

VITA NOSTRA REVUE

NOVÁ BUDOVA B – NOVÉ SLOŽENÍ AKADEMICKÉHO SENÁTU – INSPIRATIVNÍ MEZINÁRODNÍ DEN ŽEN – VĚDECKÉ A MEDICÍNSKÉ ÚSPĚCHY 2022 – ČESKO-NĚMĚCKÉ POHRANIČÍ OČIMA MEDIKA – REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE: ROZHOVOR S PROF. HORÁČKEM – PSYCHIATRICKÝ PACIENT NA URGENTNÍM PŘÍJMU – PORODNICTVÍ V ITIBO – ÚRYVEK Z KNIHY HORSKÁ VĚC

EDITORIAL 2**FACULTAS NOSTRA**

Návrh na novou budovu B prezentuje fakultu jako moderní otevřenou instituci (Marta Reichlová, Jolana Boháčková) . . . . .	.4
Akademický senát 3. LF v novém složení . . . . .	.6
Universitas magistrorum et scholarium (Jan Gojda) . . . . .	.8
Akademický senát jako místo, kde můžeme otevřeně diskutovat (Spyridon Gkalpakiotis) . . . . .	.9
Informovanost je pro kritickou diskuzi nezbytná (Viktor Šebo) . . . . .	.10
Medaile za významné celoživotní dílo (Pavla Hubálková, Jolana Boháčková) . . . . .	.11
Životní jubileum prof. Richarda Rokyty (Romana Šlamberová) . . . . .	.12
Mezinárodní den žen – místo rudých karafiátů inspirativní konference (Jolana Boháčková) . . . . .	.15
Vědecké a medicínské úspěchy 2022 . . . . .	.19
Hippokratova přísaha (Petr Widimský) . . . . .	.22
Naděje, Víra, Láska, Dobrá vůle: symbolická jména jihočeských rybníků (Petr Widimský) . . . . .	.24
Utrpení, rozum, svědomí (Petr Widimský). . . . .	.26
Zájemci o studium na fakultě využili dne otevřených dveří (Tereza Bečvářová) . . . . .	.28
Veletrh práce po deváté (Andrej Jasovský) . . . . .	.30
Česko-německé pohraničí očima medika (Veronika Matraszek) . . . . .	.32
Blended International Program věnovaný problematice neurologicky nemocných (Kamila Řasová) . . . . .	.36
Josef Skládal – profesor klinické fyziologie (Pavel Čech) . . . . .	.38

MEDICÍNA

Došly peníze. Co dál? (Jolana Boháčková) . . . . .	.41
Proč se stát psychiatrem? (anketa) . . . . .	.47
Psychiatrický pacient ve zdravotnické záchrané službě a na urgentním příjmu (Jana Šeblová) . . . . .	.49
Porodnictví v Itibo: Jak se rodí v rovníkové Africe? (Lukáš Malý, Veronika Viktoria Matraszek, Jitka Šrámková) . . . . .	.53
Porodní trauma není jedinou příčinou duševní nepohody rodiček. Výzkum poukázal na opomíjené vlivy (Jan Červenka) . . . . .	.61
Nadějná mezinárodní studie léčby rezistentní deprese psilocybinem (Jan Červenka) . . . . .	.63
České vysokofrekvenční EKG slaví další úspěch (Marta Reichlová) . . . . .	.65

TEXT

Třetí kříž – úryvek z knihy Horská věc (Barbora Řebíková)67
---	-----

RES PUBLICA

Inaugurace, nebo korunovace? (Jiří Pehe). . . . .	.75
Pohádka o učitelích na prvním místě skončila (David Klimeš) . . . . .	.78
První dáma (Alena Zemančíková) . . . . .	.80

ORBIS PICTUS

Války na zámku... (Kristýna Mikulková)82
--	-----

POST SCRIPTUM

Letní čas (a Ševčík) je tady (Jaroslav Veis)94
--	-----

Editorial

Vážené čtenářky a čtenáři, příznivkyně a příznivci našeho časopisu, kolegyně a kolegové, učitelé a studenti, máte před sebou první letošní číslo časopisu 3. LF UK Vita Nostra Revue. Prožíváme stále nesmírně obtížné a těžké období nejen v naší společnosti a zemi, ale i v našich osobních životech. V předchozích číslech jsme na tyto situace reagovali a mnozí členové akademické obce i další občané se k různým aspektům našeho života vyjadřovali. Důležité je, že svobodně a z vlastního přesvědčení. Svobodné vyjadřování je totiž základním principem jakékoliv publikační činnosti.

V tomto čísle čtenáři naleznou články zasvěcené současným problémům medicíny i dění na fakultě. Důležité je zmínit mnohé aktivity a ocenění našich studentů. Větším tématem je reforma psychiatrické péče, ke které se v rozhovoru kriticky vyjadřuje prof. Jiří Horáček, přednosta Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie, a na ten navazuje poutavý text členky naší redakční rady a odbornice na urgentní medicínu dr. Jany Šeblové pojednávající o situaci psychiatrických pacientů na urgentním příjmu. Velmi zajímavé je čtení o specifických podmínkách porodů v africké nemocnici Itibo, které lze jen vel-

mi těžko srovnávat se situací v Evropě vzhledem ke zcela odlišnému kontextu. V rubrice text opět publikujeme úryvek naší akademické pracovnice – tentokrát krušnohorské rodačky dr. Barbory Řebíkové z Ústavu etiky a humanitních studií. Povídka z její knihy s názvem Horská věc vypráví příběh jednoho pomníku nedaleko Hory svaté Kateřiny.

Přejmi vám všem příjemné čtení a také spokojenější život, a aby se vaše sny a naděje co nejrychleji uskutečňovaly a naplňovaly.

Richard Rokyta
předseda redakční rady VNR





Návrh na novou budovu B prezentuje fakultu jako moderní otevřenou instituci

Marta Reichlová, Jolana Boháčková

Protože v posledních letech narostl počet studentů na 3. lékařské fakultě, bylo nutné navýšit také prostorové kapacity. Fakulta před časem koupila od Státního zdravotního ústavu sousední budovu nazvanou jako B, nicméně ani ta nevyřeší nedostatek místa. Vedení fakulty proto rozhodlo, že bude nutné stávající objekt zbourat

a postavit zcela nový – větší a odpovídající současným standardům. Nové moderní výukové prostory budou těsně navazovat na stávající budovu A.

Plán na nové výukové centrum vzešel z architektonické soutěže, ve které v konkurenci 34 soutěžních návrhů zvítězil tým ateliéru EHL & KOUMAR ARCHI-

TEKTI s.r.o. (Lukáš Ehl, Tomáš Koumar, Miroslav Pazdera). „Velmi mile nás překvapil počet a kvalita všech odevzdaných návrhů, které ukázaly celou řadu možných řešení soutěžního zadání. V tomto směru nebylo rozhodování poroty vůbec jednoduchým úkolem, a proto jsme se setkali na dvou celodenních zasedáních,“ říká proděkan fakulty docent Jan Trnka, který byl členem poroty, v níž zasedli zástupci lékařské fakulty i odborníci na architektonické a technické řešení.

Vítězný návrh představuje kvalitní architektonické a urbanistické řešení, které se vhodně začlení do celého vinohradského areálu. Ve stávající budově A by měla zůstat především výzkumná a vědecká pracoviště, zatímco v nové budově B se bude hlavně vyučovat. „V návrhu se počítá s velkým přednáškovým sálem, kapacitními učebnami, knihovnou a simulačním centrem,“ vypočítává prof. Petr Widimský, děkan 3. LF.

Architekti vybraného návrhu na veřejné prezentaci v Syllabově posluchárně podotkli, že je vítězství těší dvojnásob, protože jsou vlastně sousedi fakulty. Sídlí na Šafránce, tedy asi 20 minut pěšky. Při prezentaci bylo možné nahlédnout do budovy i jejího okolí, projít si výukové místnosti, posluchárny, simulační centrum třetího tisíciletí, prostory pro setkávání studentů, ale i atypickou vzdušnou střechu s fotovoltaickými panely. Moderní využití zeleně nabízí v horkém létě přirozené stínění. Budova A bude s budovou B propojena, takže i v dešti bude možné přejít z laboratoří na studijní oddělení suchou nohou.

Nyní budou následovat projektové fáze, které by během několika let měly směřovat k vydání stavebního povolení a následnému zahájení stavby. Předpokládaná cena investice přesahuje půl miliardy korun.

Nové výukové centrum (budova B)

má podstatně rozšířit kapacitu stávající budovy A s ambicí reprezentovat lékařskou fakultu jako moderní otevřenou instituci. Novou budovu B architekt navrhuje jako samostatný bohatě prosklený pavilon obklopený vzrostlou zelení zahrady. Hmota pavilonu o rozměrech 35 krát 35 metrů předstupuje před čelní fasádu budovy A směrem do ulice Ruská a vytváří tak nástupní předprostor orientovaný svým nárožím k hlavnímu příchodu do školy. Hluboká dispozice pavilonu je prosvětlena vnitřním atriem s otevřenými galeriemi, které jsou lemované uzavřenými bloky jader vymezujícími volnou plochu učeben a zázemí pedagogů.



Akademický senát 3. LF v novém složení

XIV. volební období od 1. prosince 2022 do 30. listopadu 2025

Předseda

doc. MUDr. Jan Gojda, PhD., Interní klinika 3. LF UK a FNKV

Místopředseda – pedagogická komora

prof. MUDr. Spyridon Gkalpakiotis, PhD., MBA, Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV

Místopředseda – studentská komora

MUDr. Viktor Šebo, postgraduální student oboru Fyziologie a patofyziologie člověka

Pedagogická komora

Teoretické ústavy

RNDr. Jana Fauknerová Matějčková, PhD., Ústav biochemie, buněčné a molekulární biologie 3. LF UK

MUDr. Klára Bernášková, CSc., Ústav patofyziologie 3. LF UK

doc. MUDr. Miloslav Franěk, PhD., Ústav fyziologie 3. LF UK

Interně zaměřená klinická pracoviště

prof. MUDr. Petr Toušek, PhD., Kardiologická klinika 3. LF UK a FNKV

doc. MUDr. Jan Gojda, PhD., Interní klinika 3. LF UK a FNKV

doc. MUDr. Felix Votava, PhD., Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV

doc. MUDr. Olga Džupová, PhD., Klinika infekčních nemocí 3. LF UK a FNB

MUDr. Jana Malinová, PhD., MBA, Klinika pracovního a cestovního lékařství 3. LF UK a FNKV

doc. MUDr. Jan Hajer, PhD., Interní klinika 3. LF UK a FNKV

Chirurgicky zaměřená klinická pracoviště

MUDr. Petr Klézl, MBA, Urologická klinika 3. LF UK a FNKV

prof. MUDr. Michael Halaška, PhD., Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FNKV

prof. MUDr. Robert Gürlich, CSc., Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

Ostatní pracoviště

prof. MUDr. Spyridon Gkalpakiotis, PhD., MBA, Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV

doc. MUDr. Jan Novák, PhD., Ústav imunologie a klinické biochemie 3. LF UK

PhDr. Hana Svobodová, PhD., Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

PhDr. Marie Zvoníčková, Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Studentská komora AS

Bakalářský studijní program

Štěpán Mikula, 2. ročník bakalářského studia všeobecného ošetrovatelství

Adéla Haňurová, 2. ročník bakalářského studia fyzioterapie

Magisterský studijní program v českém jazyce

Kateřina Grygarová, 6. ročník všeobecného lékařství

Dominika Kubátová, 5. ročník všeobecného lékařství

Andrej Jasovský, 3. ročník všeobecného lékařství

Lucie Hrubá, 4. ročník všeobecného lékařství

Kryštof Kupčík, 5. ročník všeobecného lékařství

Anna Krejčová, 4. ročník všeobecného lékařství

Magisterský studijní program v anglickém jazyce

Kassandra Beltran, 5. ročník všeobecného lékařství

Kamila Kočí, 5. ročník všeobecného lékařství

Aline Lukene Pinto Veiga, 5. ročník všeobecného lékařství

Doktorský studijní program

MUDr. David Lauer, 3. ročník PGS Neurovědy

MUDr. Tomáš Sychra, 2. ročník PGS Experimentální chirurgie

MUDr. Bc. Kateřina Koudelková, 1. ročník Fyziologie a patofyziologie člověka

MUDr. Viktor Šebo, 3. ročník Fyziologie a patofyziologie člověka

MUDr. Lukáš Malý, 6. ročník Preventivní medicína a epidemiologie

Zvolení zástupci do AS Univerzity Karlovy za 3. LF UK

Akademičtí pracovníci

prof. MUDr. Zuzana Mořovská, PhD.

doc. MUDr. Jan Gojda, PhD.

Studentská komora

Martina Horáková

Veronika Viktoria Matraszek

Universitas magistrorum et scholarium

Jan Gojda, předseda AS 3. LF UK

Zítřka se probudíme na palubě univerzity vplouvající do obtížných vod. Do vod globálních výzev, jako jsou změna klimatu či probíhající fosilní války. Také však do vod výzev takřkajíc všedně žitých, do vod univerzity, která se musí potýkat se složitým systémem konfederace sedmnácti fakult, jejíž akademici a studující mají nerovně výchozí pozice a absolventi různé společenské a pracovní uplatnění, fakult, které se musejí poprat s energetickou krizí. Stojíme před výzvami jako je *gender pay gap*, začleňování znevýhodněných studentů a studentek, podpora menšin či tvorba bezpečného prostředí na fakultách. A všem těmto výzvám je třeba se postavit čelem, protože jeden každý z nás má zodpovědnost za akademickou obec. Protože kdoví, kdo z naší akademické obce je budoucí Kryštof Kolumbus, s imaginací a odvahou, která nám pomůže proplout bouřemi až tam, do zítřejší *terra incognita*.

Akademický senát je svrchovaným tělesem akademické samosprávy. Má svojí formální funkci, volí děkana fakulty, schvaluje vnitřní předpisy a dělení finančních prostředků, na návrh děkana schvaluje změnu struktury pracovišť fakulty a další pravomoci. Akademický senát má ale také svojí neformální úlohu, úlohu v kultivaci a rozvoji akademického prostředí. Je to pomyslná *agora*, kde se setkávají akademici a studující napříč fakultou, kde je jejich hlas slyšen v duchu *universitas magistrorum et scholarium*.

Akademická samospráva tradičně garantovala univerzitám značnou autonomii na jurisdikci stávajícího

režimu. Toto umožnilo, aby se univerzity již během středověku rozvinuly v centra vzdělanosti a emancipace, která nejen že často držela prst na pulzu doby, ale často dějinami přímo hýbala.

Univerzity proto byly často prvními cíli, na které mířily restriktce totalitních režimů. V době po vzniku samostatného Československa vzpomeňme 17. listopad roku 1939, kdy protiokupační demonstrace a násilné protesty během pohřbu medika Jana Opletala byly pretextem pro uzavření všech vysokých škol na území protektorátu a k popravě představitelů studentských spolků. Také po únorovém převratu v roce 1948 záhy komunistický aparát zahájil čistky a studijní prověrky na vysokých školách. Byly vyloučeny tisíce studujících a nepohodlných akademiků.

Buďme proto pamětliví, že akademické svobody je třeba bránit. Dnes například proti neuváženému zavádění korporátní mentality a tržních principů do bádání a výuky. Univerzity nejsou obchodní korporace, vztahy mezi akademiky a studujícími nelze redukovat na klientelistické poskytování služeb a výzkum na bezprostředně účelové aplikační výstupy.

S privilegiem autonomie se však pojí společenská odpovědnost. Univerzita a její fakulta plní svou třetí roli ve vztahu ke společnosti. Poskytuje odborníky a odbornice, nastavuje zrcadlo politické garnituře a v obecné rovině vzdělává společnost a podporuje emancipaci občanů a občanek.

Z nedávných příkladů vzpomeňme pozitivní roli, kterou sehrál Ústav sinologie Filozofické fakulty v době vměšování čínského režimu do správy České republiky, i samotné univerzity. Na druhou stranu třetí role může mít také svůj rub, jak jsme nedávno zažili na vlastní kůži během pandemie covid-19, a vědomí společenské odpovědnosti akademiků/ček je třeba stále rozvíjet.

Pevně věřím, že nově složený senát 3. LF vykročí do svého volebního období správnou nohou, a že akademická obec bude mít jako dosud v senátu svoje zastání. I já osobně jsem si vědom zodpovědnosti, která z této funkce vyplývá a jsem připraven pracovat pro dobro fakulty. *Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque sit.*

Akademický senát jako místo, kde můžeme otevřeně diskutovat

Spyridon Gkalpakiotis, místopředseda akademického senátu 3. LF

Moje první zkušenosti s akademickým senátem 3. LF UK začaly před dvaceti lety, kdy jsem byl zvolen jako zahraniční student studující na 3. LF. Proto jsem velmi rád, že se po dvaceti letech vracím zpět do senátu 3. LF, tentokrát jako akademicky pracovník. Je mi velkou ctí, že jsem byl zvolen do pozice místopředsedy AS 3. LF za pedagogickou část komory.

Od nového senátu očekávám, že budeme poctivě plnit úkoly AS a budeme plně otevřený akademické a studentské obci 3. LF UK. Akademický senát má celou řadu pravomocí, které definuje zákon o vysokých školách č. 111/1998 Sb., například na návrh děkana rozhoduje o zřízení, sloučení, splnutí, rozdělení nebo zrušení fakultních pracovišť, schvaluje návrhy vnitřních předpisů fakulty a rozdělení finančních prostředků fakulty, vyjadřuje se ke složení vědecké rady 3. LF na návrh dě-

kana a v neposlední řadě má nelehký úkol volit nového děkana. Tyto všechny „úkoly“ mají přímý dopad na fungování fakulty a vyžadují objektivní a kritické myšlení.

Budu se snažit všechny tyto úkoly plnit s velkou zodpovědností a zároveň pokorou k našemu institutu. Rád bych také informoval všechny členy akademické a studentské obce, že jsem otevřen jakýmkoliv podnětům týkajícím se naší fakulty, které následně prodiskutujeme v předsednictvu akademického senátu a na veřejném zasedání senátu a budeme hledat řešení. Osobně si akademický senát představuji jako místo, kde jsme si všichni akademici rovni, místo, kde můžeme otevřeně diskutovat a hledat způsoby, jak posunout naši fakultu kupředu.

Informovanost je pro kritickou diskuzi nezbytná

Viktor Šebo, místopředseda akademického senátu 3. LF

Úlohou akademického senátu je garantovat demokratickou a udržitelnou správu fakulty, respektive univerzity. Pro obojí je třeba svobodná kritická diskuze a angažovaná akademická obec. Pokud je role akademického senátu vnímána jako role formální, jde o nedohlednutí zodpovědnosti, kterou akademický senát nese.

Tak jako při správě jiných veřejných demokratických institucí, i při správě fakultních záležitostí jsou zásadními dispozicemi pro bezvadný výkon pokora,

morální integrita, zdravé sebevědomí, otevřenost diskuzi a transparentní jednání. Naplnit tyto předpoklady je osobní výzvou pro každého jednotlivého senátora. Zvýšení dostupnosti a přehlednosti informací je jednou z prvních priorit, na které jsme se rozhodli jako nové předsednictvo akademického senátu pracovat. Informovanost je totiž pro kritickou diskuzi a angažovanost zcela nezbytná.

Kateřina Grygarová dostala cenu Josefa Hlávky

Koncem listopadu na zámku Josefa Hlávky v Lužanech u Přeštic převzalo diplom a nadační příspěvek 25 tisíc korun z rukou představitelů Nadace a prorektorky UK docentky Markéty Martínkové 11 studentů Univerzity Karlovy. Cenu získávají talentovaní studenti v bakalářském, magisterském nebo doktorském studiu, kteří prokázali výjimečné schopnosti a tvůrčí myšlení ve svém oboru.

Oceněnou laureátkou z 3. LF byla studentka 6. ročníku Kateřina Grygarová, dlouholetá místopředsedkyně akademického senátu fakulty. Angažovala se v řadě mimoškolních aktivit, byla aktivní ve studentských spolcích TRIMED a IFMSA, organizovala Orientační den, úvodní soustředění v Dobronicích, Den otevřených dveří, Reprezentační ples 3. LF a podílela se na pořádání Studentské vědecké konference. Je také koordinátorkou každoroční akce Svobodný listopad na Albertově.



Medaile za významné celoživotní dílo

Pavla Hubálková, Jolana Boháčková

Na prvním zasedání Vědecké rady UK v novém roce byli pamětní medaili ocenění čtyři významní vědci, kteří svoji profesní kariéru spojili s Univerzitou Karlovou. Ze čtveřice oceněných, kteří si přebrali medaile z rukou rektorky prof. Mileny Králíčkové, byli tři z 3. lékařské fakulty.

Prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc., získal stříbrnou medaili za významné celoživotní dílo v oboru gynekologie a porodnictví a dlouholetou vědeckou a pedagogickou činnost na Univerzitě Karlově. Profesor Rob je mezinárodně uznávaným onkogynekologem a od roku 2016 přednostou Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV. Po promoci v roce 1983 nastoupil na Gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice Beroun. Od roku 1986 působil na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN jako odborný pracovník a postupně získal 1. a 2. atestaci v oboru gynekologie a porodnictví a atestaci z klinické onkologie. Ve svém profesním životě se zaměřil na obor klinické onkologie, zejména na onkogynekologii. Od roku 1996 působil na 2. LF UK a FN Motol.

Jeho vědecké práce jsou většinou zaměřeny na problematiku léčení zhoubných nádorů u žen a inovativní postupy zejména v chirurgické léčbě a zapojení imunoterapie v léčbě zhoubných nádorů. Za průkopnické práce lze považovat méně radikální operační postupy u cervikálních karcinomů. Je i oblíbeným vyučujícím a školitelem.

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, PhD., získal stříbrnou medaili za významné dílo v oboru lékařské etiky a dlouholetou vědeckou a pedagogickou činnost na Univerzitě

Karlově. Je absolventem Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v oboru molekulární biologie a genetiky a vystudoval Cyrilometodějskou teologickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci. Celý svůj profesní život strávil studiem evoluční biologie, lékařské a environmentální etiky. Navíc je farářem Římskokatolické farnosti v Lechovicích a kaplanem Římskokatolické akademické farnosti v kostele Nejsvětějšího Salvátora v Praze. Je autorem více než dvaceti knih věnovaných především problematice etiky v biologii, genetice, klinické medicíně, ale i obecným tématům morálky. Podílel se na řadě scénářů naučných, filozofických a vědu a etiku propagujících pořadů pro různé rozhlasové a televizní stanice.

Profesní dráha doktora Marka Váchy je spjata s Univerzitou Karlovou od roku 2007, kdy se stal přednostou nově koncipovaného Ústavu etiky 3. LF. Po rekordní čtyři po sobě jdoucí funkční období (2010–2022) působil jako mimořádně oblíbený a respektovaný předseda akademického senátu 3. LF UK. V roce 2022 se stal poradcem ministra zdravotnictví. Vedle role pedagoga, vědce a kněze je i aktivním propagátorem vědy ve veřejném prostoru.

Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., obdržel historickou medaili za významné celoživotní dílo v oboru fyziologie a patologické fyziologie a dlouholetou vědeckou a pedagogickou činnost na Univerzitě Karlově. Více o panu profesorovi v samostatném textu.



Životní jubileum prof. Richarda Rokyty

Prof. Rokyta oslavil letos v lednu krásné kulaté jubileum – 85 let. Na zasedání vědecké rady Univerzity Karlovy převzal z rukou rektorky prof. Mileny Králíčkové zlatou pamětní medaili za celoživotní zásluhy o rozvoj UK.

Profesor Richard Rokyta nastoupil po promoci jako odborný asistent na Ústav patologické fyziologie LF UK v Plzni, kde působil plných 20 let. V roce 1982 se stal přednostou tehdy ještě Fyziologického ústavu Lékařské fakulty hygienické Univerzity Karlovy. S tím, jak se postupně přetvářely fyziologické ústavy v rámci naší fakulty, byl prof. Rokyta postupně přednostou Fyziolo-

gického ústavu, Ústavu fyziologie a klinické fyziologie, Katedry fyziologie a patologické fyziologie a od roku 1997 Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie. Celkem byl přednostou 27 let až do svých 70 let. Na ústavu, který je nyní opět Ústavem fyziologie 3. LF UK, dosud stále aktivně působí.

Kromě dlouholetého přednostentství byl prof. Rokyta v porevoluční době jedním z hlavních tvůrců reformovaného kurikula na 3. lékařské fakultě a rovněž proděkanem a statutárním zástupcem prvního porevolučního děkana prof. Cyrila Höschla. Posléze byl členem Akademického senátu 3. LF UK a členem Akademického senátu UK, v rámci kterého působil jako předseda jeho ekonomické komise. Kromě akademických funkcí spojených s 3. LF a Univerzitou Karlovou byl rovněž předsedou České lékařské akademie (2011 až 2021), která sdružuje nejvýznamnější vědce v oboru lékařských věd.

Prof. Rokyta byl a dosud je předním českým fyziologem s přesahem do zahraničí. Vědecky se prof. Rokyta celoživotně angažoval zejména ve vývoji české neurofyziologie, kde se věnoval především výzkumu bolesti.

V letech 1999 až 2011 byl hlavním řešitelem úspěšného Výzkumného záměru MŠMT s názvem „Vznik, prevence a terapie funkcí nervového systému“ a následně pak „Patofyziologie neuropsychiatrických onemocnění a její klinické aplikace“, v rámci kterého se podařilo spojit neurovědce téměř ze všech lékařských fakult ČR. Byl rovněž hlavním řešitelem projektu UK PRVOUK P34, posléze Progres Q35 s názvem „Psychoneurofarmakologický výzkum“.

Prof. Richard Rokyta je jedním z nejvýznamnějších českých fyziologů dneška. Po dlouhá leta byl kvalitním pedagogem a vychoval mnoho postgraduálních studentů. Dosud působí v několika oborových radách pro doktorské studijní programy a předává své mnohaleté zkušenosti mladším kolegům a studentům. Kromě toho byl a je významným členem České lékařské společnosti



Milý Ríšo,

máme k sobě celý život, tedy počítám-li to od září 1957, kdy jsme se na koleji na Borech setkali poprvé, pořád velice blízko, osobně i pracovně a dříve i sportovně. Náš čas běží neúprosně a ve svém tempu je vytrvalejší než kdysi my při našich lyžařských maratonech, je holt lepší. Ale nechme mu jeho tempo a pojďme se spolu potěšit ze současnosti – dávám Ti jako čerstvému jubilantovi přednost, aby sis užil krásné chvíle okamžiků, ve kterých se kolem Tebe shlukujeme se svými srdečnými přáními, jako partáci, kteří nezapomínají. A tak Ti přejeme všechno dobré do dalších mnoha let, a v nich Ti přejeme naplnění všech Tvých pracovních i fyziologických (naše patofyziologické epikrízy necháme raději na později) plánů, přání i nadějí, prostě:

Všechno nejlepší a dále si užívej života plnými doušky, jak to umíš od mládí!

Totus Tuus et ex imo pectore,

Pepa Stingl

JEP, kde působil aktivně hned v několika společnostech, především to byla Společnost pro studium a léčbu bolesti a Česká fyziologická společnost. Aktivně také působil a působí v redakčních radách několika českých i zahraničních vědeckých časopisů. Dosud je šéfredaktorem časopisu Bolest a také předsedou redakční rady našeho fakultního časopisu Vita Nostra Revue.

Dovolte mi ještě několik osobních vzpomínek. Z doby mého studia na 3. LF UK si pamatuji prof. Rokytu jako významného a oblíbeného pedagoga, jehož přednášky byly vždy zajímavé a jeho přednes poutavý, takže na nich míval vždy vysokou účast. Kromě toho měl mezi studenty také pověst sportovce a sportovního fand. Když jsem pak nastoupila na Ústav patologické fyziologie, byly Ústav fyziologie a Ústav patologické fyziologie právě rozděleny, ale sdíleli jsme prostory v budově Ke Karlovu 4, jako je tomu v dnešní době. Po mém čtyřletém pobytu v USA mi v roce 2002 prof. Ro-

kyta nabídl asistentský úvazek na Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie, jehož byl přednostou, a od té doby mne podporoval v mém úsilí jak vědeckém tak i akademickém. Jeho sportovní duch ho doprovází i v jeho vysokém věku. V současné době je to již spíše na bázi fandovství, ale ještě do nedávna s námi jezdil na výlety spojené s turistikou, které náš ústav pravidelně pořádá. Kromě toho je i milovníkem umění, a to především umění výtvarného a klasické hudby.

Přeji prof. Rokytovi jménem svým i jménem pracovníků Ústavu fyziologie hodně zdraví, osobního štěstí a entusiasmů do dalších let a těším se na další spolupráci.

Prof. MUDr. Romana Šlamberová, PhD.

přednostka Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK



Mezinárodní den žen – místo rudých karafiátů inspirativní konference

Jolana Boháčková

Na historicky první konferenci s názvem „Ženy, které inspirují“, kterou na půdě 3. lékařské fakulty iniciovala proděkanka prof. Monika Arenbergerová se členkami Trimedu v čele s MUDr. Kateřinou Grygarovou, diskutovala 8. března řada zajímavých odborníků napříč medicínou a zdravotnictvím. Doplnily je kolegyně z oborů mimo medicínu, takže se účastníci konference v Syllabově posluchárně seznámili s příběhy lékařek, filosofky, socioložky, psycholožky, manažerky, advokátky či architektky. Sedmnáct žen se rozovídalo na téma rovné příležitosti a postavení ženy v mnoha profesích.

„Chci inspirovat mladé kolegyně k tomu, abychom utvářely uvnitř univerzity rovné příležitosti,“ uvedla konferenci rektorka Univerzity Karlovy profesorka Milena Králíčková, která je první ženou v rektorské pozici od založení univerzity. Dodala, že právě rovné příležitosti pro každého jsou jedním z důvodů, proč se snažila usilovat o rektorský post.

První příspěvek přednesla Barbora Řebíková z Ústavu etiky, připomněla, že evropské dějiny se zakládají na antické tradici, kde ženy jakožto velmi mocné bohyně

stojí hned vedle mocných bohů. Ji osobně však v životě velmi inspiroval i jeden muž – Marek Vácha, přednosta Ústavu etiky, „protože vždy všem poskytoval velmi rovné příležitosti.“

S dalším příspěvkem vystoupila rektorka UK prof. Králíčková, která mimo jiné připomněla, že v Ústavu histologie a embryologie v Plzni, kde působila, se snažili implementovat mechanismy zajišťující zmíněné rovné příležitosti. Nabízeli a nabízejí částečné úvazky rodičům malých dětí, aby se mohli rychle vracet zpět do práce a profesně se rozvíjet. „Celkově je sice studentek medicíny více než studentů, ale profesorů a docentů je více mužů. Pro mě to představuje poselství, že je třeba dělat aktivní kroky, aby se doktorandky mohly po přerušení studia kvůli těhotenství vracet, aby mohly po přerušení PhD. studium dokončit,“ řekla rektorka.

Advokátka Marie Janšová, specialista na pracovní právo, zase upozornila, že oproti právům medicínu studují ve větší míře ženy. „Zajímavé je, že na právech na Masarykově univerzitě v Brně je poměr studentů a studentek 50:50, ale advokátek žen je jen třetina,“ všímá si Marie



Barbora Řebíková

Janšová. Hovořila o tom, jak pracovní právo chrání ženy jakožto matky, ale aby se žena mohla stát advokátkou, musí absolvovat tři roky praxe bez přerušení a při plném úvazku. Připomněla také antidiskriminační zákon a různé platové ohodnocení žen a mužů na stejné pracovní pozici. Na závěr však dodala, že pro ni osobně je v práci nejdůležitější nadšení a odhodlání, že je třeba neustále překonávat vlastní hranice a strachy a najít si vlastní cestu. Přitom není třeba rezignovat na založení rodiny.

Velmi zajímavým zpestřením konference bylo vystoupení prof. Evy Jiříčné, která hovořila o svých náročných profesních začátcích v Anglii, kam v roce 1968 po sovětské okupaci spolu s bratrem emigrovali. Jakožto významná, světově uznávaná architektka připomněla, že velká část jejich spolužaček si vzala za muže rovněž architektky, aby jim pak v kanceláři vařily kávu, ačkoli mnoho z nich se neoficiálně podílelo na architektonických návrzích svých protějšků.



Eva Jiříčná

V druhém přednáškovém bloku vystoupila například Katarína Vlčková, primářka Cesty domů a zakladatelka Nadace rodiny Vlčkových, která podporuje dětskou paliativní péči. Mimo jiné podotkla, že mnoho



Katarína Vlčková

důležitého v životě si člověka najde, aniž by o to usiloval. „Mít sen je důležité, ale také je důležité sledovat, co se kolem nás děje, a sbírat dary, které na první pohled nevidíme,“ řekla a zdůraznila, že je důležité v práci vidět především smysl.

Velký úspěch mělo povídání chirurgky Barbory East, která si zvolila jako specializaci „mužský obor“ chirurgii. „Dostala jsem se do skupiny chirurgů a zjistila jsem, že je to svět, který je vytvořen muži pro jiné muže. Vždycky někam přijdu a jsem tam jako pěst na oko. Bohužel se to netýká jenom chirurgie,“ popisovala



Barbora East

lékařka ze III. chirurgické kliniky 1. lékařské fakulty UK a FN Motol. Upozornila také, že když si ženy vybírají „mužské“ obory, setkávají se rovněž s překážkami, které jsou v nich samotných. „Když budete mít pocit, že jste souzeni okolím, budete dělat víc chyb. Během kariéry dostáváte spoustu někdy dobře míněných rad. Někdy ale tak dobře míněné nejsou a ono to vede k tomu, že si postupně přestanete věřit, až nakonec začnete pochybovat o tom, jestli má vůbec smysl v tom oboru setrvávat.“ Dr. East také otevřela téma sexuálně motivovaného násilí, které se netýká jenom chirurgie, ale také akademického prostředí. „Řada žen si řekla, že něco takového nemají zapotřebí a z profese odešla.“ Okrajově zmínila také oblečení pro chirurgy (například ochranné pomůcky nebo oblečení na sál), které není uzpůsobené ženskému tělu.

Barbora East se aktivně snaží přispívat k udržitelnosti českého zdravotnictví a spolu s kolegyněmi v rámci České chirurgické společnosti ČLS JEP založily Sekci ženy v chirurgii, kterou velmi podporuje také její nadřízený prof. Robert Lischke, přednosta III. chirurgické kliniky.



Irena Storová

Na konferenci samozřejmě nesměla chybět historicky první ředitelka Státního zdravotního ústavu pro kontrolu léčiv – tuto významnou instituci provází neklidnými vodami od roku 2018 Irena Storová. Vzpomínala na své začátky ve farmacii: „Stále jsem byla v ženském prostředí a přišlo mi to normální. První náraz s mužským prostředím nastal v momentě, kdy jsem začala vést nemocniční lékárnou.“ Nyní má kromě starších dětí i rok a půl starou dceru, a ačkoli všichni automaticky očekávali, že s ní bude nějaký čas doma, nestalo se tak. „Vzala jsem si po porodu šest týdnů dovolené a vrátila se zpátky do kanceláře,“ řekla a podotkla, že je vel-



Lucie Kalinová

mi důležité mít vše doma i v práci dobře zorganizované a zároveň zůstat flexibilní. V ústavu se snaží maximálně podporovat kolegyně s malými dětmi – umožňuje jim práci z domova a částečné úvazky.

O tom, že plastická chirurgie již dávno není pouze mužskou doménou, přesvědčila publikum další z přednášejících – plastická chiruržka Lucie Kalinová. „Plastických chirurgů je v České republice asi 150. Když dokážete, že něco umíte, tak vás mezi sebe vezmou,“ uvedla ředitelka soukromé plastické kliniky v Praze a dodala,



Kateřina Šámalová

že genderová předpojatost už dnes dávno neplatí. „Není žádný výtah k úspěchu. Člověk si musí zkrátka všechno

odpracovat. Pokud ty výsledky máte, kolegům nezbude nic jiného, než vás akceptovat.“ Ženy by se také podle ní měly více učit vnímat své ženství v pracovní rovině jako výhodu a ne jako hendikep. „Pokud jste žena v tomto oboru, můžete daleko lépe navázat kontakt s klientkou, protože většina klientek plastické chirurgie jsou stále ženy,“ uzavřela s úsměvem.

Všichni se shodli na tom, že akce tohoto typu přinášejí do fakultního prostředí celospolečenská témata, a jsou proto velmi důležité. Univerzita se tak stává se nositelkou hodnot, které je třeba ve společnosti podporovat.



Vědecké a medicínské úspěchy 2022

Co se v loňském roce na ústavech a klinikách 3. lékařské fakulty povedlo?

PhDr. Petr Honč, PhD., přednosta Ústavu jazyků 3. LF UK

Za největší úspěch Ústavu jazyků v roce 2022, na který jsem opravdu hrdý, považuji vydání učebnice „Léčíme česky. Čeština pro sestry a jiné zdravotníky“. Projekt učebnice vznikl ihned po ruském útoku na Ukrajinu a multimediální verze knihy byla publikována již po necelých čtyřech měsících od začátku války. V současnosti má jen tato elektronická verze přes 7 200 uživatelů – zejména uživatelék. Hlavní autorkou je Iveta Čermáková, ale významně se na ní podílely i kolegyně a kolegové z Ústavu ošetřovatelství, Filozofické fakulty a dokonce dvě ukrajinské studentky. Je to skvělý příklad mezioborové a mezifakultní spolupráce, v němž se díky přímému společenskému působení naplňuje v nejvlastnějším slova smyslu třetí role univerzity.

Prof. MUDr. Marcela Grünerová – Lippertová, PhD., přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

Největším úspěchem naší kliniky je asi zavedení neinvazivní neuromodulace po získaném poškození mozku. K dnes dostupným možnostem neinvazivní neuromodulace je repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) a transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS). Použití působení stejnosměrného proudu za účelem modulace aktivity centrálního nervového systému, v dnešní době známé jako transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS), není metodou zcela novou, od konce 90. let byl tDCS opět intenzivně zkoumán jak s ohledem na neurobiologické principy, tak s ohledem na možnosti klinické aplikace, přičemž se doposud některé aplikace osvědčily i v každodenní klinické praxi. V současnosti je tato metoda považována za slibnou možnost ovlivnění mozkové aktivity, použitelnou jak k výzkumu kortikální reprezentace sensorimotorických, kognitivních a dalších funkcí s potenciálem pozitivně terapeuticky ovlivnit nejrůznější formy neurologických a psychických poruch.

V oblasti psychiatrie je transkraniální stimulace stejnosměrným proudem neinvazivní metodou mozkové stimulace, která vede ke změnám různých psychických procesů a je prokazatelná kvalitativními i kvantitativními neuropsychiatrickými metodami. Využití tDCS se neustále rozšiřuje, k nejčastějším nyní užívaným indikacím patří psychiatrické diagnózy jako deprese nebo schizofrenie, dále se tDCS využívá v léčbě neuropatické bolesti, ke zlepšení motorických funkcí například po cévní mozkové příhodě. Dále probíhají výzkumy u postkovidového syndromu a využívá se také ke zlepšení kognitivních funkcí, dysfagie a afázie.

MUDr. Martin Seifert, vedoucí Kabinetu praktického lékařství 3. LF UK

Vnímám vícero menších úspěchů Kabinetu praktického lékařství v minulém roce. Uvedu ty významnější. Dařilo se nám umístit všechny studenty pátého a šestého ročníku českého i anglického kurikula na jednodenní i týdenní stáže do ordinací praktických lékařů a to bez jakýchkoli organizačních zádrhelů. Všichni studenti pak také o svých stážích písemně i ústně referovali a my jsme s nimi o jejich zkušenostech diskutovali.

Také se podařilo zrealizovat první pilotní ročník projektu Šumavský doktor, který se setkal s obrovským zájmem studentů, a všichni účastníci byli také velmi spokojeni. I na druhý ročník, který právě končí, jsme museli vybírat z velkého množství zájemců. Jedná se o skupinovou stáž v ordinacích praktických lékařů v českém i německém Pošumaví. Studenti bydlí společně a po celé dva týdny mají také po večerech a o víkendech odborný i společenský program. Stejně jako při povinných stážích i zde je vždy v ordinaci jeden student na jednoho školitele.

Nečekaně úspěšné bylo také informační odpoledne pro zájemce o všeobecné praktické lékařství, které se konalo 5. května v Burianově posluchárně. Posluchárna byla téměř plná, přičemž polovinu tvořili studenti 3. LF a polovinu studenti 1. LF. Studenti se dlouho po oficiálním konci doptávali individuálně všech přednášejících na podrobnosti, tipy a možnosti stážování. Tento rok akci opakujeme s mírně odlišným a aktualizovaným programem 4. května od 16 hodin opět v Burianově posluchárně.

A konečně náš trvalý úspěch představuje výuka komunikace formou simulací běžných situací v ordinaci praktického lékaře. K semináři, který je povinný pro všechny studenty 5. ročníku a který je vždy oceňován jako nejlepší část naší výuky, tento rok přibyl povinně volitelný kurz, který byl naplněn. Studenti se tvářili velmi spokojeně.

Děkuji za možnost předávat dál to, co si myslím, že je pro lékaře důležité! *I touch the future, I teach.* (Christa McAuliffe)

PhDr. Hana Svobodová, PhD., přednostka Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK

Za největší úspěch ústavu považuji velký zájem o studium bakalářského oboru Všeobecné ošetřovatelství a navazujícího magisterského programu Intenzivní péče a hlavně „poptávku“ po těchto našich absolventkách a absolventech. Je to pro nás nejlepší zpětná vazba, že práci děláme dobře, a přála bych si tuto cestu vzdělávání udržet i nadále.

Konkrétním úspěšným dnem byl 29. duben a každoroční slavnostní akce Sestra roku. V kategorii „sestra v managementu a vzdělávání“ zvítězil náš kolega Mgr. Tomáš Komínek. Tomáš je zároveň vrchní sestrou Kliniky transplantční chirurgie IKEM, kde působí již přes 20 let, je to náš vždy vstřícný a milý kolega a studenti oblíbený vyučující.

Potěšující bylo i ocenění absolventek druhého ročníku navazujícího magisterského programu Intenzivní péče (ročník studia 2020-2022) děkanem 3. LF UK na jejich slavnostní promoci, a to za aktivní a dlouhodobou pomoc ve zdravotnických zařízeních v čase pandemie v letech 2020 a 2021. Jejich nasazení bylo obdivuhodné. Studentky se staly členkami nově vytvořených pracovních týmů, které se staraly o pacienty v nejtěžším stavu, nastupovaly na dvanáctihodinové směny z velké části trávené v ochranných oblecích Tyvec a přitom se učily. Některé z absolventek se podílejí i na výuce studentů v simulačním centru již nyní.

Velmi ceněným počinem roku byla spolupráce dvou fakult UK – spoluprací Ústavu jazyků 3. LF UK, Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK a Filozofickou fakultou UK vznikla učebnice pro ukrajinské pracovníky ve zdravotnictví. Spoluautorkami byly i dvě ukrajinské studentky – jedna z 3. LF UK a jedna z FF UK. Vedoucí autorského kolektivu Mgr. Iveta Čermáková z Ústavu jazyků 3. LF UK, říká, že „jde o součást charitativního projektu, který vznikl spontánně ihned po ruském útoku na Ukrajinu: chtěli jsme pomoci zejména ženám, které utíkaly před válkou a chtěly se i v České republice věnovat své zdravotnické profesi“. Za náš ústav se na této práci podílely kolegyně PhDr. Marie Zvoníčková a Mgr. Tereza Bakusová.

Jsem velmi ráda, že jsme obdrželi projekt a finanční podporu na tvorbu multimediálního e-learningového portálu pro praktickou výuku našich studentů. Máme tak možnost vytvářet audiovizuální moderní postupy, které studentům mnohem lépe přiblíží pravidla a principy činností a procesů ve zdravotnické praxi.

Rok 2022 byl mým dvacátým rokem působení na 3. LF UK. Za všemi úspěchy Ústavu ošetřovatelství stojí tým asistentek a asistentů Ústavu ošetřovatelství, jejich nadšení a chuť tvořit a vymýšlet inovace ve výuce. Je radost s nimi pracovat!

Doc. MUDr. František Duška, PhD., přednosta Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV

Asi největší úspěch roku 2022 byl, že jsme začátkem roku zvládli poslední vlnu covidu-19 a tým to celé přestál.

Doc. PharmDr. Magdaléna Šustková, CSc., docentka Ústavu farmakologie 3. LF UK

V uplynulém kalendářním roce 2022 byl naší neuropsychofarmakologické skupině Ústavu farmakologie publikován velký přehledový souhrnný článek, který shrnuje námi dlouhodobě studovanou problematiku mechanismů závislosti na zejména ne-alkoholových návykových látkách, výzkum možné účasti centrální ghrelinové signalizace v těchto mechanismech a výzkum antagonismu receptorů pro ghrelin, tedy sekretagogu růstového hormonu typu A1 (GHS-R1A) jako potenciálního nového přístupu v léčbě závislostí na stimulantech (metamfetamin), opioidech a kanabinoidech – nemalá část poznatků shrnutých v tomto přehledovém článku pochází z našeho vlastního výzkumu. Proto považujeme tuto práci za důležitou, i když nejde o článek s novými daty. Článek byl publikován v roce 2022 a byl již čtyřikrát citován.

Doc. MUDr. Robert Zajíček, PhD., přednosta Kliniky popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV

Za největší úspěch v minulém roce považuji to, že se nám podařilo efektivně, rychle a komplexně pomoci popáleným pacientům z válkou zužované Ukrajiny. Z vědecko-výzkumného hlediska pak vytvoření multidisciplinárního týmu a unikátní koncepce rehabilitace mozku (brain lightening) u kriticky popálených pacientů.

Hippokratova přísaha

Petr Widimský

Absolventi všeobecného lékařství skládají slavnostní přísahu v latinském jazyce. V dnešní době je však do-rozumivacím jazykem mezi národy angličtina, nikoli latina. Proto naprostá většina studentů a z velké části i pedagogů latinskému textu nerozumí. O čem tedy je přísaha, kterou jako první zformuloval kolem roku 400 před naším letopočtem zakladatel racionální medicíny Hippokratés z Kósu se svými žáky? Původní text známý dnes ze souboru děl Hippokrata a jeho žáků „Corpus Hippocraticum“ zní:

Přisahám a volám Apollóna lékaře a Asklépia a Hygieiu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat. Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou pro mne jako moji bratři. Pokud po znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího. Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystřihám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné. Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu. Svůj život uchovám v čistotě

a bohobojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takového řemeslo provádějí. Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystřihám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co se nesmí sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti. Když tuto přísahu dodržím a neporuším, nechť ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, nechť stane se pravý opak.

Před několika dny jsem měl možnost navštívit pozůstatky největšího léčitelského centra starověku – Asklépiův chrám v Epidauru, v jehož těsném sousedství se nachází nejzachovalejší starověké divadlo s kapacitou 14 tisíc diváků. Je fascinující si uvědomit, co vše pro nás staří Řekové znamenají, co vše od nich přejímáme s velkou úctou a pokorou – lékařská přísaha je jedno z těchto mnoha dědictví, které přetrvalo 2 500 let a nemůže být válkami ani zemětřeseními zničeno tak, jak byly většinou poničeny fyzické památky.

V novověku byla samozřejmě tato přísaha upravena tak, aby si uchovala své etické a morální poslání, ale aby odpovídala současné medicíně a společnosti. Lékaři tedy dnes nepřisahají na řecké bohy, zákaz řezání lidského těla působí dnes velmi úsměvně, ve

většině zemí nejsou lékařům přísahou zapovězeny interrupce, samozřejmě zmizela i zmínka o otrocích a o výlučné výuce pro syny své a syny svých učitelů a ani my učitelé neslibujeme, že budeme učit studenty zdarma a bez smlouvy. Toto vše jsou ale jen vnější záležitosti. Ten hluboký vnitřní smysl Hippokratovy přísahy zůstal i po 24 stoletích nezměněn: úcta lékaře k těm, kdo ho medicíně naučili, prospěch nemocného vždy na prvním místě, úcta k životu a zákaz euthanasie, uchovávaní lékařského tajemství.

Nejvýznamnější modernizací prošla lékařská přísaha po 2. světové válce v reakci na zvěrstva, na nichž se podíleli i někteří lékaři. Roku 1948 byl vydán Ženevský lékařský slib tohoto znění:

Ve chvíli, kdy nastupuji profesionální lékařskou dráhu, zavazuji se slavnostně, že svůj život zasvěťím službě lidstvu. Svě učitele budu zachovávat v patřičné úctě a vděčnosti. Svě povolání budu vykonávat svědomitě a důstojně. Zdraví mých pacientů bude mým nejprřednějším zájmem. Budu zachovávat v tajnosti vše, co mi důvěrně svěří. Vše mi dostupnými prostředky budu udržovat čest a důstojně provozování lékařského povolání. Svě kolegy budu považovat za své bratry. Nedopustím, aby se náboženské, nacionalistické, rasistické, stranické nebo třídní předsudky vetřely mezi mé povinnosti a pacienty. Budu s největší pozorností ochraňovat lidský život, a to od okamžiku jeho vzniku. Ani nátlak a vyhrožování mne nedonutí k tomu, abych své lékařské znalosti obrátil proti některému člověku. Toto slibuji slavnostně, svobodně a na svou čest.

V období před rokem 1989 lékaři u nás přísahali Československé socialistické republice a jejímu lidu, slibovali, že budou plnit poslání vědy pro socialistickou společnost a podobně. I v té době však etický a morální rozměr lékařské přísahy zůstal nezměněný. Po

roce 1990 byl slib modifikován do současné podoby. I dnes se však vedou diskuze o některých částech slibu – například o tom, zda lékaři mají „řídít život zdravých i nemocných“ (jak uvádějí sliby na některých univerzitách), mohou se mezi státy či mezi univerzitami lišit postoje k interrupcím, k euthanasii, klonování či jiným eticky závažným otázkám.

Jsem pevně přesvědčen, že léta strávená na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy přinesla jejím absolventům dostatek příležitostí k zamyšlení nad celou šíří etických a morálních aspektů současné medicíny a že jsou tedy plně připraveni převzít odpovědnost, která se před nimi jako před lékaři otevírá. Pokud ke své práci budou přistupovat s pokorou, odpovědností, pílí, vytrvalostí a úctou k člověku, budou zcela jistě vynikajícími lékaři.

Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque sit.

Mírně upravený proslov děkana 3. LF UK prof. Widimského pronesený při promoci absolventů všeobecného lékařství 13. července 2022.



Naděje, Víra, Láska, Dobrá vůle: symbolická jména jihočeských rybníků

Petr Widimský

Vzdělaná sestra v intenzivní péči je dnes naprosto klíčovou osobou v péči o kriticky nemocné pacienty. To se ukázalo více než zřetelně v probíhající covidové pandemii, která poznamenala životy nás všech mnoha

způsoby. Většinou velmi nepříjemnými, ale jak praví staré přísloví „vše špatné může být i k něčemu dobré“. Tím pozitivem je, že lidé v České republice kvůli omezení cestování do zahraničí lépe poznali svou vlastní

zemi. Žijeme v krásné zemi s bohatou kulturou, pracovitými lidmi a nádhernou přírodou. Dovolte mi malou osobní vzpomínku. V létě jsem se zatoulal do místa, které mne okouzlo – do oblasti Nadějské rybníční soustavy mezi Třeboní a Veselím nad Lužnicí. Soustava 13 těsně sousedících rybníků oddělených hrázemi a stromy je obklopena lesy a krajina trochu připomíná Finsko. Co mne však zaujalo stejně jako krása této krajiny, byla jména čtyř největších rybníků. Ten úplně největší se jmenuje Naděje, ty další tři pak Víra, Láska a Dobrá vůle. Jména pro rybníky neobvyklá, ale s krásou toho místa pěkně korespondující – názvy symbolizují též to, co je důležité pro práci sester intenzivní péče.

Pacientům dávají **naději** na uzdravení nebo alespoň na zmírnění potíží. Tato naděje je pro psychiku nemocných nesmírně důležitá. Je třeba dávat naději i tam, kde přísně vědecky vzato, téměř žádná neexistuje. Slůvko „téměř“ ale právě znamená to, že naděje existuje vždy. Moderní medicína na jedné straně musí pacienta objektivně informovat, ale na druhé straně i u těch nejvážnějších chorob mu musí dát naději.

Podobné je to s **vírou**. Pacienti musí sestřím věřit a ony samy musí věřit ve své schopnosti. Pacienti musí věřit, že jim sestry pomohou a že oni s jejich pomocí svou nemoc zvládnou. Ale samozřejmě slovo víra má i mnohem širší, hluboce osobní význam. Víra takto chápaná pomáhá v těžkých okamžicích – právě při nemoci nebo úrazu, anebo v tom nejtěžším případě, kdy medicína již nedokáže situaci zvládnout.

Dobrá sestra má ráda své pacienty a pacienti pokud z ní cítí tuto lidskou **lásku**, tak jí oplácejí stejnou mincí a vzniká zcela unikátní pouto sestra – pacient, které

pacientům pomáhá v uzdravení a sestřím přináší pracovní i lidské uspokojení.

A konečně i tak prostý výraz jako **dobrá vůle** má velký význam pro vznik dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem. Pacienti jsou jen málokdy schopni rozpoznat objektivní odborné kvality (tedy znalosti a vědomosti) zdravotníků, zato zcela spolehlivě poznají, zda má zdravotnický pracovník dobrou vůli se jim věnovat a učinit maximum pro jejich léčbu. Většina situací, kdy si pacienti stěžují na péči, nesouvisí s její objektivní kvalitou, ale právě s nedostatkem dobré vůle ze strany zdravotníků – zejména pokud jde o čas, který věnují rozhovorům s nemocnými.

Rybníky v jižních Čechách zakládal Jakub Krčín z Jelčan. Založil i zmíněné rybníky s krásnými názvy – konkrétně v letech 1577 až 1579. Méně je však známo, že Krčín studoval na Univerzitě Karlově – ale studium nedokončil. Promující sestry však byly ve studiu úspěšnější než pan Krčín – a slavnostní promoce je toho krásným završením.

Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque sit.

Mírně upravená řeč děkana prof. Widimského pronesená na promoci absolventů navazujícího magisterského programu intenzivní péče dne 1. listopadu 2022.

Utrpení, rozum, svědomí

Petr Widimský

Do jakého světa vstupují novopečení lékaři? Třicetileté období 1989 až 2019 (kdy se narodili a prožili své dětství a začátek mládí) bylo nejlepší dobou v celých dějinách Evropy (a nejspíš to platí i pro většinu dalších oblastí světa) – pokud jde o mír, vzdělání, míru svobody jedince a uspokojování základních lidských potřeb. Pandemie covidu, která od jara 2020 postupně postihla celý svět, nám však ukázala, že tomu tak nemusí být napořád. Během pandemie se vedle nezištné pomoci šířilo také mnoho lží a občas i nenávisti, zejména díky rozdílným názorům mezi většinovou populací a „popírači covidu“. A sotva pandemie povolila své sevření, začala na východ od nás krutá válka, jejíž dopady již nyní cítí velká část světa – minimálně ve formě poklesu ekonomiky a hrozby výrazného poklesu životní úrovně.

Čím to je, že obě tyto neblahé události poměrně ostře rozdělily společnost? Čím to je, že řada lidí (včetně několika známých lékařů) v situaci, kdy na covidovou pneumonii v nemocnicích umíraly desítky (a v nejhrošších měsících dokonce stovky) našich spoluobčanů každý den, odmítala připustit, že čelíme něčemu závažnému a že na to musíme reagovat razantními, byť nepopulárními kroky? Proč i poté, co zemřelo přibližně 50 tisíc našich občanů navíc, u nás existují lidé, kteří odmítají tak banální opatření jako jsou roušky? Je to bezohlednost? Je to hloupost? Smutné je nyní i to, že většina těchto lidí má také jiný pohled na současnou válku a na pomoc válečným uprchlíkům, nežli většina populace.

V podobných situacích je třeba si připomenout slova Václava Havla: „Každé lidské utrpení se týká každé lidské bytosti. Lhostejnost k druhým a lhostejnost k osudu celku je přesně to, co otevírá dveře zlu.“

Je pro mne velkou ctí, že mohu pracovat mezi studenty, kteří nejsou lhostejní k utrpení druhých. Již tím, že se rozhodli studovat medicínu, dali najevo, že jim lidské utrpení není lhostejné a že chtějí svůj život věnovat jeho zmírnění. Toto odhodlání projeví velmi přesvědčivým způsobem při dobrovolné pomoci v rámci covidové pandemie, ale také řadou dalších aktivit – například léčbou chudých venkovanů v Africe, nezištnou péčí o pražské bezdomovce přímo v ulicích či pod mosty a letos též namáhavou zdravotní službou na pražském nádraží při péči o válečné uprchlíky z Ukrajiny.

Z celého srdce přeji absolventům i jejich budoucím pacientům, aby jim odhodlání vydrželo po celý život. Určitě se během svého profesního života setkají se situacemi, které se jim nebudou líbit, určitě budou často svou prací unaveni, setkají se jistě i s neúspěchy (medicína nikdy nebude schopna zachránit všechny pacienty), ale věřím, že je to nejenže nezlomí, ale že to znásobí jejich odhodlání pomáhat ze všech sil. Medicína je krásné povolání jak tím, že v naprosté většině případů lékař dokáže pacientovi ulevit či pomoci, tak i tím, že se jedná o nesmírně pestrou práci. Každý pacient je „originál“. I po desetiletích praxe jsou zkušenými lékaři překvapeni novými nemocemi nebo novými projevy

známých nemocí. V tom nejlepším slova smyslu se tedy každý lékař celý život učí a tím si zachovává duševní mládí, předchází tím i syndromu vyhoření.

Dobrý lékař musí ve své práci samozřejmě používat jako hlavní pracovní nástroj svůj rozum – tedy své vědomosti, znalosti, zkušenosti, schopnost racionální úvahy vedoucí k přesné diagnóze a správnému léčebnému postupu. Nicméně rozum sám nestačí k tomu, aby i nemocný pacient vnímal svého lékaře jako dobrého lékaře. Pacient i při ryze fyzické chorobě má raněnou nebo minimálně oslaběnou duši. Proto dobrý lékař musí být ve vztahu k pacientovi také dobrým člověkem, musí umět rozdávat lásku k lidem v tom nejryzejším smyslu slova. Z pohledu pacienta je dobrým lékařem často hlavně ten lékař, který je na pacienta hodný.

Dnešní absolventi vstupují do lékařské praxe v době, kdy je povolání lékaře vysoko společensky ce-

něno a současně se i zlepšuje jeho ekonomické ocenění. Ekonomické zájmy by však nikdy neměly převyšovat nad zájmy pacientů. „Naše svědomí musí dohnat náš rozum, jinak jsme ztraceni,“ řekl Václav Havel. Kdo používá v maximální míře svůj rozum a současně má čisté svědomí, že nezištně pro pacienta udělal maximum, je vynikající lékařkou či lékařem.

Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque sit.

Text je mírně upravenou verzí proslovu předneseného prof. Widimským, děkanem 3. LF, u příležitosti promoce absolventů všeobecného lékařství 1. listopadu 2022.

Studentka Anna Krejčová získala cenu MŠMT

Studentce Anně Krejčové byla 12. prosince udělena cena ministra školství, mládeže a tělovýchovy za mimořádné činy studentů. Ocenění převzala z ministrových rukou v budově Senátu.

Annu si dnes všichni spojí se studentskou dobrovolnickou pomocí ukrajinským uprchlíkům. Na začátku válečného konfliktu na Ukrajině se se svými spolužáky vydala pomoci přijíždějícím uprchlíkům na Hlavní nádraží v Praze. Původní plán, pomoci s občerstvením a zavazadly, však nabral jiný směr. Po zjištění, že na místě chybí zdravotníci, kontaktovala další kolegy z 3. lékařské fakulty a během pár hodin sestavili provizorní ošetrovnu. Zdravotnickou pomoc ve spolupráci se Zdravotní záchrannou službou Hlavního města Prahy a později i Českým červeným křížem nakonec na Hlavním nádraží poskytovali studenti z pražských lékařských fakult téměř půl roku.





Zájemci o studium na fakultě využili dne otevřených dveří

Tereza Bečvářová, studentka 2. ročníku všeobecného lékařství

V pátek 6. ledna se všem nadějným uchazečům bakalářských a magisterských programů otevřely dveře do prostor 3. lékařské fakulty. Uchazeči měli možnost se podívat, jak život a studium na naší fakultě vypadá.

Ve velkých posluchárnách probíhal hlavní program, který začal skladbou v podání našich studentů, na ni

navazovalo úvodní slovo děkana fakulty prof. Petra Widimského a následoval proděkan pro studium dr. David Marx, který uchazečům přiblížil informace o přijímacích zkouškách, životě a možnostech na fakultě a na začal i téma lékařství jako takového. Pan proděkan skvěle naladil atmosféru v posluchárně na nástup předsedů



studentských spolků: Trimed, IFMSA a Cesta ven. Ti představili konkrétní možnosti seberealizace na fakultě – sport, hudba a umění, vzdělávání sebe i veřejnosti, zábava, pomoc lidem v nouzi nebo samotná práce ve spolku. Zájemci také měli možnost zúčastnit se oblíbené přednášky „nanečisto“ s dr. Josefem Fontanou a vyzkoušet si tak alespoň na chvíli studium na univerzitě na vlastní kůži.

Následoval opravdu bohatý doprovodný program. Jedním z největších lákadel byla návštěva klinik, které jsou součástí areálu FNKV. Studenti fyzioterapie před-

vedli uchazečům test hypermobility. U nutričních terapeutů mohli uchazeči ochutnat nejen skvělou kávu, ale mohli se nechat změřit pomocí přístroje InBody, který jim stanovil složení těla, což bylo možné následovně prokonzultovat se studenty. Dentální hygienistky měly připravené barevné indikátory zubního plaku a také poučily zájemce o správné technice čištění zubů. Studenti ošetřovatelství naučili uchazeče odebírat pacientovi krev a základní praktické úkony z ošetřovatelství. Nechybělo oblíbené chirurgické šití, výuka histologie u mikroskopů, EKG, ultrasonografie, první pomoc, virtuální realita a informace o výuce modulu A a B.

Tento rok byl o Den otevřených dveří opravdu velký zájem, na fakultu se přišlo podívat přes 1 100 uchazečů. Chtěla bych tímto poděkovat všem studentům, studijnímu oddělení a pedagogům, kteří se na Dni otevřených dveří podíleli a přidali ruku k dílu. Myslím si, že jsme společnými silami dokázali vytvořit na fakultě velmi příjemnou atmosféru a zážitek pro uchazeče, na který jen tak nezapomenou, a motivovali jsme je k tomu, aby jednou rozšířili naše řady.





Veletrh práce po deváté

Andrej Jasovský, student 3. ročníku všeobecného lékařství

Trimed Job, veletrh práce 3. lékařské fakulty je akce pořádaná spolkem studentů Trimed ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK pod záštitou děkana prof. Petra Widimského. Již devátý ročník se uskutečnil 22. listopadu v budově děkanátu 3. lékařské fakulty.

Cílem události zdaleka není pouze prezentace volných pracovních pozic. Snažíme se účastníkům přiblížit, jaké možnosti přicházejí po vystudování lékařské fakulty, a pomoci jim tyto plány realizovat. V čase od 10 do 17 hodin se v Syllabově, Burianově a Jonášově posluchárně konaly různé popularizační přednášky.

Návštěvníci měli možnost seznámit se s aspekty vzdělávacího procesu ve zdravotnictví, prací v rozvojových zemích či vědě. Bylo pro nás obrovskou ctí přivítat a vyslechnout přednášky od prof. RNDr. Evy Zažímalové, CSc., předsedkyně Akademie věd, a MUDr. Zdeňka Hříba, primátora Prahy. Úkolem přednášek bylo mimo jiné přiblížit charakter jednotlivých oborů tak, aby ti, kdo ještě nemají o svém oboru jasno, mohli získat co nejlepší představu a zhodnotit své předpoklady. Z těch zahraničních bychom rádi jmenovali prezentace anglicky a německy mluvících zemí, kam naši studenti nejčastěji

vyrážejí. Dopoledne v Burianově posluchárně bylo věnované také všeobecnému ošetřovatelství s cílem poukázat na důležitost a rozmanitost tohoto oboru.

V průběhu celého programu ve vestibulu fakulty probíhaly prezentace zdravotnických zařízení, kde studenti měli jedinečnou možnost domluvit si stáže, praxe či získat informace o nabídce pracovních míst. Účastnilo se 20 zařízení z celé České republiky a jedno z Německa. Po dvou ročnících, silně ovlivněných pandemií covid-19, jsme konečně měli možnost oživit veletrh Trimed Job v plné funkčnosti. Věříme, že se nám podaří úspěšně navázat i letos a uvidíme se znovu na půdě 3. LF UK v listopadu 2023.

Autor je členem organizačního týmu Trimed Job.





Česko-německé pohraničí očima medika

Veronika Matraszek, studentka všeobecného lékařství

Že má 3. lékařská fakulta nadané studenty i v jiných oblastech, než je medicína, je známá věc. Velmi zajímavý koníček má také **Jan Vrána, student 1. ročníku všeobecného lékařství**. Věnuje se mapování historie Krkonoš a za svou práci v této oblasti dokonce získal ocenění od Sudetoněmeckého krajanského sdružení.

28. ledna letošního roku jsi v Mnichově získal cenu „Förderpreis für Volkstumpflege“. Za co přesně jsi cenu získal?

Tak já asi začnu překladem názvu té ceny. *Volkstum* znamená něco jako národní charakter a *Pflege* je opatrování, tudíž to volně lze přeložit jako udržování národ-

ních kulturních hodnot. *Förderpreis* je poté typ ceny, který se většinou uděluje mladým lidem, od kterých se očekává, že v daném oboru v budoucnu něco dokáží.

Já už se od roku 2016 pohybuji v tomto česko-německém prostředí, zejména tedy v oblasti česko-německých vztahů a česko-německé historie, a snažím se o dokumentaci historie Krkonoš jako bývalého německého regionu, rozvoj kulturního dědictví, porozumění problematice odsunu původních obyvatel Krkonoš... To teď zní trochu jako program nějakého vysoce postaveného politika, ale to tak vůbec není. Je to zkrátka nějaká osobní angažovanost, vlastně bych to nazval skoro drobnostmi, ale jak jich bylo víc, tak se o tom dozvěděli určití lidé a na základě toho jsem poté cenu získal.

Abych to ještě trošku rozvedl, snažím se vlastně také o jakési zvyšování povědomí o tématu odsunu Němců a bližší porozumění ze strany veřejnosti. Myslím si, že v českém školství tomu není věnován dostatečný prostor, respektive není zdůrazněno, jaký dopad to mělo na české země – tři miliony lidí, 20 tisíc zabitých, ekonomicky zničené pohraničí. Je potřeba o tom mluvit, aby se to neopakovalo a abychom chápali současnost, jelikož nás to doteď determinuje.

Jakými konkrétními kroky se snažíš o popularizaci tématu?

Ono to jsou, jak jsem říkal, spíš takové drobnosti – občas něco sepíšu do časopisu nebo na sociální síť, psal



jsem o tom také maturitní práci, jsem v kontaktu s institucemi, které se touto problematikou zabývají, a také se hodně setkávám s lidmi, které odsun zasáhl. S mou známou spravuji facebookovou skupinu Krkonoše: Rokytnice – Vrchlabí & region. Tam aktivně komunikují Češi z Rokytnice a my „luftáci“ s Němci, kteří byli vyhnáni po válce, či s jejich potomky. Sdílíme zde příspěvky a fotografie týkající se historie Rokytnice, ale i současné snímky, pořádaná setkání, akce a podobně. *(pozn. lufták - obyvatel velkého města, nejčastěji Pražan, který na víkend či svátky vyrazil do přírody – na vzduch – na luft)*

To znamená, že se setkáváš třeba přímo s rokytnickými Němci, jejichž rodiny byly odsunuty?

Ano. Setkávám se však u nás v Rokytnici také s původními obyvateli, kteří nebyli odsunuti a informace, které se od nich dozvím, poté rád předávám dál. Bohužel takových lidí moc není. Kdo nebyl násilně vyhnán a mohl z předem daných výjimek zůstat, často opustil svoji vlast dobrovolně. Pamatuju si na smutný text z německé knížky o Rokytnici. Jeden takový Němec tam psal něco ve smyslu: Co já bych tu zůstal... v celém údolí nás je už jen hrstka a nezbylo by nám nic jiného než na sebe jódlovat.

A ty jsi přímo z Krkonoš?

Nejsem, pocházím z Mladé Boleslavi, ale v Krkonoších máme chalupu, kde od dětství často bývám. Letos tam budu trávit své čtrnácté letní prázdniny.

Jak ses vůbec dostal k tomuto netradičnímu koníčku – mapování historie pohraničí?

Asi hlavně přes naši chalupu. Je to krásná přes 300 let stará roubenka, kterou koupil můj praděda těsně po

odsunu původních obyvatel. Když jsem tam jako dítě jezdil, děda mi vždy vyprávěl, že původně patřila Němcům, což ostatně lze vidět i v její architektuře a interiéru, který se snažíme zachovat v původní podobě. Později mě pak začalo zajímat, kdo vlastně byli ti Němci, proč tam byli, proč museli odejít, a jestli to bylo správně, nebo špatně.

Plánuješ nějaké další projekty v této oblasti?

26. května se zúčastním sudetoněmeckého setkání v bavorském Řezně. To se koná pravidelně každý rok a každý původně německý region v Čechách tam má svůj stánek – je tam stánek Šumavy, Krušných hor a právě také Krkonoš, s jehož organizací pomáhám.



Dále bych se chtěl v Rokytnici zasadit o vybudování památníku odsunutých Němců a obecně lidí, kteří během toho přišli o život. Napadlo mě, že by to třeba mohlo mít podobu lavičky a informační tabule, kde by si lidé mohli přečíst bližší informace.

Umíš německy?

Umím, ale není to zase taková sláva. Na setkáních je docela výhoda, že téměř všichni Němci, kteří byli odsunuti do Bavorska nebo celkově Západního Německa, umí velmi dobře anglicky. Většina mé komunikace tedy probíhá v angličtině.

Jak vlastně hledáš původní obyvatele Krkonoš? Máš na to nějaký systém?

Jedna má známá z Německa má tatínka, který se narodil v Rokytnici nad Jizerou. Již před několika lety mě začala seznamovat s různými lidmi s podobným osudem, a tím pádem jsem měl možnost si vybudovat síť kontaktů.

Napadlo tě někdy vydat příběhy lidí i v knižní formě?

Nad tím jsem zatím nepřemýšlel, spíš bych rád vytvořil nějaké informační letáky o německé historii Rokytnice. Ona bohužel stále panuje mezi staršími obyvateli určitá nevráživost nebo odpor k tomuto tématu – zkrátka se o tom nechtějí příliš bavit. I tak si ale myslím, že by v budoucnu mělo smysl něco takového vytvořit. Přeci jenom má Rokytnice mnohem delší německou historii než tu českou. Na to bychom neměli zapomínat.

Přemýšlel jsi nad tím, jak svou zálibu propojit s medicínou? Chtěl bys třeba v budoucnu být praktickým lékařem ve vesničce Krkonoších?



Určitě bych se po dokončení studia rád vrátil do mého regionu – ať už do nějaké menší nemocnice, nebo právě jako praktik.

Je ještě něco, co bys na závěr rád dodal?

Přál bych si, abychom my Češi přistupovali k odsunu otevřeněji. Aby naši politici mohli tento zločin veřejně odsoudit a nebyli lynčováni populistickými skupinami. Z německé strany vidím už mnoho let nabídnutou ruku k usmíření. Je tu mnoho pozitivních iniciativ na úrovni obcí. Třeba minulé léto proběhla v Rokytnici vícedenní česko-německá akce na připomenutí už téměř zapomenutého rokytnického spisovatele Franze Fühmanna. Tak snad se pomalu, ale jistě blýská na lepší časy.



***Blended International Program* věnovaný problematice neurologicky nemocných**

Kamila Řasová, Klinika rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

Blended International Program (BIP) organizovaly tři univerzity – Savonia University of Applied Sciences (Finsko), 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Theস্যলি University (Řecko). Společně byl vytvořen tříkreditový (ECTS) kurz v angličtině.

Virtuální část se konala 8. prosince a hlavním cílem tohoto setkání bylo kurz BIP studentům představit, vzájemně se seznámit, popsat nadcházející program

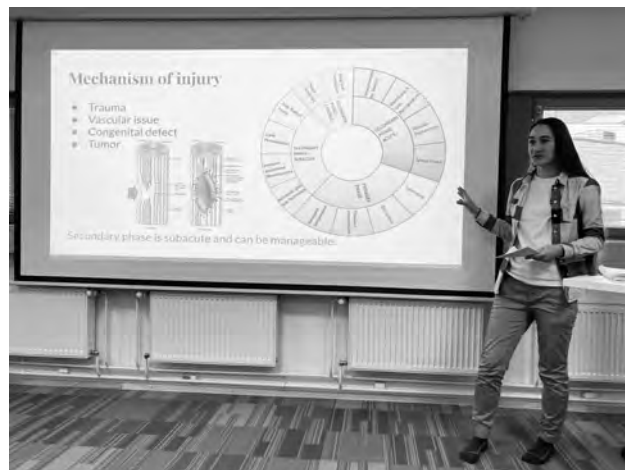
v Kuopiu a zadat studentům práci – připravit prezentaci své univerzity. Po této schůzce se studenti mohli přihlásit na platformu kurzu v Moodle a plnit své individuální a skupinové výukové úkoly.

Fyzické části BIP, která konala ve dnech 20. až 24. února na Univerzitě Kuopio se zúčastnilo více než 30 studentů a učitelů fyzioterapie. V kurzu byla představena rehabilitace neurologicky nemocných z různých

ných pohledů. Problematika cévní mozkové příhody, roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, dětí s neurologickými poruchami a rehabilitace a míšních lézí byla představena specialisty z různých univerzit. Studenti měli také možnost navštívit různá specializovaná rehabilitační centra. Následně problematiku zpracovali do článků, které budou publikovány v časopise Univerzity Kuopio. Svou skupinovou práci také prezentovali v přednáškách.



Celý týden doplňoval zajímavý doprovodný program, například bruslení na jezeře, návštěva finské sauny se společnou večeří či návštěva Kuopio Tower.



Josef Skládal – profesor klinické fyziologie

Pavel Čech

Narodil se 16. března 1898 v rakouské Vídni jako syn vojenského lékaře. Dospívání prožil v Kroměříži v kulturním prostředí přejícím jeho zálibám ve filozofii, malířství i entomologii a 1. července 1916 tam na gymnázium maturoval.

Za studií na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně byl jako asistent činný postupně v obou ústavech profesora Babáka – od 1. října 1919 na biologickém a 1. října 1921 až 30. listopadu 1923 na fyziologickém, načež byl 1. března 1924 až 28. února 1926 asistentem fyziologického ústavu Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Pro své vložky k vedení spolkového života byl zvolen předsedou Svazu čs. studentstva. Od 11. května 1926 sloužil jako sekundární lékař Masarykovy léčebny plicně chorých železničních zaměstnanců v Květnici u Popradu a po pražské promoci (MUDr.) 26. června 1926 sloužil od 1. července 1926 jako sekundář-ústavní lékař. 1. ledna 1928 až 30. listopadu 1930 byl ordinujícím lékařem a primářem plicního sanatoria Slezské humanity v Jablunkově. Mezitím podnikl tři studijní cesty (1929, 1930, 1931) do Paříže. Jako ředitel zemské plicní léčebny působil od 1. prosince 1930 v Pasece, od 1. července 1935 v Jevíčku. 21. dubna 1936 byl habilitován pro všeobecnou a experimentální patologii. 1. ledna 1937 až 31. března 1951 byl primářem oddělení pro TBC v nemocnici na Bulovce s přerušáním emigrací od srpna 1939 do 12. května 1945 (odešel přes Polsko do Francie, odtud do Anglie, kde byl předsedou zdravotní komise Čs. státní rady, později do USA, v srpnu 1944 jako šéf zdravotní služby

v rámci čs. vládní delegace do SSSR, od 1944 jako člen zdravotní komise UNRRA). Po válce byl předsedou Svazu čs. studentstva, členem Čs. výboru obránců míru a nositelem Řádu práce. 19. února 1946 s účinností od 1. října 1945 působil jako řádný profesor klinické fyziologie. Od roku 1948 byl přednostou ústavu klinické fyziologie LF UK.

Po zřízení Lékařské fakulty hygienické UK (1952) byl jmenován vedoucím oddělení patologické fyziologie LFH UK a po profesorech Burianovi (1881), Janků (1886), Šebkovi (1895), Bláhovi (1896) a docentu Stolzovi (1897) se stal šestým nejstarším členem akademické obce LFH UK. 1. srpna 1954 až 31. srpna 1956 byl profesorem i na Fakultě dětského lékařství UK. 1. února 1958 byl jmenován vedoucím katedry patologické fyziologie a farmakologie LFH UK a vedoucím ústavu patologické fyziologie tamtéž. 1. března 1970 odešel do důchodu a zemřel 31. července 1981.

Prof. Skládal byl autorem řady prací v oboru biologie, fyziologie, pneumologie, ftizeologie a veřejného zdravotnictví a budovatelem československého ústavnictví v boji proti tuberkulóze, jako jeden z průkopníků patofyziologie dýchání v diagnostice a terapii respiračních nemocí vydal za války anglickou monografii o kortikopleurální zóně (*The pleuro-subpleural zone*, Cambridge 1942). Byl členem a předsedou Čs. společnosti pneumologické a ftiseologické, členem Masarykovy ligy proti TBC, zakladatelem a redaktorem časopisu *Rozhledy v TBC* a spoluzakladatelem Mezinárodní společnosti pro patofyziologii dýchání.

Cena Lorem pro prof. Hromadníkovou

Letošní nejvyšší ocenění Česká hlava pro vědce za jejich patenty a objevy byly uděleny v Praze. Laureáty vybrala z desítek nominací odborná porota složená z předních českých vědců, jako je emeritní rektor VŠE Richard Hindls, psychiatr Cyril Höschl, neurochirurg Vladimír Beneš a další. O laureátovi Národní ceny vlády Česká hlava rozhoduje vláda na návrh Rady vlády pro výzkum, vývoj a inovace.

Cenu Lorem Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra, která se uděluje za nejlepší výzkum v oblasti zdravotnictví, získala prof. RNDr. Ilona Hromadníková, PhD., z Ústavu pro péči o matku a dítě za způsob predikce vzniku komplikací při těhotenství způsobených vysokým krevním tlakem. Prof. Hromadníková vyvinula novou metodu diagnostiky těchto

onemocnění spojených s vysokým krevním tlakem u těhotných žen. Umožňuje nemoc zjistit včas, s vysokou přesností a navíc v dostatečném předstihu. Metoda je uplatnitelná v každé průměrně vybavené genetické laboratoři, takže je i dostupná. Nová metoda byla patentována a licencována výrobní firmě, která nyní připravuje diagnostický kit k dodávkám na trh.

Ve své práci prof. Ilona Hromadníková objevila i dosud neznámou skutečnost, a to že nemocemi spojenými s vysokým tlakem trpí i děti, které se narodily z komplikované gravidity. I pro tyto případy vyvinula diagnostiku, která je též patentována a připravuje se pro trh.

Gratulujeme jubilantům narozeným v lednu, únoru, březnu a dubnu!

85 let

Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.

profesor Ústavu fyziologie 3. LF UK, emeritní přednosta Ústavu normální a patologické fyziologie 3. LF UK

80 let

Doc. MUDr. Dobroslava Jandová

emeritní přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK

70 let

MUDr. Jan Čermák

Klinika hrudní chirurgie 3. LF UK a FTN

MUDr. Olga Jiroutová

Stomatologická klinika 3. LF UK a FNKV

MUDr. Magdalena Koťová, PhD.

Stomatologická klinika 3. LF UK a FNKV

65 let

Prof. MUDr. Pavel Haninec, CSc.

přednosta Neurochirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jiří Hladík

přednosta Ústavu soudního lékařství 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc.

přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jitka Řezáčová

Ústav pro péči o matku a dítě

MUDr. Josef Šach

Ústav patologie 3. LF UK a FNKV

Doc. MUDr. Pavel Těšínský

Interní klinika 3. LF UK a FNKV

60 let

MUDr. Markéta Šejdová

Onkologická klinika 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA

přednostka Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV

Doc., PharmDr. Magdaléna Šustková, CSc.

docentka Ústavu farmakologie 3. LF UK

MEDICINA



Došly peníze. Co dál?

Jolana Boháčková

O reformě psychiatrické péče se u nás mluví už léta. Z dlouhodobě obsazených lůžek v psychiatrických léčebnách by se měli pacienti přesouvat do péče komunitní. Místo za ploty a zdmi by měli žít v normálním světě s podporou multidisciplinárních týmů sdružených v takzvaných centrech duševního zdraví. Podle plánu letos mělo být ve velkých psychiatrických nemocnicích o dva tisíce lůžek méně. Jaká je ale realita? Podle prof. MUDr. Jiřího Horáčka, PhD., přednosty Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF a NÚDZ, byla celá reforma od počátku ne úplně dobře řízená, nedomyšlená a týkala se velmi malého segmentu pacientů. Peníze na další pokračování nejsou, nicméně jakási představa o tom, jak by měla reformovaná psychiatrická péče v ideálním případě fungovat, už existuje. „Sto center duševního zdraví a desítky malých psychiatrických oddělení v krajských a okresních nemocnicích, považují za optimální řešení,“ říká prof. Horáček.

Kdy vznikla potřeba, aby se péče o psychiatrické pacienty přesunula z velkých psychiatrických léčeben do komunitní péče?

O tom, že bude komunitní péče vhodnější formou, jak poskytovat léčbu, se ví od 60. až 70. let, kdy vzniklo významné filozoficky a politicky inspirované „antipsychiatrické“ hnutí, podle něž je duševní porucha výtvorem společnosti. Společnost vytváří normy a co se nachází mimo normy, je označováno jako patologické, co se vymyká, mělo by být za branami, což platilo i pro oblast duševního zdraví. V 60. letech mnozí myslitelé přišli s kritikou tohoto stavu a tematika se objevila například v knize a filmu Přelet nad kukaččím hnízdem, který všichni známe.

70. léta přinesla trochu umírněnější podobu této myšlenky a v Itálii a Velké Británii skutečně začali s reformou psychiatrické péče. Většinu velkých psychiatrických nemocnic zavřeli a vznikla síť komunitní péče, která představovala a stále představuje značný pokrok a humanizaci v psychiatrii. Dlouhodobě hospitalizova-

ný klient s psychózou si zvykne na prostředí nemocnice a výrazně hůř se potom vrací do života, často je to úplně nemožné. Proto je důležité, aby se léčba odehrávala v komunitě, mimo velkou nemocnici, dříve označovanou jako léčebna. Samozřejmě to s sebou nese řadu problémů, což zjistili Britové i Italové, ale nějakým způsobem to funguje a i naše reforma se inspirovala v těchto dvou zmíněných zemích.

Evropská komise před několika lety začala vyvíjet tlak na členské země, aby velké psychiatrické nemocnice postupně nahrazoval systémem komunitní péče, aby se psychiatrická péče zkrátka víc humanizovala. Nicméně aby systém komunitní péče fungoval, musí vzniknout síť komunitních pracovišť, která pokryje celou zemi. Paralelně s budováním této sítě je možné zavírat psychiatrické léčebny. A to nelze učinit ze dne na den, bez hlubší analýzy a především modelování.

U nás se bohužel spustila reforma a vůbec nebylo jasné, kolik komunitních center musí vzniknout, jakou rychlostí mají vznikat a jakou rychlostí mají zanikat

velké psychiatrické nemocnice jako Bohnice. Realita byla taková, že se psychiatrické léčebny přejmenovaly na psychiatrické nemocnice a velká část peněz na reformu se použila na opravu psychiatrických nemocnic, což je zvláštní, protože nemocnice se měly zavírat. Ale zavírat se nezačaly, ačkoli pár komunitních center vzniklo. Reforma nebyla od začátku namodelovaná, neměla přesné milníky, žádný plán, jenom nějak zkrátka běžela, spotřebovaly se peníze a vznikla spousta různých rad. Bylo třeba, aby spolupracovalo mnoho různých segmentů psychiatrické péče, každý z nich ale měl a má naprosto odlišné zájmy.

Ve velkých psychiatrických nemocnicích ale ubylo lůžek...

V rámci psychiatrických nemocnic se začala lůžka následné péče měnit na lůžka akutní péče. Tedy: rušíme následnou péči, která stigmatizuje pacienty. Tí nyní budou hospitalizováni krátkodobě. Realita je ale taková, že se lůžka vykazují dle potřeby, jednou jako akutní, jindy jako následná, záleží na délce hospitalizace. Samotná idea se postupně vytratila a o deinstitucionalizaci se začalo mluvit stále méně. Ale není divu, protože ve skutečnosti plně nefunguje komunitní péče, do které by pacient po hospitalizaci přešel.

Vyhnout se hospitalizaci úplně by se dalo, pokud by pacient při nové atace zůstal doma a jezdil by za ním několikrát denně komunitní tým, což ale stojí peníze a vyžaduje to dobrou organizaci a profesionály. Takové týmy u nás existují a na některých místech to funguje skvěle, ale často se jedná o týmy, které fungovaly již před reformou jako neziskové organizace a jenom se přejmenovaly na centra duševního

zdraví. Řada z aktuálních třiceti center duševního zdraví už fungovala od 90. let jako takzvané Fokusy, nestátní neziskové organizace poskytující sociální služby vážně dlouhodobě duševně nemocným.

Akutní péče by se měla realizovat mimo psychiatrické nemocnice, protože právě tam dochází k stigmatizaci – když se u mladého člověka objeví psychóza, je přijatý do Bohnic, kde sdílí pokoj s dalšími lidmi, může sice chodit do krásného parku, jen to tam vypadá jak v zoologické zahradě. Nejhorší je, že se takto člověk identifikuje s duševní nemocí a s rolí pacienta, což je přesně to, co nechceme, a čemu měla reforma zabránit.

Zmíněné Fokusy fungují už léta, proč stát raději nepodpořil jejich rozšiřování do dalších regionů. To by nestačilo?

Stačilo, kdyby vzniklo sto Fokusů (minimálně jeden v každém okrese) po celé České republice. Dostaly by personál z postupně zavíraných psychiatrických nemocnic a vytvořil by se reálný systém komunitní péče. V každém okrese bychom potřebovali jedno velké centrum duševního zdraví, jedno malé psychiatrické oddělení ve všeobecné nemocnici, protože nějaká lůžka potřebujeme, a pak by se mohly postupně zavírat psychiatrické nemocnice. Takto měla být reforma postavená od samého začátku.

Spočítal někdo na začátku reformy, kolik bude potřeba lidí? Sociálních pracovníků, zdravotníků, lékařů, ...?

Nespočítal. Během reformy bylo realizováno 30 center duševního zdraví, z čehož část už fungovala před tím. Centra duševního zdraví (CDZ) poskytují převážně sociální péči a pacienti k tomu mají své

vlastní ambulantní psychiatry, když se nemoc zhorší, odcházejí do léčebny. Takto rozhodně neměla reforma vypadat.

Nepopírám, že někde to funguje velmi dobře. Komunitní péče, včetně komplementu – podpory bydlení, podpory práce – někde funguje (například kolem Prahy a větších měst), ale někde vůbec. A navíc mluvíme jen o malé části pacientů – centra duševního zdraví se starají jen asi o 1 500 lidí.

Reforma jen pro chronické pacienty se schizofrenií

Jakých diagnóz se reforma týká?

Aby reforma fungovala, měla by se týkat všech diagnóz. Dle inspirace v Británii, Itálii a částečně v Holandsku měla být vytvořena síť komunitní péče, která by byla pro každého. U nás ale síť vznikla jen pro malý segment chronických pacientů převážně se schizofrenií, kteří by jinak byli hospitalizováni v léčebnách. Skutečně je převzali z lůžek následné péče a starají se o ně, ale představují opravdu malou část psychiatrických pacientů, asi 1 500 až 1 600 lidí za rok. (Pro srovnání: jedna větší psychiatrická ambulance se postará o stovky pacientů ročně.)

S dalšími diagnózami tedy reforma vůbec nepočítala?

Ne. Deprese, úzkostné poruchy, neurózy, závislosti, u těchto diagnóz se s žádnou reformou ani nezačalo. Byl sepsán národní akční plán, ale vše zůstalo jen na papíře. Nicméně logika je taková, že to, co dělají léčebny, tedy starají se o všechny psychiatrické pacienty, se mělo přesunout do komunity. Takhle měla vypadat reforma, kdyby byla správně vedená, kdyby byla správně řízená.

Co se bude dít dál? Letos financování Evropskou unií končí.

Peníze došly, takže se nebude dít nic. Nový výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP, kterého jsem členem, připravil program, který vysvětluje, jak by v duchu reformy měla vypadat péče. Jak jsem říkal, sto CDZ a do sto malých psychiatrických oddělení. Pak se mohou postupně snižovat lůžka v léčebnách. Ale ani na krok A nejsou peníze, takže se o kroku B nemůže ani uvažovat. Přitom krok B už měl výrazně pokročit. Teď budeme muset odůvodnit u evropské komise, proč peníze, které byly určené na zavření dvou tisíc lůžek, nejsou, a lůžka se nezrušila.

Ale nějaká lůžka se zrušila, ne?

Byla zrušena lůžka takzvané následné péče, ale část z nich se změnila na lůžka akutní péče, takže na těch postelích stále leží lidé, stále zůstávají za zdmi léčeben. Léčba se má přizpůsobovat potřebám pacienta a ne tomu, co jsme v rámci reformy chtěli, ale nestihli. Od sud pramení moje kritika a nejsem zdaleka sám s tímto názorem.

Nedostatek odborníků všeho druhu

Jakou roli by v reformě měly hrát lékařské fakulty?

Zásadní, měly by vychovávat odborníky, kterých je všude nedostatek, v psychiatrii zvláště, v některých segmentech psychiatrie je to úplně tragické, například v dětské psychiatrii.

Dětské psychiatrie se reforma nějak týkala?

Těch málo lůžek, co máme pro dětské pacienty, se v jedné fázi snad mělo zrušit úplně, ale naštěstí se tak nestalo. Kolem reformy se pohybovalo hodně lidí, kteří

nebyli zdravotnickými profesionály, ale měli dobré srdce, byli to různí sociální aktivisté, kteří to jistě mysleli dobře. Pro nás však bylo hrozné sledovat, jak se ve skutečnosti rozpadá jakžtakž fungující obor.

Samozřejmě musíme začít na lékařských fakultách, je třeba vychovat odborníky, kteří budou specializovaní na poskytování péče v psychiatrické nemocnici či na lůžkovém oddělení nebo jako součást multidisciplinárního týmu v rámci komunitní péče, což představuje úplně jiný styl práce, jiné uvažování. Psychiatrie v komunitě vyžaduje mnohem asertivnější přístup k pacientům.

I další odbornosti v multidisciplinárním týmu potřebují vzdělání konkrétně v problematice péče o duševně nemocné. Je přeci jiné pracovat jako sociální pracovník v domově seniorů a jiné pracovat s člověkem se schizofrenií. Řešila se tato problematika na začátku reformy i s odbornými školami, které například sociální pracovníky vzdělávají?

Ne, vůbec. Měl být vytvořen plán a matematický model, který se měl rok zkusit v jednom kraji. To se ale nestalo. Každému doporučuji přečíst si národní akční plán, který je plný nekonkrétních proklamativních řečí, ale neobsahuje žádné konkrétní postupy a výpočty.

Vznikla nějaká oddělení ve všeobecných nemocnicích?

Asi dvě za celou dobu, což je dobře, ale je to zoufale málo. Potřebujeme, aby psychiatrie měla pokryté dva póly – sociální (podpora lidí v komunitě, aby se vrátili do práce, do školy) a zdravotnický (správně vyšetřit, vyloučit jiné příčiny nemoci, starat se o metabolické poruchy jako diabetes a podobně). Tyto dva póly musí být trvale balancované. Je třeba mít vždy

jedno centrum duševního zdraví a poblíž oddělení nemocnice, kde je možné hospitalizovat pacienta na krátkou dobu, aby byl zkompenzován a vyšetřen. Pak se vrátí do CDZ, kde se o něj postará nějaký asertivní výjezdový tým.

Aktuálně ale reforma končí, evropské zdroje byly vyčerpány a peníze nejsou. Máme 30 center duševního zdraví, které nejsou logicky zasazená do systému, máme ambulance, které fungují stejně jako před tím, a psychiatrické nemocnice, které fungují stejně jako před tím. Navíc se dlouho hledal model, kdo ty multidisciplinární týmy má platit, jaká je role pojišťovny a podobně? Tohle vůbec nebylo na začátku vyřešeno.

Když dala EU peníze na rozjezd reformy, nebylo to s podmínkou, že od roku 2023 už si bude muset ČR reformu financovat sama?

Měli jsme dostat závazku zrušení dvou tisíc lůžek v psychiatrických nemocnicích s tím, že pak už budeme pokračovat sami. To se nepovedlo.

Není reformy bez chyb

Jak vypadal reformní proces ve zmíněné Británii a Itálii?

Reforma skutečně proběhla, zavřeli velké psychiatrické léčebny, ale pochopitelně i tam čelí velkému množství problémů, protože se najednou nedostává lůžek. Proto začala vznikat soukromá lůžková zařízení, nejsou ale snadno dostupná, pacient musí často urazit velkou vzdálenost. Ideální by proto byl model, v němž by v každém okrese bylo malé oddělení při všeobecné nemocnici, která má zdravotnický komplement. Doufám, že se jednou k tomu modelu dostaneme.

V dokumentárním filmu Šárky Maixnerové „Na vlastní duši“ se jeden z psychiatrů zmínil, že má strach propustit schizofrenního pacienta do komunitní péče, protože se obává, že nefunguje, jak by měla, že o něj nebude řádně postaráno.

Odpovědnost má vždycky nakonec psychiatr, ne sociální pracovník. Což je problém, který je potřeba dořešit, aby to celé fungovalo. Já svoje pacienty posílám na podporu do CDZ a většina z nich je spokojená, ale v CDZ často nepřebírají onen zdravotnický pól, takže standardní péči řeší opět ambulantní psychiatr mimo CDZ. Někde to funguje i zdravotnický, jindy obecně se jedná spíš o sociální služby.

Co se bude dít teď? Co bude s 30 centry duševního zdraví?

Budou nějak fungovat. Už víme, co chceme, od ministerstva zdravotnictví přebírá iniciativu Psychiatrická společnost, která má odborníky, ovšem nulové zdroje. Nicméně musíme model sto CDZ a sto psychiatrických oddělení v nemocnicích prosazovat a zdroje najít – ať už evropské, domácí nebo obojí. Dobrá zpráva je, že už víme, co chceme. Je třeba ale dořešit spoustu věcí. Například psychiatrická zařízení mají být pod ministerstvem nebo krajem? Nad mnoha problémy se musíme zamyslet a nějak se rozhodnout. Nestací vědět, že je třeba se dostat z bodu A do bodu B.

Angažuje se v reformě Fokus?

Na začátku se určitě angažoval, ale mnoho lidí se během zmatené reformy velmi vyčerpalo. Nicméně Fokus je pro mě zlatý standard komunitních služeb.

Jak obecně dnes vypadá situace v oblasti duševního zdraví?

Duševní zdraví v populaci se zhoršuje, roste počet lidí, kteří potřebují nějakou pomoc, což souvisí s tím, že jsme byli vystaveni sérii globálních katastrof a výzev – od migrační krize, oteplování, covidu, ekonomické krize – to je šňůra problémů, které lidská schopnost odolnosti už nezvládne, takže nám nutně stoupl počet vážných psychiatrických onemocnění, ne schizofrenie, ani bipolární poruchy, ale neurotických poruch a depresí. Je víc lidí, kteří žádají a potřebují psychiatrickou pomoc.

Ale CDZ jsou naplněná, přijímají jen chronické pacienty z léčeben, aby je resocializovala, a neplní žádnou roli v nové vlně nemocných a psychických problémů, kterým čelíme u dětí i dospělých. Ambulantní lékaři jsou kompletně přetížení, limit pacientů, které mohou ošetřit, je už překročen, takže se o pacienty nemá kdo starat – ambulantní psychiatr musí denně odmítat mnoho nových pacientů.

Praktici místo psychiatrů

Mohli by pomoci praktičtí lékaři?

Role praktických lékařů bude určitě narůstat, což nemusí být nutně úplně špatně, protože v mnoha zemích všeobecní lékaři diagnostikují depresi, nasazují antidepressiva a mohou je měnit za druhou volbu léčby. Absolventi naší 3. lékařské fakulty jsou vedeni k tomu, aby uměli zaléčit nejen depresi, ale i běžnou neurózu, obsedantně-kompulzivní poruchu či schizofrenii. Myslím, že praktičtí lékaři nakonec budou muset péči o psychiatrické pacienty částečně přebrat, což je systémový problém. Například v Kanadě, kde jsem nějaký čas působil, to přesně takhle funguje. Než se dostanete k psy-

chiatrovi, léčí vás praktický lékař a jste v péči sociálních pracovníků a to i řadu měsíců.

Ale i u nás už jsme v oblasti afektivních poruch a deprese udělali obrovský skok a řada praktických lékařů to skutečně umí dobře léčit. První, na koho by se měl dnes obrátit člověk s psychickými potížemi, je praktický lékař. Ideální by bylo, kdyby mohl jít do centra duševního zdraví, kde by se o něj postarali, ale to zatím není možné.

Začala reforma psychiatrické péče i u našich sousedů?

Ne. V okolních státech se o tom spíše uvažuje a my se chlubíme, že patříme ve střední Evropě k průkopníkům.

A na severu?

Ve Švédsku už reforma proběhla, zrušila se psychiatrická zařízení a zbylo pár špičkových lůžkových výzkumných center. Velká část psychiatrických pacientů je léčena u praktických lékařů. Proto si dokážu představit, že i u nás posílíme roli praktických lékařů jako v Kanadě a Švédsku.

Budete nyní prosazovat nějaké konkrétní kroky?

Jsem ve výboru Psychiatrické společnosti a rád bych ovlivnil, co je ovlivnitelné. Jsem realista a vím, že reformu spustit znovu nemůžeme, napravit také ne, stěžovat si můžeme, ale nepomůže to. Je možné ale zaměřit se na jednoduché věci, které mohou udělat dramatickou změnu. Jedna z nich je zajistit, aby každá všeobecná nemocnice měla psychiatrického konziliáře alespoň na půl úvazku, který bude obcházet pacienty na různých odděleních, protože velká část psychiatrických potíží a morbidity se odehrává na somatických odděleních – na

chirurgii, interně, na ARO, kde často nevědí, jak s tím pracovat, nejsou na to školení. Přijmou dekompenzovaného diabetika s depresí, zachrání ho, pomohou mu a pošlou ho domů, ale on není psychiatricky léčen, znovu si tedy přestane aplikovat inzulin a za 14 dnů se vrací do nemocnice. Psychiatřiští pacienti se takto točí na somatických odděleních, kde čerpají spoustu prostředků – jedná se o osoby po sebevražedných pokusech, závislé na alkoholu, dekompenzované poruchy osobnosti, psychózy a další. Takže já se snažím se zasadit o to, aby v každé nemocnici byl aspoň jeden psychiatr, snažím se mít realistické cíle.

Cena Radany Königové pro BURN FIGHTERS

V úterý 17. ledna se na Klinice popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV konal slavnostní seminář spojený s udělením prestižní ceny prof. Radany Königové pro spolek BURN FIGHTERS. Organizaci založily pacientky kliniky, které byly vážně popálené, přežily těžké trauma a poté se rozhodly dobrovolně a nezištně pomáhat dalším popáleným pacientům. Tímto svým přístupem zcela naplňují humanitní odkaz paní profesorky a jsou inspirací dalším dobrovolníkům.



Proč se stát psychiatrem?

(anketa)

Jak zmiňuje prof. Horáček v rozhovoru, lékařské fakulty mohou na nedostatek psychiatrů, obzvláště těch dětských reagovat jedině tím, že budou své studenty motivovat, aby si vybrali právě tuto specializaci. Konkrétně na 3. lékařské fakultě je mezi studenty o obor dlouhodobě zájem. Trojice studentů se na jejich důvody a motivaci ptala Veronika Matraszek.

Proč se chcete stát psychiatrickou/psychiatrem?



Julie Motlová, studentka 6. ročníku všeobecného lékařství

Vyrostla jsem v rodině psychiatrů, jejichž zápal pro obor mě ovlivnil, a vytvořila jsem si díky němu k psychiatrii vztah. V rámci rok a půl dlouhé mediccké výpomoci během covidové pandemie jsem v Psychiatrické nemocnici Bohnice trávila s pacienty mnoho času, poslouchala jejich příběhy, a to mě utvrdilo v rozhodnutí věnovat se psychiatrii. Je to obor, který staví na navázání terapeutického vztahu lékaře s pacientem a pro výsledek léčby je rozhodující kontinuita péče. Mezi základní terapeutické nástroje patří farmakoterapie, psychotherapie a celá škála technik (například mindfulness). Psychiatrie má tudíž co nabídnout nejen pacientům a jejich blízkým, ale i všem lidem, kteří se aktivně zajímají o zachování duševního zdraví.

Albert Strunz, student 5. ročníku všeobecného lékařství

Nastoupil jsem na fakultu s tím, že jediná medicína, kterou jsem do té doby znal, byla psychiatrie, a že by se mi toto povolání také líbilo. Jak léta ubíhala, vyzkoušel jsem si mnoho jiných oborů a párkrát změnil názor, ale vždy jsem se k tomu vrátil. Líbí se mi specifický styl vyšetřování, diagnostiky a léčby, kontakt s pacienty, zajímají mne duševní onemocnění, a třeba do budoucna také možnost propojení s psychoterapeutickým výcvikem. Věřím, že mě bude tato práce bavit, a že bych v ní mohl být jednou (snad) dobrý.





Ellen Činková, studentka 6. ročníku všeobecného lékařství

Chtěla bych se věnovat pedopsychiatrii, protože mne baví práce s dětmi a adolescenty. Původně jsem chtěla dělat pediatrii, ale k péči o duši mám blízko v rodině a je stejně důležitá jako péče o fyzické tělo. Baví mne a dává mi smysl pomoc ve smyslu „běhu na dlouhou trať“, nepotřebuji rychle vidět výsledek. Je třeba zlepšovat kvalitu života a ukazovat, že i život s nemocí má smysl, a podílet se na detabuizaci duševních nemocí. To, že je pedopsychiatrie potřebná a zároveň dramaticky personálně poddimenzovaná, je další velké plus.



Hostující profesor Döhner

Ve středu 18. ledna zazněla v Syllabově posluchárně další z přednášek cyklu *Medicína jako věda*. Tentokrát na téma „obesity paradox“ a ujal se jí významný kardiolog, internista a nutriční specialista prof. Wolfram Döhner z berlínské Charité. Prof. Döhner je členem výboru Evropské kardiologické společnosti, publikoval více než 450 vědeckých článků a stal se hostujícím profesorem naší fakulty. Diplom mu slavnostně předal děkan fakulty prof. Widimský.

Prestižní Fulbrightovo stipendium

Mgr. Kristina Hakenová, postgraduální studentka Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF, získala prestižní Fulbrightovo stipendium, díky němuž může rozvíjet své znalosti v oboru stárnutí mozku na Harvardově univerzitě. Naváže tak na dosavadní výzkum v NÚDZ a 3. LF UK, v rámci nějž se pod vedením dr. K. Valeše věnuje vlivu střevní mikrobioty na kognitivní funkce. Získanou expertízu z Harvardovy univerzity by ráda přinesla zpět na 3. LF.



Psychiatrický pacient ve zdravotnické záchranné službě a na urgentním příjmu

Jana Šeblová

„Máš tam tři psychiatrické...“ říkají mi noční sestry odcházející (se zjevnou úlevou) z noční směny na urgentním příjmu. Tak to mám na celé dopoledne co dělat, pomyslím si, a vzápětí začínají sanitní vozy všech spádových záchranných služeb přivážet pacienty „nepsychiatrické“. Bolesti na hrudi a bolest při zlomené

noze tak dostávají přednost před bolestmi duše a má tři pacienti, každý v nějaké své individuální osobní krizi, musí ještě počkat. Obvyklý scénář, který se opakuje stále dokola.

Proč se tak zvyšují počty pacientů s obtížemi, kterým říkáme „psychosociální urgence“, v chaotickém

prostředí urgentních příjmů? Ke svěřování se s citlivými záležitostmi přece najdeme určitě mnohem vhodnější prostory a konstelace, než je hala „urgentu“, kde bývají mezi lůžky jen zástěny a soukromí je zde krajně nedostatkovou komoditou.

Důvodů je mnoho. Ubývá psychiatrů, zejména dětských, a ve stále komplikovanějším světě přibývá pacientů. Slibovaná reforma psychiatrické péče vážne, nebo alespoň v segmentech, které by ulevily systému urgentní péče. A v neposlední řadě: krize nepřicházejí spořádaně mezi 8 a 15:30 a nemůžete si je objednat na termín dva, tři měsíce dopředu. Takže ano, řešení psychických problémů našich pacientů je náplní práce lékaře urgentní medicíny i zdravotnických záchranářů všude na světě. Podle statistik příčin výjezdů ZZS v ČR dokonce asi pět až sedmkrát častěji než resuscitace a zhruba dvakrát častěji než akutní koronární syndrom, když uvedu jen pár příkladů. Četností výskytu „svých“ pacientů byli kdysi překvapeni i samotní psychiatři, když jsme se začali vzájemně bavit o tom, jak se nejlépe o pacienty postarat.

Výhody a nevýhody urgentního příjmu pro pacienta v krizi

Nevýhody převažují: prostředí a častou nutnost čekání jsem již zmiňovala, další v řadě je personál, který má přece jen vzdělání a výcvik zaměřený převážně jiným směrem. Psychiatrickými konziliáři disponují jen ty největší nemocnice, které mají zároveň psychiatrické lůžkové oddělení. Pacienti tak nedostávají potřebnou specializovanou péči. Pokud je pacient neklidný či dokonce agresivní, ohrožuje sebe, personál, ale i ostatní pacienty. Bezpečnost druhých pacientů se snižuje i nepřímo tím, že na zvládnání agrese jsou potřeba zdravot-

níci, kteří mohou chybět jinde. Dalším negativem je, že započatý rozhovor, třeba o tom, co vedlo k pokusu o sebevraždu, může být přerušeno nutností převzít další pacienty v závažných stavech.

Výhoda je v zásadě jediná: systém urgentní péče funguje 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Bez objednání.

Proto je řešení psychosociálních urgencí denním chlebem v urgentní medicíně a symptomatická diagnostika a základní orientace v tomto oboru je nutností. Není potřeba stanovovat komplikované diagnózy či se pouštět do nějaké složité medikace. Je potřeba zodpovědět si několik základních otázek. Každá z nich však v sobě skrývá mnoho úskalí.

1. Mohu vyloučit somatickou (organickou) příčinu změny psychického stavu?
2. Hrozí agrese?
3. Pokud ano, zvolím krátkodobé fyzické omezení nebo medikaci?
4. Pokud medikaci, zvolím benzodiazepiny nebo neuroleptika?
5. A otázka nejtěžší na závěr: pokud pacient odmítá předání do specializované péče (= k psychiatrickému vyšetření, což se v drtivé většině případů rovná transportu do jiného zdravotnického zařízení), splňuje podmínky léčby bez souhlasu podle platné legislativy?

K první otázce je potřeba znát celou medicínu, ke druhé umět přizpůsobit komunikaci tak, aby vůbec nebyla položena, u třetí mít dostatek nedostatkového personálu a přiměřenou fyzickou kondici i rychlé reakce, k zodpovězení čtvrté znát indikace a kontraindikace všech možných léků ve vztahu k předpokládané diagnóze

a k věkové skupině (tedy například i řešit geriatrické delirium či odvykací stav nebo intoxikaci čímkoliv) a pro pátku otázku umět i právo, nebo alespoň vše, co se týká zdravotnické legislativy. Naučit se dobře resuscitaci je proti tomu hračka.

Jakési psychiatrické minimum a nácviky komunikace v obtížných situacích se již dostávají do osnov škol pro zdravotnické záchranáře a do náplně postgraduálního vzdělávání lékařů v urgentní medicíně, ale velmi pozvolně. V praxi tak ještě zdaleka nedostávají pacienti s psychickými obtížemi péči ve stejné kvalitě, jako pacienti se zástavou oběhu, akutní cévní mozkovou příhodou, závažným traumatem či akutním koronárním syndromem.

Diskriminace, stigma a sebestigma psychiatrických pacientů

Zkuste si představit, že jdete na přijímací pohovor a říkáte: „Léčím se se schizofrenií, ale beru léky a jsem schopný/á tuto práci zcela bez problémů vykonávat.“ Nebo přiznat kolegům: „Pokusil/a jsem se o sebevraždu“, „Moje dítě má problémy s drogami“, „Můj otec trpí demencí.“ Nebo třeba i jen sdělit, že vás občas přepadnou záchvaty úzkosti nebo panické ataky, což jsou stavy, které nevzbuzují tolik negativních představ jako jiné diagnózy z okruhu psychiatrie. O blázních a šílených se vyprávějí vtipy, média referují o nebezpečných pacientech uprchlých z léčeben, chybí povědomí o realitě duševních nemocí ve veřejném prostoru. Odlišný a diskriminační přístup k pacientům s psychiatrickou diagnózou se spojuje i s diskriminací v jiných životních oblastech. Začíná to už od nejužších sociálních vazeb – rodiny a přátel. Pacienti často uvádějí buď obviňující, nebo naopak příliš ochranný postoj. Problémy mí-

vají v práci, v oblasti sociálního pojištění, při uzavírání půjček, při kontaktech s úřady, policií nebo se zdravotními pojišťovnami.

I mezi zdravotníky panují předsudky a spolu s menšími znalostmi v oblasti péče o osoby s psychickými problémy to vede až ke zhoršení péče v oblasti tělesného, někdy i duševního zdraví, zejména u pacientů se závažnějšími diagnózami (schizofrenie, těžká deprese, bipolární porucha). V mnoha studiích se potvrzuje, že psychiatrickí pacienti se v ordinacích setkávají s nespovedlivým přístupem, bagatelizací svých obtíží, označování příznaků za psychosomatické, k „zastínění“ příznaků somatického onemocnění psychiatrickou diagnózou. Dochází tím k oddálení péče, či dokonce k jejímu neposkytnutí. Rozbíhá se bludný kruh přejímání negativních emocí k sobě samému od okolí, k internalizaci postojů a předsudků, které ve společnosti panují, a k pocitům viny, k rozvoji sebestigmatizace. Může dojít k vyhýbání se sociálním kontaktům a k sociálnímu vyloučení, což následně zhoršuje i psychiatrické onemocnění.

Zásadní nerovnost v přístupu ke zdravotní péči nacházíme i v bohatých státech se všeobecným zdravotním pojištěním a snadným přístupem do systému (Švédsko, Austrálie a další). Někteří autoři to označují za smrtící formu diskriminace. Toto tvrzení není tak přehnané, jak by se mohlo na první pohled zdát: z mnoha studií na základě registrů (zdravotní statistiky, příčiny smrti a podobně) vyplývá, že pacienti s psychiatrickým onemocněním měli naději na dožití (= očekávanou střední délku života) až o 15 až 20 let nižší než běžná populace. Česká studie na základě analýzy registrů a příčin úmrtí ukázala, že vrchol mortality je u pacientů s psychiatrickou diagnózou ve věkové

skupině 60 až 64 let, zatímco u běžné populace 80 až 84 let. U mnoha nemocí mají psychiatričtí pacienti několikanásobně (dva až pětkrát) vyšší riziko úmrtí a na těchto úmrtích se nepodílejí vnější příčiny (nehody, sebevraždy), jak se předpokládalo dříve, ale z téměř 80 procent somatická onemocnění, zejména kardiovaskulární, respirační, metabolická a endokrinní nebo onemocnění gastrointestinálního traktu. Při léčbě těchto nemocí bývají diagnostikováni nedostatečně a pozdě a bývají léčeni hůře. Psychiatrickým pacientům se v případě akutních koronárních syndromů méně často provede perkutánní angioplastika, aortokoronární bypass i koronarografie a i při konzervativní léčbě jsou jim méně často nasazovány betablokátory, inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu i antiagregační léčiva. Nejhorší výsledky vycházejí u pacientů s duální diagnózou – tedy s kombinací psychiatrického onemocnění a současně závislosti na psychoaktivních látkách. Vede to již k výše zmíněnému poklesu střední očekávané délky života a zvýšené mortalitě, ale samozřejmě i k významnému snížení kvality života obecně. Nedostatečná diagnostika a neadekvátní léčba se kombinují se socioekonomickými faktory (časté invalidní důchody nebo neschopnost pracovat na celý úvazek vede k relativní chudobě) a se životním stylem (časté kouření, levná a nezdravá strava, nedostatek pohybu, ale i vedlejší účinky antipsychotické medikace s vážným vzestupem a hyperlipidemií). Spolu se strukturálními problémy pak tento komplex příčin vede k alarmujícím nerovnostem, o nichž se příliš neví a nemluví ani v odborné veřejnosti.

Co s tím?

Řešení není jednoduché, neboť v pozadí jsou dlouholeté předsudky a stereotypy celé společnosti; kromě otevření tématu duševních onemocnění ve veřejném prostoru se snahou o osvětu je třeba se zaměřit i na samotné pacienty na jedné straně a na odstraňování socio-ekonomických rozdílů ve společnosti na straně druhé.

V České republice od roku 2017 probíhá rozsáhlý program DESTIGMATIZACE. Projekt je realizován pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví s finanční podporou EU, ESF: Operační program Zaměstnanost. V rámci projektu vznikla iniciativa NA ROVINU, která realizuje řadu aktivit zaměřených na veřejnost i na zdravotníky. Jednou z cílových skupin projektu byli i – kromě ambulantních psychiatrů a praktických lékařů – i pracovníci zdravotnických záchranných služeb a urgentních příjmů. Kromě vzdělávání ve skutečně všech oblastech, se kterými se můžeme v praxi setkat (což skutečně může být cokoli, tedy i psychické problémy), je to i práce s vlastními předsudky a schopnost podívat se na problém obrácenou perspektivou tak, jak jej vnímá a jak nám ho interpretuje sám pacient.

MUDr. Jana Šeblová, PhD., pracuje na Urgentním příjmu ON Kladno a Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí, FN Motol, je vědeckým sekretářem Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP a vedoucí redaktorkou časopisu Urgentní medicína.



Porodnictví v Itibo: Jak se rodí v rovníkové Africe?

Lukáš Malý, Veronika Viktoria Matraszek, Jitka Šrámková

Různé přístupy k porodům v Keni a České republice

Projekt rozvojové spolupráce ITIBO v jihozápadní Keni je realizován pod záštitou organizace ADRA ČR a je primárně zaměřen na poskytování léčebné preven-

tivní péče. Díky spolupráci s lékařskými fakultami zde jezdí v rámci stáží studenti. Společně s lékaři a místními zdravotníky se podílejí na péči o pacienty. Do Vita

Nostra Revue jsme psali příspěvky na různá témata (od průběhů stáží až po zajímavé kazuistiky našich pacientů). Studenti zde také přispívali svými reflexemi a pohledy na práci v Itibo. Téma porodů jsme záměrně vynechávali, protože je citlivé a velmi rozsáhlé.

Problematika porodů je zde velmi specifická – ve srovnání s jinými geografickými oblastmi Keni, ale hlavně ve srovnání se situací v České republice. V rámci celého spektra léčebně-preventivní péče v Itibo je problematika porodů snad nejvíce odlišná vzhledem k místní kultuře a sociálním i ekonomickým možnostem.

Ve spádové oblasti nemocnice Itibo žije asi 10 tisíc lidí. Mnoho žen stále nemá adekvátní přístup k lékařské péči, i když se situace pozvolna zlepšuje. Obecně se keňská vláda snaží, aby ženy více rodily ve zdravotnických zařízeních. Pro velmi orientační přehled a srovnání Keni a České republiky, co se týče mateřské mortality (celkový počet úmrtí žen v těhotenství, za porodu a do 42. dne šestinedělí na 100 tisíc živě narozených dětí): v České republice je zhruba 11 na 100 tisíc, v Keni to je 414 na 100 tisíc. Tohle srovnání uvádím jako orientační s vědomím, že Česká republika patří k zemím s nejlepšími daty porodnických statistik.

Měsíčně se v Itibo odehrává průměrně asi 30 porodů a číslo se pozvolna zvedá. Při domácích porodech v této oblasti se objevují obrovské komplikace, někdy vedoucí i ke smrti rodičky s dítětem. V současné době není možné realizovat v Itibo sekci (císařský řez), nicméně jsou již učiněny první kroky k tomu, aby zde byly i tyto možnosti dostupné. Ze zkušeností místní zdravotní sestry Elizabethy, porodní asistentky Faith, zdravotní sestry Josepha i *clinical officer* Divviny vyplývá, že

naprostá většina žen v okolí porody ve zdravotnickém zařízení preferuje. Panuje zde obecné povědomí o nebezpečných komplikacích v domácím prostředí a většina místních zná velmi dobře ze svého okolí situace, kdy matka nebo dítě u domácího porodu zemřelo.

Se sestrou Elizabeth, která je v Itibo od počátku jeho fungování a má mnoho zkušeností v této oblasti, jsem před několika lety vedl rozhovor o odlišnostech u porodů v ČR a v Keni. Tehdy jsem si zapsal její slova do deníku: „Porod je zázrak, může se narodit nový malý človíček. Může ale také zemřít žena i ten malý človíček. Mohou umřít dva lidé zároveň. Je to těžká chvíle pro ženu, pro toho, kdo se narodí, i pro toho, kdo jí





pomáhá.“ Myslím, že vyjádřila přesně to, o co jde a co je to podstatné. Hovoří z ní životní i rozsáhlá klinická zkušenost. V Itibo stojíme před problémem, kdy bez přítomnosti porodníka, anesteziologa a celého týmu musíme řešit často závažné komplikace. Máme možnost přepravy do zařízení vyššího typu, nicméně je to delší a ne vždy bezpečná cesta. Jde o život rodičky, ale také dítěte. Neustále zvažujeme v rámci klinické praxe poměr risk versus benefit. Místní zdravotníci mají můj obdiv, jelikož v omezených podmínkách zvládnou mnohé. Lehce se pak hodnotí a soudí v nadstandardních podmínkách České republiky, co se má či mělo udělat.

Další odlišností je často specifický způsob komunikace i svérázné metody místních zdravotníků. Tyto metody mohou někdy na naše studenty působit jako neadekvátní. Je potřeba delší práce zde, aby člověk pochopil situaci a rizika, pakliže je to vůbec v našich možnostech. Je nutné si rovněž uvědomit, že za brnou nemocnice žije většina místních obyvatel v hliněných chýších, bez elektřiny, bez tekoucí vody.

Za deset let spolupráce na tomto projektu mám mnoho kazuistik týkajících se porodnictví. Lze dohledat i statistiky a odborné články na téma porodnictví v Keni. Nicméně pro přiblížení této problematiky jsem zvolil jiný přístup. Požádal jsem dvě vynikající studentky, které osobně z mise v Itibo znám, aby přinesly svůj pohled na porody zde. Obě mají zkušenosti s porody v ČR i mimo ni, v rámci povinných i výběrových stáží. Obě se o problematiku porodnictví zajímají více. Eseje jsme společně doplnili fotografiemi z itibské porodnice (rodičky ústně souhlasí s použitím fotografií). Naší snahou je poukázat na odlišnosti v přístupu k porodům v rámci jiné kultury.

*MUDr. Lukáš Malý, Ústav etiky a humanitních studií,
3. LF UK, zástupce manažera projektu ITIBO, ADRA ČR*

Porodnice bez operačního sálu, žádné sekce ani vakuumextraktor

Itibský *Maternity Ward* slouží jako jakési univerzální oddělení pro péči o tamní těhotné ženy a rodičky. Jelikož bych se v budoucnu ráda věnovala gynekologii a porodnictví, bylo to místo, kde jsem během našeho měsíčního pobytu strávila nejvíce času. Bylo pro mě nesmírně zajímavé mít možnost porovnat lokální vybavení, metody a vůbec i samotný přístup k porodům s tím, na co jsem byla zvyklá ze stážování ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Samotná budova *Maternity Ward* se skládá z porodního sálu se dvěma porodnickými křesly (aktivně se však využívá pouze jedno, to druhé je tam spíše „pro jistotu“, kdyby rodily dvě ženy zároveň), dále z lůžkové části, kde jsou rodičky po porodu uloženy a z malé ambulance, kde probíhají těhotenské kontroly a například také očkování dětí. *Maternity Ward* má stejně jako celý areál nemocnice Itibo přístup k elektřině, bohužel však často dochází k výpadkům. Když se takový výpadek zrovna sešel s porodem, bylo občas zapotřebí vytáhnout čelovky. Celkově se v itibské porodnici narodí zhruba 360 dětí ročně, vždy však jen spontánně, jelikož tam není možné provádět císařské řezy kvůli technickým i personálním podmínkám.

Co se týče technické vybavenosti, je to samozřejmě obrovský rozdíl oproti českým standardům. Myslím si, že každý, kdo do Itiba jede, počítá s odlišnými poměry, nicméně v oblasti porodnictví mi to připadalo ještě daleko markantnější než v jiných medicínských odvětvích. I tak základní přístroj jako je kardiokotograf, který se používá k monitoraci srdečních ozev dítěte, a kterým se rodička v ČR od určitého bodu porodu monitoruje prakticky nepřetržitě, tam není dostupný. Používá se tedy na-



místo toho porodnický stetoskop, jednoduchý nálevkovitý předmět, který se přikládá k břichu rodičky ve snaze poslechem identifikovat jednotlivé ozvy plodu. Je při tom potřeba dát pozor, aby člověk ve skutečnosti neposlouchal puls matky. O nějaké přesné kvantifikaci ozev plodu či záchytu decelerací, které bývají příznakem hypoxie, však nemůže být řeč. Ultrazvuk, další naprosto základní

vyšetřovací pomůcka v gynekologii a porodnictví, v Itibu sice je, ale bohužel ho většina tamních zdravotníků neumí příliš používat. Namísto toho si pomáhají jinými metodami – například polohu dítěte určují speciálními hmaty a kupodivu v tom jsou velmi přesní. Jako disruptor pro porušení plodových obalů vedoucího k odtoku plodové vody se v Itibu používá zlomená jehla. To mě hned na počátku pobytu trochu vyděsilo a měla jsem tedy snahu přijít s nějakým alternativním řešením – malý ostrý háček, který jsem našla v setu nástrojů pro oční mikrochirurgii, však příliš nefungoval, takže mi nezbylo než se smířit s lokálním vynálezem. V případě protrahovaného komplikovaného porodu, kdy je dítě ohroženo nedostatkem kyslíku, čeští zdravotníci mnohdy sáhnou po vakuumextraktoru, který se negativním tlakem přisaje na hlavičku dítěte a pomůže ho vytáhnout. V Itibu je pouze kapesní verze tohoto nástroje a bohužel ji prakticky nikdo ze zdravotníků neumí používat, tudíž jsou v takové situaci odkázáni pouze na provedení epiziotomie (nástřihu hráze) či aplikování tlaku na břicho rodičky.

Typický porod v Itibu začíná tím, že rodička s kontrakcemi dorazí na motorce. Mnohdy je už nález pokročilý, pokud však tomu tak není, žena je instruována, aby se procházela po areálu zdravotnického zařízení a tím napomáhala rozběhnutí porodu. V rámci přípravy k porodu se zavede periferní žilní vstup a aplikuje se Buscopan pro relaxaci svalů pánevního dna a porodních cest, klystýr se neprovádí. Po tom, co zajde branka, následuje fáze tlačení. Rodičkám se říká „sukuma, sukuma“, což v lokálním jazyce *kisii* znamená „tlač, tlač“. Mnohdy však tamní ženy nejsou tak kompliantní jako ty české a je někdy složité je přimět k tomu, aby věnovaly tlačení více úsilí. Snažíme se jim vysvětlovat, že pokud nebudou spolupracovat, ohrožují tím své miminko, ale ne vždy to

k nim v tak vypjaté situaci dostatečně promlouvá. Samotnou by mě zajímalo, čím je ten rozdíl v „compliance“ dán: je to tím, že v ČR existuje lepší edukace žen během těhotenství a tím pádem jsou lépe připravené na to, co je během porodu čeká? Tím, že většina těhotenství v ČR je chtěných? Tím, že jsou české rodičky v průměru starší? Těžko říct, těch faktorů může být celá řada. Pro podporu kontrakcí se v Itibu stejně jako v Česku podává oxytocin a pokud je to potřeba, je proveden nástřih hráze, aby mělo dítě více prostoru při své cestě na svět. Po porodu dítěte následuje porod placenty. Oproti ČR, kde se běžně dodržuje norma, že placenta má být porozena do 30 minut, na to v Itibu více spěchají – prý kvůli tomu, že mají strach z poporodního krvácení, které by se v malé porodnici bez operačního sálu a adekvátních prostředků řešilo jen velmi těžko. Poté přichází na řadu šití poporodního poranění, tamní zdravotníci většinou celou ránu po lokálním umrtvení šijí pokračovacím stehem, přitom nerozlišují mezi anatomickými vrstvami. Kosmetický efekt jde zkrátka v těchto podmínkách stranou a zásadní je rychlost provedení. Ač to tak možná z mého popisu nevypadá, v itibské porodnici vše probíhá velmi rychle a většinou do 20 minut po porodu novopečená maminka odchází po svých do lůžkové části oddělení, kde poté odpočívá. Některé ženy chtějí hned po porodu odjet domů, snažíme se jim to však rozmlouvat, jelikož to není bezpečné, aspoň jednu noc by měly strávit pod zdravotnickým dohledem na oddělení.

V Itibu bohužel nelze provádět sekce a ani se tam nepoužívá vakuumextraktor. Existuje tedy snaha předcházet porodnickým komplikacím, které by to vyžadovaly, tím, že se při podezření žena zavčas převezve do vyššího zdravotnického zařízení v Nyamiře, kde jsou lépe vybaveni. Ne vždy se to však povede. Jednou se nám

například stalo, že do Itiba dorazila žena rodící již po čtvrté, u které jsme nečekali žádné potíže. Bohužel však porod nepostupoval a rodička začala být vyčerpaná. Elizabeth, nejzkušenější itibská zdravotní sestra, tedy volala do Nyamiry, aby pro rodičku akutně přijeli sanitkou. Odpovědí jí však bylo, že bohužel žádná sanitka není volná, a máme si tedy poradit sami. Byla to opravdu dramatická situace a všichni jsme měli obrovské obavy, aby se dítě po tak dlouhé době v úzkých porodních cestách nenarodilo kvůli nedostatku kyslíku postižené či dokonce mrtvé. Díkybohu však nakonec přišla na svět zdravá čilá holčička, která vážila úctyhodných 3 800 g. Nejspíš právě proto dala své mámě tolik zabrat.

Přestože se na *Maternity Ward* vyskytlo pár komplikovaných a těžkých situací, ty hezké chvíle, které jsem tam zažila, výrazně převažují. Obrovský dík a obdiv patří zejména tamním zdravotníkům, kteří i v tak omezených podmínkách skvěle zvládají svou práci a snaží se kešským rodičkám pomoci, jak nejlépe umí. Budu na pobyt v Itibu s láskou vzpomínat a snad se mi někdy v budoucnu podaří se na *Maternity Ward* znovu podívat – třeba už v roli porodníka a ne jen studenta.

Veronika Viktoria Matraszek, studentka 6. ročníku všeobecného lékařství

V místních podmínkách je nutné porodit co nejrychleji

Maternity Ward bylo v celém Itibu mým nejoblíbenějším místem. Místem, kde na svět přichází nové životy, někdy docela poklidně, jindy naopak velmi dramaticky. Rychle jsem se naučila, že chod místní porodnice je velmi odlišný oproti standardům v českých porodnicích a přestože jsem od spolužáků, kteří v Itibu byli přede mnou, o porodech a přístupu k rodičkám mnohé slyšela, byla jsem zprvu velmi překvapená a zaskočená místními způsoby. Přes počáteční nejistotu jsem se ale rychle naučila s místními spolupracovat a pochopila, proč jsou zde občas využívány metody a rázný přístup, který je nám v Čechách neznámý. Jak psal Lukáš v úvodu, je to citlivé téma, o kterém jsme dlouho přemýšleli, jak jej pojmut. Níže přináším svůj pohled na některé odlišnosti v nemocnici Itibu, jež jsem se snažila porovnat se zkušenostmi, které jsem v rámci studia nabyla v českých porodnicích.

Práce v Itibu je obecně hodně o vzájemné spolupráci, jak v týmu mediků a lékařů, tak s místními pracovníky. Vzájemně se od sebe učíme a sdílíme své zkušenosti. Místní mají dlouholeté klinické zkušenosti a praktické dovednosti, zatímco my se do místních podmínek snažíme vnést trochu evropského pořádku. Dbáme na správné psaní dokumentace, učíme místní dodržovat sterilní podmínky, upozorňujeme, že nestačí léčit jen symptomy, ale je třeba hledat příčinu onemocnění. Ačkoliv pracujeme jako jeden tým, velmi jsem vnímala, kterou část nemocnice má kdo pod palcem. Například na velký chirurgický sál a JIP místní zaměstnanci v podstatě nechodí, takže tam je uklizeno, pořádek v lékárně a je doplněný zdravotnický materiál. Na ambulanci, kde pracují vždy medici s místním pracovníkem, bývá občas nepořádek a chaos, ale nejspíše na konci dne se většina z nás

snažila vše porovnat, doplnit materiál a léky, které jsme používali.

Oproti tomu porodnice je stále v režii místních a je to vidět. Když jsme do Itiba přijeli, snažila jsem se porodnici trochu uklidit a doplnit dostatečné množství sterilních rukavic, materiál na kanylaci periferní žíly a základní léky používané v porodnictví, protože bohužel dodržování sterilních podmínek a pořádku je pro místní pořád velký problém. Také mě zaskočilo, jak místní provádí dirupci (propíchnutí) vaku blan, nebo že mezi nástroji chybí pinzeta, protože zkratka při šití porodního poranění chytají jehlu prsty, nikoli pinzetou. Rozdílů, které mě překvapily, bylo mnoho. Většinu odlišností ve vybavení a chodu porodnice popsala Veronika v předchozím textu.

S každým dalším porodem jsem si ale uvědomovala, že často velmi drsný způsob místních je dán tím, že nemají možnosti porodu vakuuextraktorem, kleštěmi nebo císařským řezem, nemají zde kardiokograf, aby mohli sledovat, jak se daří miminku. A proto se snaží vždy co nejdříve porodit, aby nedošlo k hypoxii dítěte, přestože to často znamená tlačení na břicho a křičení na rodičku. I tak jsem velmi vnímala, že jak rodičky tak jejich příbuzní byli vděční za možnost родit v porodnici a to i vzhledem k trendu, jaký panuje u nás, kdy родit doma je stále více moderní.

Porod je zde obecně velkou událostí a s nastávající maminkou většinou přichází do porodnice nejedna příbuzná. Během porodu příbuzné čekají venku a rodička je na porodním sále sama s personálem. Pokud porod proběhl bez komplikací a narodilo se zdravé miminko, snažili jsme se jej hned po první kontrole dát k mamince, přestože místní toto nemají ve zvyku. Většinou si nejprve od příbuzných převezmou oblečení pro miminko, oblék-

nou ho a následně maminka přechází na oddělení, kde se jí miminko přiloží rovnou k prsu. Vstávání z porodního křesla zhruba do dvaceti minut po porodu je pro mě také zcela nepochopitelné, stejně jako to, že když žena porodí během noci, druhý den ráno už odchází či odjíždí na motorce i s miminkem domů.

Za rodičkou následně na oddělení přichází její příbuzenstvo, často zpívající a tančící. Lidé jsou zde obecně zvyklí velmi projevovat své emoce, jak ty radostné, tak ty smutné. Konkrétně na jedno ráno, kdy jsme porodili krásného zdravého chlapečka, nikdy nezapomenu, neboť asi pět žen vyšlo před porodnicí a začaly tančit a zpívat tak, že se jejich zpěv nesl celou nemocnicí. Celý rituál trval asi půl hodiny a veselí a děkování po celý zbytek dne.

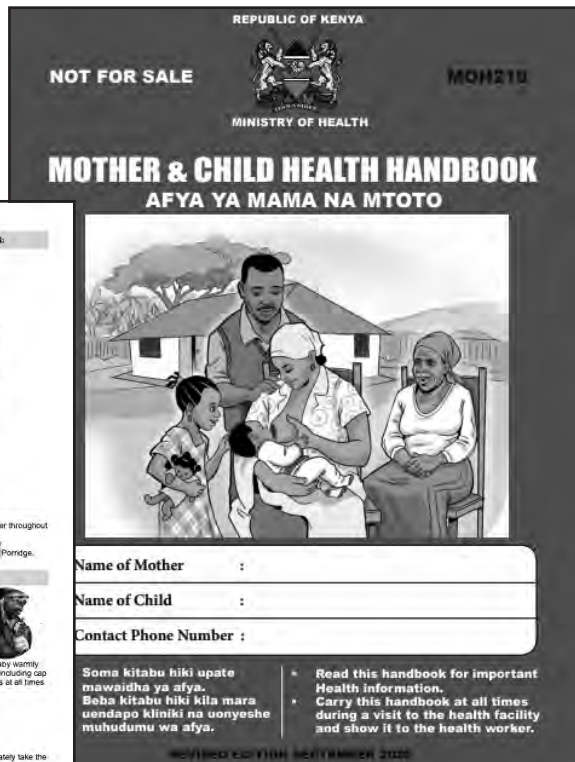
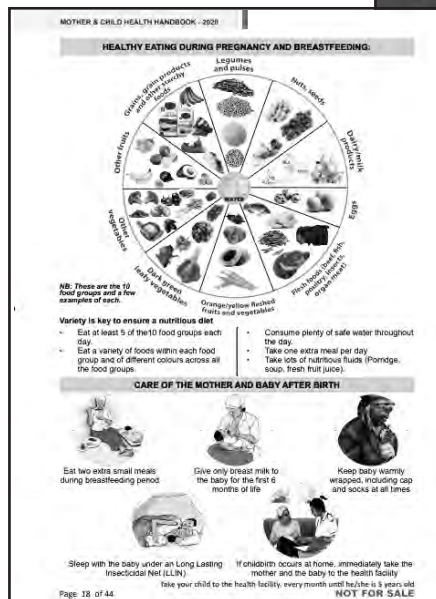
Další z odlišností oproti evropským standardům je, že až do porodu neznají ani zdravotníci, ani maminka pohlaví dítěte. Osobně byl pro mě vždy hezký moment, když jsem mohla mamince oznámit, zda se zrovna narodil chlapeček nebo holčička. Také příbuzní vždy nosí dvě barvy oblečení, pro chlapečka i holčičku. V České republice máme obecně velmi dobrý systém prenatální péče, a pokud rodiče chtějí, pohlaví miminka je jim na jedné z mnoha ultrazvukových kontrol sděleno. V Itibu je také snaha o kontroly maminek již během těhotenství, nicméně se jedná spíše o nahodilé návštěvy v ambulanci.

Pokud se zjistí, že je žena těhotná, obdrží od místních *Mother and Child Health Handbook*, což je v podstatě místní těhotenská průkazka, kterou matka sdílí s dítětem. První část se věnuje matce, těhotenství a porodu, druhá část pak náleží dítěti a zaznamenávají se sem údaje o prospívání a očkování dítěte. Osobně se mi líbilo, že průkazka má i informativní charakter, je zde popsáno, na co si dát v těhotenství pozor, jak se stravovat, nebo jak správně kojit a pečovat o miminko.

Prvním problémem je samotný odhad termínu porodu. Zatímco u nás se termín porodu určuje pomocí ultrazvuku, v Itibo se počítá dle data poslední menstruace, což bývá často nepřesné. Následně je snaha alespoň o pár kontrol v ambulanci. Přiznám se, že jsem nedokázala vyzpozorovat, zdali existuje nějaký ideální systém – kolik kontrol provést a v jakých týdnech těhotenství by měly proběhnout. Z rozhovorů s místními jsem však pochopila, že to záleží i na tom, jak daleko rodička od nemocnice bydlí a jak se jí zrovna hodí či nehodí dorazit. Každopádně je zde snaha rodičku alespoň dvakrát vidět a to kolem 24. týdne, kdy dostane vakcínu proti tetanu a záškrtu, pokud není očkováná. Následně pak v týdnech těsně před porodem – maminky hodně chodily v 36. až 38. týdnu. V rámci kontroly jsme vždy vyšetřili moč, změřili tlak, pohmatem určili polohu plodu, dle výšky fundu odhadli týden těhotenství a porovnali jej s termínem porodu určeným dle data poslední menstruace. Dále jsme zkontrolovali ozvy plodu. Místní je standardně kontrolují pomocí porodnického stetoskopu, my si často ještě pomáhali fetálním dopplerem, případně klasickým ultrazvukem. Pokud by se během kontroly objevil problém, který by mohl komplikovat přirozený porod, pacientka by byla referována k porodu na vyšší pracoviště do nemocnice v Nyamiře.

Během našeho pobytu jsme společně přivedli na svět deset krásných miminek, jeden porod jsme bezpečně referovali do Nyamiry. I přes všechny odlišnosti a možnosti, co zlepšovat, je skvělé, jak itibská porodnice dlouhodobě funguje a že dává místním ženám možnost родit pod dozorem zkušeného porodníka. Mé velké díky patří všem místním pracovníkům za práci, kterou v Itibo každý den odvádějí, a za vše, co nás naučili, především pak zkušené porodní asistence Elizabeth Ongori, pod jejímž dohledem jsem odvedla většinu porodů.

Jitka Šrámková, studentka 6. ročníku všeobecného lékařství





Porodní trauma není jedinou příčinou duševní nepohody rodiček. Výzkum poukázal na opomíjené vlivy

Jan Červenka

Těhotenství a poporodní období může být jedním z nejstresovějších a nejzranitelnějších období v životě ženy, které s sebou nese také riziko vzniku nebo relapsu duševní poruchy – nejčastěji deprese nebo úzkosti. Existují přitom faktory, které duševní pohodu žen po porodu výrazně ovlivňují. Problémem je, že většina dosavadních studií se na tyto faktory neptá samotných žen.

Nový výzkum odborníků z Národního ústavu duševního zdraví tento přístup zásadně změnil a problematiku analyzuje z pohledu samotných žen v perinatálním období.

Vědci z Centra perinatálního duševního zdraví NUDZ oslovili ženy mezi 18 a 45 lety v perinatálním období, které se potýkaly s duševní nepohodou a z nichž

53 procent vyhledalo odbornou pomoc. Odborníci následně analyzovali odpovědi 188 zúčastněných žen. „V mediálním prostoru se často skloňuje tematika porodního traumatu. Negativní zážitky při porodu mohou mít samozřejmě velký vliv na psychický stav žen, nejedná se ale o jedinou příčinu duševní nepohody po porodu – často se totiž opomíjejí faktory, které působí dlouhodobě a mají velmi výrazný vliv,“ popisuje dr. Antonín Šebela, vedoucí Centra perinatálního duševního zdraví NUDZ.

Problémy s těhotenstvím a porodem i chování okolí

Mezi nejčastěji zmiňované faktory duševní nepohody patří problémy spojené s těhotenstvím, porodem či kojením, o nichž referovalo 35 procent respondentek. Na stejnou část respondentek působí problematicky chování nejbližšího okolí, kdy si ženy nejčastěji stěžují na nedostatek podpory a komunikace a přílišný tlak spolu s pocity, že žena musí zvládat všechno sama. 14 procent respondentek vnímalo problematicky přístup personálu v porodnici a část si stěžovala také na bagatelizaci jejich duševních problémů v perinatálním období.

„Velmi často bylo zmiňováno kojení, a to navzdory faktu, že je uváděno jako protektivní faktor duševního zdraví a je známa celá řada jeho pozitivních aspektů jak pro matku, tak pro dítě. Nicméně některé ženy nemohou kojit přirozeně nebo jim kojení působí značné obtíže a bolesti. Kojení tedy není vždy ochranným faktorem, a pokud žena zažívá tyto problémy, může mít kojení potenciálně negativní dopad na její duševní zdraví, a v důsledku tak působit i na dítě. Negativní dopad problémů spojených s kojením na duševní zdraví

ženy zhoršuje kritika, odsuzování a tlak okolí,“ vysvětluje Kristýna Hrdličková z NUDZ.

Právě chování blízkého okolí je druhou nejčastěji uváděnou příčinou duševní nepohody v perinatálním období. Podle vědců je tak třeba motivovat partnery, rodinné příslušníky a další blízké osoby k psychické i sociální podpoře a aktivnímu zapojení do péče o novorozence a chod domácnosti.

Podpora blízkých a zlepšení péče

„Výzkum ukázal, že je třeba se zaměřit více na to, aby ženy, které pociťují svůj porod jako náročný, měly možnost o této zkušenosti s někým mluvit, ideálně ihned v porodnici. Důležitým zjištěním také je, že nemalá část žen identifikovala jako spouštěče své psychické nepohody chování svých blízkých. Znalosti ze získaných dat tak potvrdily, že v ČR je nutná postupná cesta k integraci tělesné a psychosociální péče o ženy po porodu, tak jak to ostatně doporučuje i Světová zdravotnická organizace. Odpovědí na tento požadavek je například integrující program péče o psychosociální zdraví rodiček, který naše výzkumné centrum postupně zavádí ve spolupráci s českými a moravskými porodnicemi. Důležité je také odstranění stigmatu, které s duševními obtížemi v perinatálním období souvisí,“ uzavírá dr. Antonín Šebela.

Výsledky výzkumu byly publikovány v odborném časopisu Journal of the American Psychiatric Nurses Association.

Nadějná mezinárodní studie léčby rezistentní deprese psilocybinem

Jan Červenka

Slibné výsledky přinesla druhá část velké mezinárodní studie *COMPASS Pathways*, která se zabývá léčbou rezistentní deprese pomocí psilocybinu a na které se podílejí také vědci z Národního ústavu duševního zdraví. Vědci zkoumali optimální dávkování a možné vedlejší účinky. U části pacientů trvalo zlepšení příznaků deprese i 12 týdnů po podání látky. Výsledky byly nyní publikovány v prestižním *The New England Journal of Medicine*. V chystané třetí fázi budou vědci zkoumat účinky po opakované dávce.

Studie, která probíhala v 10 zemích, je největší svého druhu a zapojilo se do ní 233 pacientů, z toho osm bylo z ČR. Cílem této randomizované, kontrolované, dvojitě zaslepené studie bylo porozumět účinnosti a bezpečnosti jednorázové dávky psilocybinu COMP360 (psilocybin je psychedelická látka obsažená například v lysohlávkách) u pacientů s rezistentní depresí, tedy pacientů, na jejichž stav standardní formy léčby nemají efekt. Vědci srovnávali účinky při podání buď 25 mg, 10 mg nebo 1 mg.

Vyšší dávky fungovaly lépe

Po jediné 25mg dávce psilocybinu v kombinaci s psychologickou podporou došlo u 29 procent účastníků k výraznému zmírnění symptomů deprese a tento výsledek přetrvával i tři týdny po podání. To je vyšší efektivita než u tradičních způsobů

farmakologické léčby u rezistentní deprese, kde se stává, že farmakologická léčba nezabírá vůbec. „Dávka 25 mg má výrazně vyšší účinnost v čase oproti dávce 1 mg: 12 týdnů po podání dávky 25 mg bylo výrazné snížení depresivních symptomů u 20 procent pacientů oproti 10 procentům těch, kterým byl podán jen 1 mg,“ vysvětluje dr. Tomáš Páleníček z Národního ústavu duševního zdraví.

„COMP360 psilocybin byl obecně dobře tolerován. V den podání byly nejčastějšími nežádoucími účinky bolest hlavy, nevolnost a závratě, jejichž nárůst a výskyt evidentně souvisel s dávkou. Ve všech skupinách byl bedlivě sledován výskyt sebevražedných myšlenek a úmyslného sebepoškození. Jde o parametry, které se u populace s rezistentní depresí běžně sledují. Většina případů se objevila minimálně až po týdnů po podání psilocybinu, což poukazuje na okamžitý účinek. Ani v jedné léčebné skupině nedošlo k žádnému průměrnému zhoršení skóre sebevražedných myšlenek na škále MADRS, která je asi nejčastěji užívanou škálou pro objektivní hodnocení depresí a jejich změn,“ popisuje doktor Páleníček. Součástí studie přitom nebyla systematická dlouhodobá podpurná psychoterapie, která by mohla účinky ještě prohloubit. Studie bude pokračovat třetí fázi klinického hodnocení, v níž budou vědci dále zkoumat antidepresivní účinek psilocybinu a délku jeho

trvání na velkém souboru pacientů. V této fázi budou vědci mimo jiné zkoumat, jaký účinek bude mít opakované podání.

V NUDZ aktuálně probíhají dvě významné akademické studie originálního designu srovnávající účinek psilocybinu, ketaminu a midazolamu v léčbě deprese. Každá studie pojme 60 pacientů, pro které je právě tato forma léčby velkou nadějí. První studie se zaměřuje na pacienty, kteří nereagují na standardní formy léčby, druhá pracuje s pacienty s diagnózou deprese rozvíjející se v souvislosti s jejich onkologickým onemocněním. „Obě studie jsou velkou nadějí pro pacienty, kterým jiné formy léčby nezabírají. Pakliže se léčebný potenciál prokáže, můžeme předpokládat, že dojde ke zpřístupnění této formy léčby i běžným pacientům mimo rámec výzkumných studií,” uzavírá dr. Filip Tylš, hlavní terapeut studie z českého výzkumného centra v NUDZ.

Více než 320 milionů lidí na celém světě trpí velkou depresivní poruchou (MDD), celosvětově se jedná o hlavní příčinu invalidity a jednu z nejrychleji rostoucích duševních nemocí. Asi třetině těchto pacientů – 100 milionům lidí – nepomáhají stávající terapie a trpí depresí rezistentní na standardní léčbu. Až 30 procent z nich se kvůli tomu alespoň jednou za život pokusí o sebevraždu. Rezistentní deprese s sebou nese dvojnásobek až trojnásobek léčebných výdajů oproti MDD, protože pacienti přetrvávají ve stavu hluboké deprese, kdy jim různé typy medikace ani léčebné přístupy nezabírají. I z tohoto důvodu se u těchto pacientů vyskytuje výrazně vyšší mortalita ze všech příčin.



Vědecká rada UK ocenila významné osobnosti

*Na březnovém tradičním zasedání Vědecké rady UK byly oceněny tři významné osobnosti, jejichž profesní život je spojen s univerzitou. Pamětní medaile a diplomy jim předala rektorka UK Milena Králíčková. Jedním z oceněných byl **prof. MUDr. Pavel Haninec, CSc.**, přednosta Neurochirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV, který obdržel stříbrnou medaili za významné celoživotní dílo v oboru neurochirurgie a dlouholetou vědeckou a pedagogickou činnost na Univerzitě Karlově. Letos oslavil 65. narozeniny. Gratulujeme!*



České vysokofrekvenční EKG slaví další úspěch

Marta Reichlová

Již druhý americký patent získal tým vědců ze 3. LF UK, Mezinárodního centra klinického výzkumu (ICRC) v Brně, Ústavu přístrojové techniky Akademie věd ČR (ÚPT AV ČR) a firmy Cardion s.r.o. Vyvinuli novou technologii pro zařízení běžně známé pod zkratkou EKG. Vysokofrekvenční elektrokardiogram (UHF-ECG) přináší lékařům i pacientům přesnější diagnostiku. Snížením počtu nevhodně zvolených léčebných postupů pak slibuje úspory výdajů v rámci celého zdravotnického systému.

Aby srdce mohlo vhnět krev do těla, dochází k pravidelným koordinovaným stahům srdečních síní a komor. Tyto stahy jsou zajišťovány prostřednictvím elektrických impulzů. EKG je jedním ze základních vyšetření v kardiologii. Snímá elektrickou srdeční aktivitu v podobě elektrokardiogramu (časového záznamu EKG křivek), který umožňuje následné hodnocení. Klasické EKG se měří přibližně do 150 Hz. „My jsme u běžného EKG měření začali sledovat vyšší frekvence, zejména v oblasti 150 až 1000 Hz, a jejich chování mezi

jednotlivými elektrodami na hrudníku. Zjistili jsme, že tyto frekvence se v rámci tzv. QRS komplexu, který zaznamenává impuls pro stažení srdečních komor, mohou vyskytovat v každé elektrodě v jinou dobu. V závislosti na tom, zda má pacient nějakou vadu elektrického vzruchu v srdečních komorách,“ vysvětlil Pavel Leinveber, vedoucí Centra biomedicínského inženýrství ICRC.

U zdravého srdce pracují obě komory současně, tedy synchronně. U nemocného, například po rozsáhlém infarktu, může docházet k tzv. komorové dyssynchronii, při níž se jedna komora nebo její část aktivuje se zpožděním. Srdce tak nepumpuje krev efektivně, snižuje se jeho výkon, což působí pacientům nemalé zdravotní obtíže. Poruchy elektrického vedení v srdci se léčí pomocí různých kardiostimulačních technik. Volba vhodné techniky a správnost jejího provedení jsou důležité faktory pro efektivní funkci srdce. Nevhodně zvolená a zavedená kardiostimulace může naopak vyvolat dyssynchronii srdečních komor.

Technologie UHF-ECG nabízí jednoduše dostupnou informaci o elektrické aktivaci srdečních komor, která se dá využít jak pro výběr vhodné stimulační techniky, tak pro okamžitou kontrolu správné stimulace přímo při implantaci kardiostimulátoru nebo při následných kontrolách jeho správné funkce. Nová metoda lékařům slibuje snadné použití, protože využívá běžné EKG elektrody a jejich standardní klinické rozložení na hrudníku pacienta. Elektrická akce srdečních komor je pak jasně viditelná na tzv. depolarizačních mapách, které vznikají na základě vysokofrekvenčního signálu a barevně ilustrují, jak se elektrický vzruch pohybuje komorami srdečního svalu.

Technické řešení je navíc levné a snadno dostupné. „Pro pacienty je vyšetření neinvazivní a výsledky jdou

jsou dostupné v řádu několika minut. Lékaři poskytují zcela unikátní informaci, která by mohla pomoci optimalizovat operační postupy a nastavení kardiostimulátorů v klinické praxi. Pacienti s optimálně zavedeným a nastaveným kardiostimulátorem zůstávají déle fyzicky aktivní, což pozitivně ovlivňuje jejich zdraví a životní pohodu,“ dodává doc. MUDr. Karol Čurila z Kardio-centra 3. LF UK a FNKV. Kromě zlepšení zdravotního stavu nemocných lze očekávat i jejich delší pracovní aktivitu a další socioekonomické benefity pro společnost.

Čeští vědci na svůj objev získali už druhý americký patent. „Díky tomu nemůže zařízení po dobu platnosti patentu nikdo vyrábět ani prodávat bez našeho souhlasu a podílu na zisku,“ vysvětluje Pavel Jurák z ÚPT AV ČR. Tento patent rozšiřuje a ochraňuje metodiku nutnou k využití UHF-ECG technologie v praxi. O další patenty je zažádáno i v rámci Evropské unie.

Zařízení v tuto chvíli experimentálně využívá 11 nemocnic v ČR a v Evropě, aby tak potvrdily jeho efektivitu. Mezi tato pracoviště patří i Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a FNKV. Další postup nyní přebírá start-up společnost VDI Technologies, s.r.o., založená v roce 2022. Jejím cílem je posunout zařízení ke klinickému využití, zajistit jeho certifikaci a následně uvedení na trh. Díky tomu bude možné tuto technologii rozšířit do každodenní lékařské praxe.

Horská věc

Barbora Řebíková

TEXT

Třetí kříž

(úryvek z knihy Horská věc)

Barbora Řebíková

Příběh třetího kříže je příběh nejtěžší a nejdější a v mé duši ožívá vždy zjara. Začíná zimním mlčením a jarní písní. Písní, která mi vždy na jaře prudce tryská ze srdce a kterou přikládám až za příběh. Pokračuje krtinci, malými hromádkami hlíny a končí dnem mých narozenin, kdy se to celé stalo. Ještě to nedává smysl, já vím, ale ono to celé nedává dost dobrý smysl, postrádá ho, chybí tomu pochopení, mé pochopení, hlubší porozumění celé věci. Horské věci. Stále to totiž plně nechápu, a tak nejsem schopná to pěkně popořadě vyprávět, raz, dva vyklopit, chronologicky od A do Z poskládat, seřadit a říct. Špatně se to vypráví a drhne to v mysli. Kdysi u nás sousedi postříleli sousedy. Češi Němce.

Krtince

Časně zjara je půda na horách mokrá, kyprá, podmáčená, nasáklá potoky slz umírající zimy. Všechno je měkké, vlhké, rozjitřené. Třpytivé pramínky ledové vody studeně tečou po tvářích lesů, luk a polí, klikatě brázdí první jarní chmýří rašící trávy a mělce ryjí zelené vrásky do změkklé půdy hor. Poslední rozviklané zuby křišťálových rampouchů se v jarním slunci bělostně třpytí, hladově okusují zbylé kosti dohasínající zimy a z posledních sil se chtivě noří do divokého proudu tání. A pak zničehonic zmizí, náhle a beze stopy. Během první teplé noci vypadnou horskému potoku z úst, uvolní se z dásní podemletých břehů a vyrazí k moři ochutnat sůl. Krajina pomalu roztává a vzduch je tou dobou čerstvý, ostrý, studený. A když se dýchá zhluboka, když se člověk zadýchá, když prudce stoupá do kopců, tak ještě studí sněhem na plicích, ostře bodá do žeber, tupě tíží na hrudi.

Na jedné vysoko položené horské louce se sníh drží vždy nejdéle. Ne a ne roztát. Pravidelně chodím okolo a pokaždé mě udiví nejen ten dlouho ležící sníh, ale i to, co se na louce objeví, když konečně roztaje. Místo sněženek tu vyrostou krtince. Spousta krtinců. Ale jen tady, nikde jinde. Všude okolo se zběsilá záplava zeleně rozlije do hebkého koberce mladého trávníku, zelená povodeň života vtělí do jemného plyše golfového pažitu, a jen tady, na jednom jediném místě široko daleko je hromádka vedle hromádky, mohylka vedle mohylky, hliněný puchýř vedle puchýře na krásné tváři jara. Nepochopitelné. Proč zrovna tady? Proč zrovna na tomhle jediném místě široko daleko? Jen v tomto bodě nesmírné plochy jednolitě zeleného obrazu jara, jen v jednom cípu sametové příkrývky mohutného těla hor je takový kaz, podivný šrám, hluboké zranění, které ani silná pokrývka hus-

té trávy nedokáže skrýt. Mrazivé místo. Jaké rány se tu nemohou zacelit, co je to za jizvy, proč zrovna tady země nechce zarůst, přivítat jaro zelenými ratolestmi života, divoce mávat hubenými prsty trávy slunci na pozdrav? Copak jsou krtci jen tady? Proč zem jinde tak plodná, laskavá a ochotná plodit nový život a nechat vyklíčit kde co, zrovna tady odmítá otevřít svůj klín a přijmout plody loňských květů, semena odolných trav a horských bylin, proč nechce zahladit stopy zimy, mrazu a smrti, proč právě zde nabízí pohledům udýchaných horských poutníků jen krvavě hnědé útroby země, vyžezlá střeva půdy, kamenité vnitřnosti plné tajemství a hrůz? Co tady země nemůže strávit, spolýkat a navždy pohltit svým hladově zeleným chřtánem jara? Jakým nestráveným soustem se tu hory dusí?

Člověka, který se vyškrábe až sem, projde údolím a vyšplhá do nejvyšších míst této části hor, nemůže při pohledu na toto místo napadnout nic jiného, musí se ptát tak jako já, jako každý, kdo tu podivnou věc spatří, tu záhadnou mstu horských krtků nevinnému trávnicku, ty tajemné mohyly krtinců, vypouklé hrobečky mokré, kypré, podmáčené půdy. Co se to tu u všech všudy děje, co se to tu stalo, proběhne při pohledu na ten hromadný hrob krtinců hlavou snad každému. A tomu, kdo přijde až k nim a podívá se na zem, kdo v ní najde zapuštěný pamětní kámen se jmény osmi lidí, datem 11. července 1945 a nápisem „obětím druhé světové války“ možná přeběhne i mráz po zádech, vlasy vstanou hrůzou na hlavě a studený pot se přilepí na žebra, začne bodat na hrudi a spolu s ostrým vzduchem tížít na prsou.

Msta

Ano, to tady Češi postříleli Němce, sousedi souseďy, muži muže, horalové horalý. To tady člověk střílel do člověka, lidé do lidí, moji sousedi do mých souseďů. To na této louce nechali jedni kopat hrob ty druhé. A pak je postavili do řady, zastřelili a do toho hromadného hrobu naházeli. Díru zaházeli, drny vrátili na místo, jako kdyby se z něj nebyly nikdy ani hnuly, hrob neoznačili a šli domů. Nejdřív to do hospody zapít a pak domů. K ženám a dětem. To tady ozbrojení postříleli neozbrojené. To sem Češi svolali Němce a nahlas četli jejich jména, která kdovíjak vybrali, napsali na seznam a bez soudu odsoudili k smrti. To tady se odehrála msta jedněch na druhých.

Ale jak k ní došlo, vrtá mi hlavou, jak konkrétně se tu odehrál příběh, který se po válce ve svých nejruznějších variacích odehrál v pohraničí snad všude a tolikrát, že možná až zevšedněl, že nám na něm už nepříjde nic divného, že nespátřujeme nic nezvyklého na tom, že se Češi mstili Němcům, všem Němcům, za válku, za těžká léta, za příkoří, že udělali seznamy a Němce vyhnali a některé z nich rovnou postříleli a zahrabali do hromadných hrobů. Že si slova Edvarda Beneše o úkolu nekompromisní, nelítostné a definitivní de-germanizace naší vlasti vyložili po svém a doslova. Divoký odsun (*wilde Vertreibung*) je kapitola z dějepisu. Sepsaná, dnes již tolik netřaskavá, pomalu do prachu vzpomínek upadající historie novodobých dějin. Hotovo. Stalo se. Viníci zůstali viníky, křivdy zůstaly křivdami. Německá otázka byla vyřešena a naši Němci nekompromisně, nelítostně a definitivně vyhnáni. Jak se to ale stalo tady? A proč zrovna tady, proč na této louce, co tu bylo dřív, jaké domy tu stály, kdo tu žil a proč se dostal na seznam

těch, které je zapotřebí rovnou nelítostně zastřelit, a nejen nekompromisně vyhnat z domova, definitivně odsunout z míst, kde po generace žila a hospodařila jeho rodina? A kdo ho zastřelil, či děda to byl, či otec, muž a přítel, kteří moji spolužáci vyrostli v rodinných příbězích, v nichž kus chyběl, nebo byl opředen záhadným mlčením? Kdo o tom dnes ještě něco ví a řekl by mi to vůbec? Chtěl by přiznat stín, který se přehnal po tváři jeho rodiny, po tváři Sudet, po tváři Čechů? Temný stín zabíjení v letním svitu míru, divokou temnotu msty v záři osvobození, krvavý mrak na nebi poválečné Evropy. Temnotu, která zjara vždy znovu vyhřeze hlínou jedné horské louky.

Pitka

Roznětkou příběhu, o kterém existuje jen několik málo stručných záznamů v německých kronikách o zaniklých horských obcích, se stala jedna oslava míru, jedna letní zábava v místní hospodě. Jedna pitka.

Po válce se v hospodách pilo, slavilo a tančilo hodně. Vyprávěla mi to babička, která sice nebyla mojí skutečnou, pokrevní babičkou, byla to paní na hlídání, chůva, ale měla jsem ji ráda, jako by jí byla. Na hory přišla těsně po válce. Z Německa, kde byla nuceně nasazena na práci v továrnách. Plnila křídla letadel skelnou vatou. Bez rukavic, bez ochranných pomůcek. Jen tak holýma rukama. Byla Polka a bylo jí sedmnáct, když válka začala. Příběhy, které mi vyprávěla, mi nikdy neříkala celé a naplno, protože jsem byla ještě dítě a ona mě nechtěla a asi ani nemohla naplno vystavit všem svým zkušenostem a vzpomínkám.

Později mě ale jako první vystavila jiné zkušenosti. Zážitku mocné síly kofeinu, které od té doby zcela podléhám. Vařila mi „kafíčko“. Pojď, uděláme si kafíčko, cítím na předloktí její ruku, jak mě vede do kuchyně a dává do malého zlato-modrého hrnku vrchovatou lžičku čerstvě namleté kávy, zalévá ji horkou vodou a nechává sytou vůni mletých zrn prostoupit celým domem až po střechu, až po krovy, až po staré, zdravé, německé krovy, krovy německého domu, do kterého se se svým mužem, s mým dědou nedědou po válce nastěhovali. Poprvé jsem kofeinový rauš zažila asi v jedenácti letech a nikdy na ten pocit nezapomenu. Bušící srdce, třesoucí ruce a v hlavě víření obrazů a představ z jejího vyprávění o poválečném životě na horách. O hospodských tancovačkách, o společné práci nově příchozích a těch několika málo starousedlíků, Čechů, nebo dokonce Němců, kteří se mohli po odsunu vrátit, anebo nebyli, z nějakých mně neznámých důvodů, odsunuti vůbec. O společném uklízení náměstí, zpívání písní, stěhování do čerstvě uvolněných zařízených domů. O společné sklizni opuštěných polí. O večerních zábavách ve všech hospodách široko daleko.

Což u nás znamená, ještě ve třech dalších vesnicích. Jedné vlevo od nás. Jedné vpravo od nás. A jedné přímo nad námi.

Ta nad námi je vysoko v kopcích. Je nejmenší, nejvýše položená a dnes součástí té naší. Ale za války, před ní a těsně po ní, to byla samostatná vesnice s takřka výhradně německým obyvatelstvem, které tam žilo zcela stranou hlavního toku života níže položeného trojlístku obcí. Lidé v této části vysoko položených hor to mají do údolí daleko a do měst a k ci-

zím lidem ještě dál. Ti, co tam žijí, žijí jen tam, a tak nějak víceméně sami pro sebe. Moc jich tam ale dnes nežije. Původní obyvatelé zmizeli. Někteří byli zastřeleni a leží pod těmi krtinci, protože ano, to tam je ta louka, to tam se to stalo. A jiní, převedšim ženy a děti, byli vyhnáni a museli pryč. Nejprve do sběrného tábora u Mostu a pak za hranice. Do Německa, ve kterém mnohdy nikdy dříve nebyli a ze kterého se už domů na hory nikdy zpět nevrátili. Jejich domy zpusly a časem byly strženy. Zůstaly jen některé. Nechali si je lidé, kteří sem přišli až po válce, až po odsunu, až po všem a zalíbilo se jim až úplně nahore, v nejvyšším obydleném místě, zcela stranou zdejšího života.

Ale ta pitka. Prostě se pilo a tančilo a křepčilo až do rána. Babička mi to u těch kafiček líčila dost barvitě. Je po válce, je léto. Lidé se potřebují bavit, uvolnit a seznámit, protože mnoho z nich sem teprve nedávno přišlo a usadilo se v domech, které se jim líbily. Nebo jim je někdo vybral, přidělil, poslal do nich, dal jim je. Domy s prostřenými stoly, rozestlanými postelemi a rozečtenými knihami na nočních stolcích. Domy starých místních, kteří byli skoro všichni Němci a skoro všichni jsou teď tedy pryč. Jen pár rodin bylo českých. A tak je prázdných domů přehršel a noví lidé, noví místní stále přicházejí a chtějí se poznat s ostatními a chodí do hospody a seznamují se a baví a pijí celou noc.

Mnozí jsou ještě ozbrojeni, protože válka skončila teprve nedávno a tam, odkud někteří z nich přišli, byla krutá a oni ji zažili zblízka a na vlastní kůži. A umí se proto bránit. Umí vzít do ruky zbraň, postavit se nepříteli na odpor a bránit své blízké, své domovy, svůj majetek. Umí nabít, zacílit a vystřelit.

Umí vzít pušku i spravedlnost do svých rukou. A tak se nyní nadšeně hlásí mezi milicionáře, mezi domobranu, mezi těch pár statečných, kteří zde chtějí bránit klid a mír a dohlížet na bezpečnost lidí, svých nových sousedů, nových obyvatel hor. A nahlas o tom všechny v hospodě ubezpečují, že ať se nebojí, že oni je ochrání, že ví, jak zacházet se zbraní i s nepřítelem a že jen ať si to nepřítel zkusí se tady ještě někdy ukázat, že to by koukal, co by s ním udělali, jak by nabili, zacílili a vystřelili, jak by s ním vyběhli. A ještě pár rumů, hospodo, honem, nalij všem, a taky pivo, a my vám to ukážem, jak s ním vyběhnem, chachá, jak si ho zostra podáme, hele jak!, zmáčkne jeden z nich skutečně spoušť a vystřelí. A je to. Rozbuška. Spouštěč příběhu. Jeden neopatrný výstřel v hospodě, jedno chvástání, jedna bujará pitka a mnoho rumů a mnoho piv a jedno opilé zmáčknutí spouště.

Zásah

Kulka našla svůj cíl a jeden z neohrožených, statečných, českých domobranců skončil v Mostě v nemocnici. Zranění je vážné. Žádné lehké škrábnutí. Ošklivá střelná rána je to a vnitřní zranění vážná a rozsáhlá. Pacient je v ohrožení života. Ošetřující personál má plné ruce práce s převazy a tišením bolesti. Lékaři krčí rameny a kroutí hlavou, že kdoví, jak to s ním dopadne. Buď, anebo. Buďto to přežije, anebo, a to se jeví pravděpodobnějším, to nepřežije. A když to nepřežije, bojí se jedna zdravotní sestra, která je u něj nejčastěji a má k tomu dobrý důvod, který hned vysvětlím, budou se ostatní za jeho smrt mstít. Ostatně se tím nijak netají, a když ho přišli navštívit, svatosvatě si to u jeho postele slíbili, jednomyslně odsouhlasili

a hlasitě dojednali, že viníka najdou a potrestají, že ho vypátrají, že najdou toho, kdo to udělal, kdo vystřelil. Z té pitky si totiž už nikdo nic nepamatuje, nikdo už jistě neví, co se stalo, jak to bylo, jak se to celé seběhlo, jak na to vlastně přišlo, že jeden z nich tu teď leží polo-mrtvý, v bezvědomí. Všichni ale vědí, a tím jsou si naprosto jisti, že tam ten večer s nimi seděli i „strejci ze shora“, lidé z té nejvyšší vesnice, pár zarostlých mužů, kteří sem s něčím, nebo za něčím sešli z hor a dali si jedno od cesty. Nikomu nevadili. Nakonec, vždyť je po válce, je léto, život jde dál a nekonečný západ slunce nad lesy a společná piva barví všem myšlenky na růžovo. A tihle Němci, vždyť jsou to koneckonců tak trochu i Češi, jsou naši a žijí tady už celé věky tak stranou, tak vysoko, tak vysokohorsky sami pro sebe, tak ať si klidně jedno, dvě dají. A taky že dali. V klidu a pohodě, ve vzájemné radosti z míru a vyhlídek na lepší život. Jenže, ejhle, slunce zapadá a bere purpur vzájemnosti s sebou, najednou tu leží raněný milicionář a umírá a tihle, nakonec to přece jenom budou cizí, Němci, byli u toho, byli ve stejné hospodě a pili s ostatními, když zazněl výstřel a kulka prolétla tělem Čecha. A to je dostatečný důkaz. Jednoduchá poválečná rovnice. V nemocnici umírá postřelený Čech, navíc milicionář a v hospodě, kde se to stalo, byli i Němci.

A teď ta zdravotní sestra. Ona ošetřuje toho raněného muže s takovým zápalem, a tak často proto, protože se bojí, že když zemře, tak dojde na slova jeho kamarádů, jeho druhů ve zbrani, statečných milicionářů, že bude hledán a nalezen viník, viníci a že ti viníci budou nevinní lidé žijící ve vesnici, odkud ona sama pochází, kde vyrostla a odkud dojíždí do města za prací. A kde svým povoláním a národností

tvoří vzácnou výjimku potvrzující pravidlo o tom, že lidé z kopců žijí jen tam, do údolí to mají daleko a jsou to všichni Němci. Ona je Češka. Daleko to ale má, a když ten raněný muž nakonec skutečně zemře, protože pro jeho záchranu, nalijme si čistého vína, toho vážně moc udělat nešlo, nestihne domů dojet včas, aby všechny varovala. A hlavně jednoho z nich. Přijede pozdě, už bude po všem, protože to celé moc dlouho netrvalo, a najde už jen zaházený čtverec hlíny na louce před hospodou.

To hospoda tu stála, to její zdi se tu po dlouhá léta rozpadají, to z hospody většinu z těch kdovíjak vybraných, k pomstě určených starousedlíků, skutečných místních vyhnali a zbylé posbírali z okolních domů. Deset mužů, jejichž jména nahlas vyvolávali a škrtili na seznamu, když se dotýčný ozval.

Jedno jméno tam prý měli dvakrát, šlo o otce a syna, a protože se syn neozval, když to stejné jméno četli podruhé, mysleli si, že udělali chybu a nechali to být. Syn se zachránil.

Ještě jeden z těch desíti se zachránil, protože jich zastřelili (jen) osm. Záznamy o této události jsou ale dost skoupé na slovo – a omezují se jen na kusé informace o pomstě na osmi mužích, mrtvém milicionáři v mostecké nemocnici a zdravotní sestře, která nestihla včas dojet domů a všechny varovat –, a tak je těžké říct, jak se mu to povedlo.

Existuje však ještě jeden o trochu podrobnější záznam, a tam je uveden i detail, že jednomu z těch vybraných mužů se podařilo zachránit pravděpodobně tím, že skočil do kopřiv. Do vysokých, žahavých, červencových kopřiv, které tam tehdy rostly a do kterých se za ním nikomu nechtělo.

Láska

A já bych si chtěla myslet, že ten, kterému se to povedlo, že ten, který sebral veškerou svou odvalu a utekl, skočil do vysokých, hustých, bodavých kopřiv, to udělal z lásky. Že to udělal pro tu svou zdravotní sestru, která hlavně kvůli němu tak pospíchala a hořce celou cestu plakala, protože ho milovala, a protože se o něj bála. Protože byli jarně zamilovaní, protože byli mladí, protože se chtěli po válce vzít, protože se ještě ráno líbali na zastávce autobusu a on si nedovedl představit, že by ji večer nepolíbil zas.

Jenže, já jsem těžký romantik a skutečnost je taková, že dnes nikdo neví, jak to s těmi dvěma dopadlo a zda to náhodou nebylo tak, že i on, její milý, byl spolu s ostatními jednou v létě vysoko v horách zastřelen. Že i on v jednu chvíli ještě seděl doma u kafe, nebo s kamarády v hospodě, a najednou se zčistajasna naposledy dívá do nebe, míří pohledem vzhůru do oblak a z hloubi vlhkého hrobu, který si právě vyko-

pal, vidí jen jakési cizí lidi, nové místní horaly, jak nabíjejí, jak na něj míří a jak mu střílí do těla.

Povídka je součástí knihy Barbory Řebíkové: Horská Věc. Vydalo ji nakladatelství Togga v roce 2022. Mgr. Barbora Řebíková, PhD., je odbornou asistentkou Ústavu etiky a humanitních studií 3. LF UK a Katedry filozofie a humanitních studií Filozofické fakulty UJEP. Vyrostla v Krušných horách ve vesnici Hora svaté Kateřiny, ve které se děj knihy „plné sněhu, mokré hlíny, hlubokých lesů, krutých vražd, studeného větru, odsunu Němců, vlhkého dřeva, příběhů z dětského domova, špíny a zápachu, ale i veselých a dojemných příhod“ odehrává.

Cena Miloslava Petruska a Bedřicha Hrozného

Ve středu 5. dubna se konalo ve Velké aule historické budovy Karolina slavnostní shromáždění k 675. výročí založení UK. U této příležitosti byly pracovníkům 3. LF UK uděleny dvě významná ocenění.

Cenu Miloslava Petruska z rukou rektorky UK obdržel tvůrčí tým sestávající ze zástupců 3. lékařské fakulty, Filozofické fakulty a Nakladatelství Karolinum za vytvoření česko-ukrajinské učebnice **Léčíme česky. Čeština pro sestry a jiné zdravotníky**. Univerzita vyzdvihla morální kredit oceněného týmu,

který se rozhodl věnovat finanční část ceny Člověku v tísní – ten prostředky využije na podporu Ukrajiny. Za mimořádný vědecký počin splňující nejvyšší mezinárodní nároky na původnost, kvalitu i závažnost dopadů na lékařskou praxi byl **cenou Bedřicha Hrozného** oceněn za výzkum a patent Ultra-vysoko-frekvenčního EKG **doc. MUDr. Ing. Karol Čurila, PhD.**, z Kardiologické kliniky 3. LF a FNKV.

RES PUBLICA



Inaugurace, nebo korunovace?

Jiří Pehe

Inaugurace nového prezidenta Petra Pavla byla bezesporu důstojným obřadem, který mnoho lidí ocenilo už proto, že byla symbolickým rozchodem s místy ostudným prezidentstvím Miloše Zemana. Zároveň byl ale samotný obřad, jakož i to, co mu předcházelo, další přípomínkou skutečnosti, že Češi tak úplně nevědí, co si s pozicí prezidenta počít.

V kampani před prezidentskou volbou sice Pavel mluvil o potřebě úřad prezidenta „zcivilnit“, ale reálnou možnost uskutečnit tento záměr značně oslabil hned samotný počátek jeho mandátu tím, jak byla (opět) pojata inaugurace nové hlavy státu. Tedy jako jakási korunovace, „ochuzená“ snad jen o nasazení koruny na hlavu „panovníka“.

Šlo vlastně jen o potvrzení skutečnosti, že české prezidentství je i po více než sto letech od svého vzniku dál ukotveno jednou nohou v tradicích monarchie. Nově vzniklý stát se sice v roce 1918 přihlásil k republikánskému zřízení a jeho ústava byla formálně ústavou parlamentní demokracie. Úřad prezidenta ale byl – i kvůli výjimečné osobnosti Tomáše G. Masaryka – pojat spíše jako jakási republikánská forma monarchie.

Prezidentským sídlem se stal Pražský hrad, kde v minulosti sídlili čeští králové. A prezident si užíval i dalších monarchických výsad, jako bylo pořízení zámku v Lánech, odkud později vykonával stále více svých pravomocí. Monarchické rysy měly i inaugurace prezidenta, jakož i fungování prezidentova okolí jako jakéhosi „dvora“.

Otec-zakladatel nového státu a „filozof na trůně“ Masaryk se do systému parlamentní demokracie prostě „nevešel“ a první republika i v politické praxi byla spíše poloprezidentským systémem. Nevešel se ale ani do nově ustanoveného republikanismu. To, že si post prezidenta podržel některé monarchické rysy, tak nebylo jen důsledkem obecných snah dát nové republice alespoň něco z lesku monarchie, která v podání vídeňské vlády Habsburků české aspirace spíše ignorovala. Bylo to spojeno i s výjimečnou osobností Masaryka.

Tradice silnější než ústava

Monarchické pojetí českého prezidentství převzal od Masaryka i Edvard Beneš. A nezaváhal se ho plně dokonce ani komunistický režim.

Komunističtí prezidenti dál sídlili na Hradě, a ačkoliv veškerou reálnou moc měla komunistická strana, nechávali si nejvyšší lídři KSČ „posvětit“ svoje pozice i zvolením do funkce prezidenta. Československo se tak lišilo od ostatních komunistických zemí nejenom tím, že post generálních tajemníků strany byl dál spojován s postem vzniklým v době demokratického republikánství, ale i tím, že pozice prezidenta zůstávala spojena s monarchickými prvky.

Post prezidenta zároveň stranické lídry „zlidšťoval“ v očích „lidu“. Ačkoliv byli v prvé řadě lídry strany s totalitním programem, pozici prezidenta se nikdy úplně nepodařilo učinit organickou součástí komunistické mašinerie.

S výjimečným postavením českého prezidentství v ústavním a politickém systému země neskoncoval ani nový demokratický režim po roce 1989. Ba naopak. Tradice prvorepublikového prezidentství, které se nepodařilo zničit ani komunistům, byly plně oživeny zvolením Václava Havla v prosinci 1989.

Ačkoliv se nový demokratický stát ústavně vymezil jako parlamentní demokracie, post prezidenta se parlamentně-demokratickému uspořádání vymykal. Havlův Hrad také obnovil tradici monarchických rysů českého prezidentství.

Přilíší na tom nezměnila ani nová ústava, přijatá před rozpadem Československa. Ta se pokusila v podobě umenšení pravomocí českého prezidenta ve srovnání s tím „federálním“, jakož i v podobě jasné definice prezidenta coby „ústavně neodpovědného“, tedy podřízeného při výkonu většiny svých pravomocí vládě, učinit z českého prezidentství méně důležitou větev výkonné moci.

Civilní prezidentství jako chiméra

Jenže české prezidentství ze systému nadále neorganicky „vyčuhuje“. Je tomu tak nejen kvůli poněkud nejasnému vymezení prezidentských pravomocí, zejména role prezidenta v zahraniční politice a toho, co prezident „může“ a „musí“ ve vztahu k premiérovi, ale také kvůli tradicím a rituálům, které úřad prezidenta nadále definují.

To, že se český prezident takříkajíc nevejde do systému parlamentní demokracie, ještě více zkomplikovalo zavedení přímé volby, která fakticky posiluje jeho vliv. Ačkoliv prezidentské pravomoci zůstaly i po zavedení přímé volby stejné, a prezident je tak nadále ústavně neodpovědný, jeho postavení v celém ústavním systému, včetně vztahů s vládou, fakticky posílilo.

Jediná změna, která zavedení přímé volby doprovázela, spočívala paradoxně ve ztížení možnosti odvolat prezidenta. Zatímco dříve mohl na prezidenta podat ústavní žalobu jen Senát, a to prostou většinou hlasů, nyní je k tomu zapotřebí ústavních většin v obou komorách parlamentu. Prezident se tak stal fakticky neodvolatelným, což jen posílilo jeho obraz republikánského monarchy.

Miloš Zeman při svém odchodu z funkce přiznal, že když obešel při jmenování „úřednické“ vlády Jiřího Rusnoka v roce 2013 Sněmovnu, snažil se ustavit prezidentský systém. Kritici měli naprostou pravdu, že šlo o ústavní puč, ale zároveň nelze ignorovat, že se Zeman pokusil mimoústavními prostředky o cosi jako narovnání logiky politického režimu u nás, v němž se prezident po zavedení přímé volby vymyká systému parlamentní demokracie ještě více než před rokem 2013.

Děje se tak dál nejen kvůli nejasnému vymezení prezidentských pravomocí a neexistenci lhůt, v nichž má prezident konat, ale i kvůli přežívání tradic a lidového chápání postavy prezidenta. Právě ony daly přímo zvolenému prezidentovi u nás větší vliv, než jaký má přímo volená hlava státu v jiných parlamentních demokraciích v Evropě.

Tlak historie a vnímání lidmi

Jak už bylo řečeno, během prezidentské kampaně jsme slyšeli mnohé o tom, že úřad prezidenta je třeba zcivilnit. Včetně názorů, že prezident by nemusel sídlit na Hradě, který by se tak mohl stát národním kulturním centrem. Pavel se po zvolení bránil tomu, aby byl vyobrazen na známkách nebo aby jeho portréty byly vyvěšeny na úřadech a ve školách.

Setrvačnost tradic je však v případě českého prezidentství zjevně nezastavitelná. Prezident nejenže bude na známkách i oficiálních portrétech zdobících úřady a školy, ale zůstává i na Hradě. Vláda, která ho má „kontrolovat“, tak bude nadále symbolicky vzhlížet k prezidentovi z podhradí. A hlava státu nadále bude mít k dispozici zámek v Lánech, který bude spravovat jeho kancelář, stejně jako areál samotného Hradu.

Pokud snad někteří vládní a parlamentní politici uvažovali o umenšení vlivu prezidenta v českém politickém systému, jisté je, že už samotná inaugurace, které znovu ponechali ráz korunovace, tyto představy značně zrelativizovala. Lze jen těžko „zcivilňovat“ postavení hlavy státu, když na rozdíl od instalace premiéra, který je ústavně v mocenské hierarchii prezidentovi nadřazen, je uvedení prezidenta do úřadu doprovázeno bombastickou ceremonií ve Vladislavském sále, promluvami k davům z hradního balkonu a následným obřadem v katedrále sv. Víta.

Při té je prezidentovi žehnáno církevními hodnostáři před lebkou svatého Václava a televizní moderátoři vysvětlují sonorními hlasy národu význam Dvořákova *Te Deum*. Opravdu už chybí jen to posazení koruny na prezidentovu hlavu.

Je tedy jisté, že i navzdory předsevzetím prezidenta Pavla úřad zcivilnit bude vše pokračovat ve starých kolejích. To, zda prezident nebude vybočovat z rámce své ústavní role, bude záležet především zase jen na něm. Ustát přitom tlak toho, jak je jeho úřad u nás definován a historicky chápán, i prezidentského „dvora“, bude značně obtížné.

Autor je ředitelem pražské pobočky New York University a text byl publikován 13. března 2023 v Deníku N.



20
0



Pohádka o učitelích na prvním místě skončila

David Klimeš

Garanci, že pedagogičtí pracovníci konečně začnou dostávat slušné platy, vláda omezila už jen na kantory. A to ještě bez těch vysokoškolských, kteří se začínají bouřit.

Když kabinet Petra Fialy (ODS) na počátku minulého roku představil svůj program, začali si školští experti ťukat na hlavu. Opravdu chce dát 130 procent průměrné měsíční mzdy všem pracovníkům v oboru? Do té chvíle totiž vždy byla řeč jen o učitelích. Nikdo si ale samozřejmě nestěžoval, protože řada dalších mizerně placených zaměstnanců sektoru získala vítanou naději.

Teď už je ale fuč. Rok se s rokem sešel a ze „všech pedagogických pracovníků“ se najednou stali jen učitelé mateřských, základních a středních škol. Jakkoli se ministerský předseda při žádosti o důvěru před poslanci dušoval „nechceme slibovat nic, o čem nejsme přesvědčeni, že budeme schopni naplnit“.

Věř a víra tvá tě zaplatí

Rozhodnutí garantovat učitelům 130 procent průměrné mzdy bylo jistě vedeno dobrými úmysly, od po-

čátku ale mířilo do pekel. Žádná jiná profese placená státem (s výjimkou soudců, kteří si to umí vysoudit) nic takového zaručeno nemá. Z prostého důvodu – nepopulističtí politici si netroufnou odpovědně odkývat, že na plnění takového slibu budou mít dost peněz i v horších časech. Třeba v takových, jaké nastaly právě teď.

Před sněmovními volbami 2021 ale panovala atmosféra jiná – optimistická, až naivní. Za vlády Andreje Babiše (ANO) postupně vzrostly učitelské platy ze zhruba 110 procent průměrné mzdy až na procent 133. A protože školství chtěla jako svou prioritu prezentovat i tehdejší opozice, procpali Piráti do úplně nesouvisející normy o pedagogických pracovnících onu garanci, čímž celou potřebnou novelu odsoudili k utonutí v bažině politických hádek.

Tím to ale neskončilo – po volbách se věc znovu dostala v podobě slibu do vládního programového prohlášení. Na realitu to však zjevně má pramalý vliv, protože platy kantorů se nyní pohybují na úrovni pouhých 113 procent průměrné mzdy. A spíš než o růstu výplat nyní vláda mluví o škrtech a šetření.

Asistenti v ohrožení

Učitelé základních a středních škol si nakonec nejspíš alespoň trochu důstojné peníze udrží, odnesou to ale další školské profese. Konkrétně 70 tisíc nepedagogických pracovníků, především pak učitelských asistentů. Těch je už hodně přes 30 tisíc, jejich statut však stále zůstává neukotvený.

Ministerstvo školství sice nyní hledá způsob, jak je „parametrizovat“ – tedy dát jim i ředitelům větší jistotu dlouhodobé spolupráce. Protože je ale vše zatím ve stadiu úvah, lze se bát, že až ministr financí Zbyněk Stanjura (ODS) zase začne hledat „desítky tisíc Babišem

zbytečně najatých státních zaměstnanců“, které by bylo možné vyhodit, spláchne šetření právě nešťastné asistenty pedagogů.

Ve výčtu neučitelských školských profesí, na jejichž budoucnost se zapomnělo, by bohužel bylo možné ještě nějakou dobu pokračovat. Postupně bychom se tak dostali až k ředitelům, kterým stát už roky – či spíše dekády – slibuje méně byrokracie, více pravomocí a čas na skutečné pedagogické vedení ústavů. Skutek však zatím pokaždé někam utekl – nebo se alespoň velmi dobře schoval.

Jaro nespokojenosti

Nevole pak mohutně narůstá i v řadách vysokoškolských kantorů, zejména těch, kteří se věnují finančně silně podhodnocené výuce humanitních a sociálněvědních oborů.

Politici v čase krize jistě nemohou českému školství ani omylem dopřát vše, co mu během předvolebních orgií naslibovali. Ale je v jejich nejvlastnějším zájmu, aby se nespokojenost učitelů základních i středních škol, nepedagogických pracovníků všeho druhu a univerzitních kantorů neslila v jeden mohutný protestní proud.

Autor je komentátorem severu Aktuálně. Text byl odvysílán na stanici ČRo Plus 13. března 2023.



První dáma

Alena Zemančíková

Institut první dámy je v našich poměrech záležitostí poněkud monarchická, což vyplývá i z celkového chápání pozice prezidenta a z charakteru místa, kde sídlí jeho úřad. Můžeme se demokraticky bránit, ale pravda je, že ta sentimentální zátěž kdekoho přemůže. Jak můžeme vidět u postav manželek prezidentů. Přesněji řečeno těch prezidentů, kteří jimi byli v dobách, které uznávají sociální rozvrstvení občanů.

Titul „první dáma“ je také poněkud buržoazní, manželky socialistických prezidentů své chotě (už to slovo je v případě Klementa Gottwalda nebo Antonína Zápotockého nepatřičné) na veřejné akce a zahraniční cesty spíše nedoprovázely (ačkoliv v Moskvě to dobře znaly) a vlastní agendu nevedly. První dámě států Západu se nejvíc podobala manželka Michaila Gorbačova Raisa. A Elena Ceaușescu, která ale byla spíš rumunskou Lady Macbeth.

Od první dámy se očekává, že bude vedle reprezentančních záležitostí představovat lidštější, měkčí a laskavější tvář prezidentského úřadu. Když k tomu má nadání, může se jí to dařit, jak je vidět na případě Hany Benešové nebo Livie Klausové. V případě prezidentství Václava Havla udržovala Olga identifikační spojnici s jeho předchozím disidentským „životem v pravdě“, manifestovala sílu autenticity a přirozené důstojnosti. Byla ikonou férovosti.

Dagmar Havlová roli první dámy hrála s nadáním odpovídajícím jejím hereckým kvalitám (a přes překážky veřejného mínění), zejména při zahraničních návštěvách byla účinnou diplomatickou pomocnicí. Počínaje nástupem kapitalismu zakládají manželky prezidentů pro potřebu své charitativní činnosti nadace.

Institute

Osobně nemám navěšování krejčovských salonů a vizážistických firem na osobu prezidentovy manželky moc ráda, ale když už to musí být, může první dáma také určovat vkus a styl. Ne každá žena má nadání k tomu být občanům modelkou, a ne každou taková role navíc baví. Ale úplně se jí vyhnout nemůže, takže udělá nejlépe, když se postaví za ty ženy, k nimž se bytostně počítá, a třeba to i trochu verbalizuje.

V našich poměrech jsou to ženy pracující (je zajímavé si připomenout, že vlastně jediná prezidentova manželka po roce 1989, která neměla vlastní profesi, byla Olga Havlová). První dámě by také slušelo, chce-li mluvit o oblékání, kdyby připomněla, že mnohá naše elegance vzniká v otrockých podmínkách asijských továren, a projevila respekt k udržitelnosti.

V České republice nemá první dáma žádný statut a její výdaje jsou součástí rozpočtu prezidentské kanceláře. O ustavení titulu První dáma a zřízení k tomu příslušného personálního a rozpočtového zajištění se pokusil pro svou manželku Brigitte v roce 2017 francouzský prezident Macron. Setkal se ale s masovým odporem občanů a pod tlakem od svého úmyslu ustoupil.

V naší polistopadové historii reklamovala statut první dámy Dagmar Havlová. Sklidila nesouhlas, později však její intervenci ocenila Ivana Zemanová. Pracovní stůl, počítač a asistent/asistentka už asi dnes problém nepředstavují. Vyhrazený vlastní rozpočet však první dáma v rámci provozu prezidentské kanceláře nadále nemá.

Na straně slabších

Nikde není psáno, že manželka prezidenta musí roli první dámy hrát, že musí všeho nechat. Může dál vykonávat vlastní zaměstnání (zachovala se tak například

druhá manželka Gustáva Husáka Viera) nebo se úplně distancovat, jako manželka slovenského prezidenta Andreje Kisky. Je ovšem pravda, že těch reprezentačních povinností je dost a pokud první dámu baví pomáhat manželovi při neoficiálních částech jednání, může být velmi užitečná.

Měla by stát na straně práv slabých, a jako první mezi rovnými stát na straně žen. A také dětí, nejen v charitativním smyslu podpory dětí nemocných a handicapovaných, ale všech. Na straně jejich vzdělání, prostoru pro hry, důstojného bydlení.

Dosud se u nás nestalo, že by první dáma věnovala pozornost vyloučeným a sociálně problematickým lokalitám a regionům a lidem – i dětem – v nich žijícím. Bylo by velmi užitečné, kdyby k těm místům přitáhla pozornost veřejnosti empatickým přístupem, jaký se k první dámě hodí.

První dáma může s pomocí své nadace podpořit leccos. Líbilo by se mi, kdyby to už jednou byla taky třeba méně oficiální, a nejen pražská kultura. Může působit na společenskou atmosféru, ale mějme na mysli, že politiku státu ovlivnit nemůže.

Začíná být docela představitelné, že po boku některého z příštích prezidentů bude stát jeho partner/partnerka stejného pohlaví (je ostatně zábavné si představovat, že se to poprvé stane nikoli v nějaké severské zemi, ale třeba v britské královské rodině). A bylo by konečně fajn, kdyby na Pražském hradě byla konečně dáma v roli prezidentky republiky.

Autorka je divadelní dramaturgyně a publicistka. Text vyšel v Deníku Referendu 17. března 2023.



ORBIS PICTUS

Zájezd na výstavu J. a K. Válových, Hradnice n. L., 1983

Válorky na zámku...

Kristýna Mikulková

Obrácený svět

Malíři bych přála
obrácený svět
když jsou druzí sytí
aby i on jedl
(Květa 1953-1955)

Jitka a Květa Válorky, dvojčata, umělkyně tělem i duší. Dvě ženy spojené neobyčejným partnerstvím a dílem. Partnerstvím tak silným, jak je u dvojčat, sester možné. Tak silným, že si jako mladé ženy slíbily, že se nikdy neprovdají, protože pak by jedna o druhou přišly. Každá z nich vytvořila svébytné umělecké dílo, stojící hrdě samo o sobě. Zároveň jedna doplnila druhou, a tak dotváří své pomyslné světy sobě navzájem. Poetickým způsobem se o nich mluví jako „o jedné duši ve dvou tělech“, což považuji za naprostý fenomén ve světě umění, ani mě osobně nenapadá žádný jim podobný ekvivalent mezi uměleckými dvojicemi. Emila a Mikuláš Medkovi, Běla a Jiří Kolářovi, Eva Kmenová a Olbram Zoubek, Jindřich Štýrský a Toyen a existuje mnoho dalších tvůrčích dvojic, ale cítím jinakost mezi těmito druhy vztahů a Válorkami.

Po sto letech od jejich narození se jim dostává právoplatné pozornosti, k tomuto výročí jim byly koncem loňského roku a počátkem letošního věnovány tři výstavy – jedna z nich, na Kladenském zámku, nese název **Narozeniny – Pocta sestrám Válorkám**.

Výstava není největší ani nejkompexnější, ale její jedinečnost tkví v rozšířeném obsahu. Jedna z místností je věnována obrazům, které sestry někomu z různých důvodů věnovaly. Tím se pro diváka otevírá pohled do okolí sester, s kým promlouvaly, s kým se přátelily, či kdo jim byl nápomocen. Každého z nás utváří prostor kolem nás, a čím a kým ho naplňujeme, proto to shledávám jako důležitou část, která nám může pomoci pochopit principy a motivace umělkyně. Další místnost je věnována fotografickému archivu Jiřího Hankeho a Jiřiny Hankeové, kteří se s Válorkami přátelili a autenticky je dokumentovali. Celou výstavu doprovází díla současných autorů, kteří na charismatickou tvorbu sester Válorkých reagovali, či je nějakým způsobem ovlivnila, což jen dokládá sílu a dosah jejich uměleckých děl i v současnosti a možné budoucnosti. Hosté výstavy jsou Vladimír Havlík, Jiřina Hankeová, Michaela Horáková, Magdalena Rajnišová, Adam Rybka, Martina a Pavla Noskovy, Miloš Šejn, Dagmar Šubrťová, František Tomík a Martin Zet.

„Sestry Válovy ve svých nevelkých ateliérech malovaly rozměrná plátna, aby se později staly respektovanou součástí historie českého výtvarného umění druhé poloviny 20. století. Než se tak stalo, obě sestry prožily dlouhé období nezájmu o jejich tvorbu. Nikdy se nestaly součástí politického imperativu doby a odmítaly tehdejší všeobecně působící socialistické smýšlení a vkus. Mnoho obrazů tehdy přemalovávaly, neměly peníze na nová plátna, vystavovaly jen zřídka a převážně

společně se členy skupiny Trasa (s Čestmírem Kafkou, Olgou Čechovou, Evou Kmentovou, Olbramem Zoubkem a dalšími). Toto úzké generační spojení umožnilo sestřím Válovým, a to pouze na doporučení svých kolegů, vytvořit několik děl do veřejného prostoru a částečně tak vyřešit svou finanční situaci,“ říká Dagmar Šubrtová, kurátorka výstavy, umělkyně a jedna z výrazných ikon kladenské kultury.





















Letní čas (a Ševčík) je tady

Jaroslav Veis

Píšu tenhle text první jarní den, tedy astronomicky jarní: 21. března krátce předtím, než se střed slunečního kotouče dostane přesně nad rovník a nastane rovnodennost, kdy se v našich končinách příroda přestává jen protahovat a začíná zase žít. Meteorologové to vidí jinak, ti si jako počátek jara stanovili už první březen a ještě jinak to mají agronomové, kteří vyhlížejí pro změnu jaro vegetační. Ti místo oblohy nebo kalendáře sledují teploměr, jejich jaro začíná ve chvíli, kdy průměrná denní teplota vystoupí nad pět stupňů Celsia.

A co média? Loni touto dobou jsem připomínal legendární samizdatový fejton Ludvíka Vaculíka „Jaro je tady“, jehož titulky od chvíle, kdy ho v roce 2014 Ludvík Vaculík napsal naposledy, hojně právě v tomto čase recyklují glosátoři političtí, life-styloví, mainstreamoví, regionální, facebookoví a vůbec skoro všichni, kdo se vyjadřují k dění kolem, a to včetně mě. Jaro je totiž vítanou příležitostí k okomentování všeho, co právě hýbe přírodou i společností, rodí se a zároveň vyjadřuje přinejmenším naději, že se obojímu bude dařit líp, když dny jsou konečně už alespoň stejně dlouhé.

(Pro pořádek bychom si měli připomenout, že shoda nepanuje ani v tom, kdy soudíme, že jaro je pryč. Jas-

no v tom mají jen meteorologové, kteří si poslední jarní den stanovili na 31. května, my ostatní většinou usuzujeme, že nejspíš to bude 21. června, kdy nastane letní slunovrat, případně první den letních prázdnin...)

Jedno z témat pro první jarní den typických se nám ovšem v posledních letech vytratilo. Myslím tím vzednutí debaty na téma zimního a letního času. Část přírodovědců, lékařů, psychologů a dalších příbuzných profesí se totiž vždy pár dnů před posledním březnovým víkendem, kdy čas poskočil o hodinu vpřed, než by příslušelo našemu časovému pásmu, začala bouřit. Mimochodem poprvé k tomuto časovému posunu došlo uprostřed první světové války v Německu a vzápětí v Rakousku-Uhersku, tedy i u nás. Nutnost vstávat o hodinu dřív se však nikomu nelíbila, takže válku přežil jen o dva roky. Znovu se vynořil za druhé světové války a definitivně ho pak zavedlo Československo v roce 1979.

Argumenty pro zavedení letního času byly vždycky stejné: ušetří to energii. Argumenty proti byly vždy biologické: je životu nepřírozený, umělý a neodpovídá „biologickým hodinám“ živých organismů. Jenže vedle toho tu byl ještě argument politický, jehož se u nás s chutí

cháпали zejména lidovci, kteří jej dokázali přenést i do Evropského parlamentu. Byl prvoplánově průzračný: o tématu se dá donekonečna mluvit, je to pramálo konfrontační a politická strana, jež se ho zmocní, vypadá aktivně. Konkretizoval mi to upřímně jeden dnes už bývalý senátor: „Proč bych to nedělal, každoročně na jaře a na podzim mi to vynese pět minut v hlavním zpravodajském pořadu aspoň jedné celoplošné televize – myslíš, že bych je jinak dostal?“

Nic však neprozradilo okrajovost tohoto „zásadního problému doby“ než problém opravdový. Nejprve to byla covidová epidemie a po ní Putinovo napadení Ukrajiny a válka. Nebo snad vzpomínáte, že by se od té doby někdo zabýval onou střídavě mizející a zase se objevující hodinou letního/zimního času? Já ne.

Zato nám letošní jaro přineslo jiné téma a vůbec ne povzbudivé: Ševčíka. Mám na mysli děkana Národohospodářské fakulty Vysoké školy ekonomické Miroslava Ševčíka, obraceče názorových kabátů (komunista – liberál – nacionalista), který jedinkrát nevynikl akademickými výsledky zato vícekrát skandály (jízda se soukromým modrým majáčkem po dálnici v koloně v pruhu pro sanitky v roce 2014, rozdávání grantů příbuzným v roce 2017).

Letos se v rámci demonstrace národovců a „chci-mírů“ (odpůrců pomoci napadené Ukrajině) připletl k dobývání Národního muzea s cílem strhnout z jeho průčelí ukrajinskou vlajku. Ve stylu žáka 5. třídy pak vysvětloval, že vlastně jen šel kolem a vůbec neuvažuje o tom, že by své činy nějak reflektoval a na své postavení rezignoval. Kdyby šlo jen o něj osobně, byla by to jen historka jednoho člověka s pokleslými mravy. V tom jeho příběhu však jde také o něco, o čem se v něm přímo nemluví: totiž o to, jak malou pozornost věnuje naše po-

litika vysokému školství, systému financování, fungování a řízení. Mluví-li se mezi politiky o školství, skončí se nakonec pouze u platů učitelů základních, případně středních škol. Na školy vysoké a řešení jejich problémů prakticky nikdy nedojde. I když jde o téma mnohonásobně důležitější než letní čas, natož Ševčík osobně.

Autor je publicista, spisovatel a překladatel.

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

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

Ročník 33, číslo 1, duben 2023

Redakční rada:

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

Členové: prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., FCMA; prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.; Jolana Boháčková;
PhDr. Martina Hábová; 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, spol. s r.o.

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>

