dvě, má v té druhé ra-chejtle a petardy. Létají všude, zelené, červené, bílé, jiné ne. Napadá mě, že jsou to maďarské barvy, modrá slovenská chybí.

O půlnoci zazní slovenská hymna. Snad, není slyšet nic než ohlušující rachot světelné slávy. Lidé kolem se radují, objímají, jásají. Hledám na stožáru slovenskou vlajku, marně, možná ji vztyčili někde jinde. Pak zaslechnu takty Straussova valčíku Na krásném modrém Dunaji. Zaplavu-jí náměstí, uprostřed kolo lidí, držících se za ruce. U kraje tančí pár, on v klobouku jak z dvacátých let, ona v lišším kožíšku. Jsou hezcí a šťastní. Vybaví se mi Kubrickova Ves-mírná odysea 2001, kde valčík doprovází cestu k nekoneč-nu.

Někdo mě vezme za loket. Je to paní středních let, dopro-vázená manželem. Podívá se na mě zeptá se: „Co napíšete do těch vašich Lidovek? (Fakt to tenkrát byly vlivné noviny a lidi jejich redaktory znali!)

Nevím, proč odpovídám slovensky: „Zatial neviem.“

„Napíšte pravdu,“ říká ona. „Národ tančí.“

Osmá stránka Lidových novin z 4. ledna 1993, kde naše reportáže vyšly, má dnes odstín archivní šedožluti. Myslím na to, co se asi stalo s těmi kluky a holkami z pražského McDonaldu, se studenty od sochy svatého Václava, s tím krásným párem z Bratislavy. Splnilo se jim, co onu noc vyhlíželi, nebo se jim budoucnost ztra-tila v nekonečnu?

Pokud se sami neoctli ve špatnou chvíli na špatném místě, neměli konkrétní osobní smůlu, pak se jim jako občanům Česka i Slovenska, jež je součástí Evropské unie, daří jako nikdy předtím. Nikdy dříve jsme si ne-

užívali takové míry svobody. Máme zcela reálnou šanci žít o sedm let déle než před čtvrtstoletím naši rodiče. A přeče se v té Evropě kroutíme, zejména my Češi, jak červi na rybářském háčku.

Proč?

Vážení čtenáři,

v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 o ochraně osobních údajů (General Data Protection Regulation neboli GDPR) si Vás **dovolujeme informovat o tom, jak nakládáme s Vašimi osobními údaji**, které zpracováváme a uchováváme v souvislosti s distribucí časopisu Vita Nostra Revue.

Při zpracování osobních údajů se řídíme informacemi a pokyny Univerzity Karlovy k ochraně osobních údajů (GDPR) - viz <https://www.cuni.cz/UK-9056.html>

Vaše osobní údaje zpracováváme za účelem plnění smlouvy (na základě Vaší objednávky zaslání tištěné verze časopisu VNR přes registrační formulář) a to v rozsahu nezbytném pro dosažení účelu (tj. **jméno, příjmení, tituly, kontaktní poštovní adresa**). Data uchováváme po dobu trvání smlouvy – maximálně po dobu 10 let.

Pro potřebu komunikace s Vámi nám s Vaším souhlasem můžete poskytnout též e-mailovou adresu.

K vašim osobním údajům má přístup pouze šéfredaktor časopisu po dobu nezbytně nutnou a v nezbytně nutném rozsahu v souladu s poskytnutím služby.

Část distribuce tištěného časopisu (zásilky poštou) zajišťuje firma SEND Předplatné s.r.o, které je při vydání nového čísla předáván soupis aktuálních odběratelů s kontaktními poštovními adresami pro tisk štítků a vlastní expedici. Firma SEND po rozeslání aktuálního čísla tyto údaje skartuje a neuchovává.

Vaše osobní údaje se nevyužívají k jinému účelu, než bylo popsáno výše.

Máte právo:

- požádat o informaci, jaké osobní údaje jsou o vás zpracovávány,
- požadovat opravu osobních údajů, pokud jsou neplatné nebo zastaralé,
- požadovat, aby nebyly vaše osobní údaje zpracovávány do doby, než bude vyřešena oprávněnost výše uvedených požadavků,
- požadovat, aby byly vaše osobní údaje předány jinému správci,
- podat stížnost u dozorového úřadu.

Zpracovatel osobních dat na 3. LF UK – agenda Vita Nostra Revue

Jolana Boháčková – šéfredaktor časopisu, vnr@lf3.cuni.cz

- podávání informací o zpracovávaných osobních údajích, aktualizace osobních údajů, odhlášení či přihlášení k odběru časopisu

Správce osobních údajů je Univerzita Karlova, Ovocný trh 560/5, 116 36 Praha 1, IČO: 00216208.

V případě jakéhokoliv dotazu nebo uplatnění svých práv můžete kontaktovat též pověřence pro ochranu osobních údajů na e-mailové adrese gdpr@cuni.cz.

Jolana Boháčková,
šéfredaktora časopisu Vita Nostra Revue

VITA NOSTRA REVUE: Časopis 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.
Vychází 4× ročně v českém jazyce.

Vydavatel a sídlo redakce: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta,
Ruská 87, 100 00 Praha 10. IČO: 00216208; www.lf3.cuni.cz.

Ročník 28, číslo 3, říjen 2018

Redakční rada:

Předseda: prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA

Členové: prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., FCMA; Jolana Boháčková; PhDr. Martina Hábová;

MUDr. Lucie Hubičková Heringová, Ph.D.; Anna Ouřadová; doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.;

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.; Jaroslav Veis.

Šéfredaktorka:

Jolana Boháčková, 3. lékařská fakulta UK, Středisko vědeckých informací,

Ruská 87, 100 00 Praha 10, e-mail: vnr@lf3.cuni.cz, jolana.bohackova@lf3.cuni.cz

Grafický návrh: Carton Clan, Petrohradská 3, Praha 10

Sazba: Jan Murdych

Tisk: TIGIS Print, spol. s r. o., U Elektry 650/2, Praha 9

Expedice: SEND Předplatné, spol. s r. o., Ve Žlábku 1800/77, Praha 9

Objednávky na distribuci a inzerci: přijímá šéfredaktorka

Časopis je zájemcům zasílán bezplatně.

Fotografie a ilustrace bez uvedeného zdroje: archiv 3. LF UK a autoři příspěvků

Registrace: MK ČR E15377

ISSN 1212-5083

Web časopisu: <http://www.lf3.cuni.cz/vnr>



EUSEM PRAGUE 2019

12-16 OCTOBER

hledáme
dobrovolníky

THE EUROPEAN EMERGENCY MEDICINE CONGRESS

Vážené studentky, vážení studenti,
zejména Vy, kteří se zajímáte o urgentní medicínu: hledáme dobrovolníky na Evropský kongres urgentní medicíny, který se bude konat v Praze od 12. do 16. října 2019.

Dobrovolníci jsou potřeba již od 11. října od pátku do středy 16. října 2019 a podíleli by se na organizaci přípravy workshopů a celého kongresu (příprava kongresových materiálů, příprava simulačních modelů pro workshopy, vydávání jmenovek, pomoc s navigací pro účastníky kongresu, scanování jmenovek v jednotlivých přednáškových sálech atd.).

European Society for Emergency Medicine (EuSEM) požaduje minimálně 24 až 30 hodin práce během šesti dnů, podle rozpisu a nabízí registraci na celý kongres a tedy i možnost seznámit se se špičkovými odborníky oboru. Předpokládá se účast okolo 2000 až 2500 zahraničních účastníků.

Požadavky:

angličtina – aktivní znalost a schopnost komunikovat, flexibilita; zájem o urgentní medicínu vítán.

Přihlášky s krátkým motivačním dopisem zasílejte na adresu: **seblova.jana@gmail.com**

Budeme se těšit na spolupráci na této významné odborné akci,
jménem výboru Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., FESEM

in collaboration with



EUSEM
EUROPEAN SOCIETY FOR EMERGENCY MEDICINE
www.eusem.org

